

2013

Derechos sexuales y prácticas sexuales adolescentes : límites y contradicciones de la políticas pública desde la perspectiva de la salud reproductiva

Boga, Dante Jeremías

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/433>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE SERVICIO SOCIAL

TESIS

**“Derechos sexuales y prácticas sexuales
adolescentes. Límites y contradicciones de
la política pública desde la perspectiva de
la salud reproductiva”**

Autor. Dante Jeremías Boga.

Director. Dr. Alejandro H. Del Valle.

Co-directora. Lic. Mónica Molina.

Agradecimientos

A mamá; por el apoyo, el cariño, la inteligencia y, por sobre todas las cosas, por la dignidad de los principios, porque 'el hombre arriesga su propia vida cada vez que elige y eso lo hace libre'.

A Damián y Darío; por la historia compartida, por el futuro incierto y por haber sido y ser parte de las decisiones más importantes.

A Facundo; por seguir alumbrando el futuro con 'ojos que no caben en la muerte'.

A Andrea y Tomás, compañeros y amigos, por estar, por saber de su presencia y por el preciado don de la amistad.

A Alejandro y Mónica; por la paciencia, por el compromiso y por demostrar que 'el futuro es nuestro por prepotencia del trabajo'.

A todos los que de una u otra manera fueron y son parte de este proyecto que se vuelve realidad.

***"(...) si los pueblos no se ilustran,
si no se vulgarizan sus derechos,
si cada hombre no conoce lo que vale, lo que puede y lo que se le debe,
nuevas ilusiones sucederán a las antiguas, y después de vacilar algún tiempo entre
mil incertidumbres,
será tal vez nuestra suerte mudar de tiranos, sin destruir la tiranía."***

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.	
Inventario 4294	Signatura Top
Vol.:	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

08 MAR 2013

¹ Mariano Moreno; Prólogo a la traducción de "El contrato social" (1810)

INDICE

Parte I

Introducción.....	5
1.1. Síntesis descriptiva.	6
1.2. Metodología. Métodos y Técnicas a emplear.	8
1.2.1. Fuentes primarias.	8
1.2.2. Fuentes secundarias.	8
1.3. Objetivos.	9
1.3.1. Objetivo general.....	9
1.3.2. Objetivos específicos.....	9
1.4. Hipótesis.	10

Parte II

Derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las Políticas Públicas.....	11
2.1. Concepto de derechos sexuales y reproductivos.....	12
2.2. Surgimiento en el contexto internacional de los derechos sexuales y reproductivos.	16
2.3. Derechos sexuales y reproductivos en Argentina.	21
2.3.1. Diversidad sexual.....	27
2.3.2. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.	29
2.3.3. Educación sexual Integral.	33

Parte III

Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Debates contemporáneos.....	38
3.1. Noción de salud sexual y reproductiva.	39
3.2. Los estudios sobre adolescencia.....	41
3.3. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.....	44
3.4. Embarazo adolescente y fecundidad adolescente.....	51

Parte IV

Trabajo Social, ciudadanía y sexualidad adolescente.....58

- 4.1. Una aproximación al Trabajo Social. 59
 - 4.1.1. Especificidad en el Trabajo Social..... 62
- 4.2. Ciudadanía, Estado y Trabajo Social..... 65
- 4.3. Trabajo social e intervención en la sexualidad adolescente..... 69
- 4.4. ¿Más allá de la intervención? Trabajo Social y producción de conocimiento. 73

Parte V

Derechos sexuales y reproductivos y sexualidad adolescente: el caso del Partido de General Pueyrredón.....78

- 5.1. Encuesta de sexualidad adolescente en el Partido General Pueyrredón. 79
- 5.2. Indicadores relevados. 80
 - 5.2.1. Inicio de las relaciones sexuales..... 81
 - 5.2.2. Percepciones, actitudes y conocimientos sobre sexualidad. 84
 - 5.2.3. Relaciones sexuales y salud reproductiva..... 89
 - 5.2.4. Acceso a la información sobre sexualidad. 93
 - 5.2.5. Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos. 100

Parte VI

Conclusiones.....106

Referencias1177

- Bibliografía 1177
- Normativa consultada..... 126
- Sitios web..... 126

Parte I

Introducción

1.1. Síntesis descriptiva.

El propósito del presente trabajo es analizar las principales características que posee la política pública en torno a la salud sexual y reproductiva vinculada con la adolescencia en función al concepto de derechos sexuales y reproductivos. Para ello, se definirá el concepto de derechos sexuales y reproductivos y describirá el desarrollo histórico que ha tenido, considerando la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, como un momento central en este desarrollo. Posteriormente se detallan los aspectos predominantes de las políticas públicas vinculadas con el tema, particularmente Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Educación sexual Integral y las políticas relacionadas con la Diversidad Sexual (matrimonio igualitario e identidad de género).

En el capítulo siguiente, se considerará la noción de salud sexual y reproductiva, para analizarla a la luz de los estudios que han desarrollado la temática de la adolescencia. Luego, se plantea el debate en torno al embarazo o la fecundidad adolescente, esbozando los argumentos que se plantean alrededor de este tema y su relación con las tasas globales de fecundidad en el país.

La parte IV del trabajo se introduce en los debates acerca del Trabajo Social. La articulación que se realiza lo ubica en la discusión en torno al Estado y la noción de ciudadanía, especificando que la noción de *ciudadanía de baja intensidad* (O'Donnell, 1993) aporta elementos que sustantivamente complejizan la discusión sobre el rol social que ocupa la profesión con respecto a la exigibilidad de los derechos sociales. Luego, se analizan las relaciones que el Trabajo Social establece en acerca a la temática, como acción estatal vinculada a las políticas públicas. Por último, se reflexiona acerca de cuál ha sido el espacio que el Trabajo Social ha dedicado a la producción académica sobre este tema.

La parte V presenta un análisis en base a los resultados de la “Encuesta sobre sexualidad adolescente” realizada en el Partido de General Pueyrredón, pormenorizada en cinco indicadores: el inicio de las relaciones sexuales, las percepciones, actitudes y conocimientos sobre sexualidad, las relaciones sexuales y salud reproductiva, el acceso a la información sobre sexualidad, y el conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, se trazarán algunas conclusiones en torno a los temas trabajados a lo largo del presente estudio.

Por la naturaleza de la temática que se trata en este trabajo, es necesario hacer una aclaración acerca del género gramatical con el cual ha sido redactado; ya que uno de los temas que subyacen en el desarrollo del mismo es la asimetría de género, por tanto esta salvedad no es insignificante. Estrictamente, en el uso del castellano, siguiendo a la Real Academia Española: “(para) los sustantivos que designan seres animados existe la posibilidad del uso genérico del masculino para designar la clase, es decir, a todos los individuos de la especie, sin distinción de sexos (...). El uso genérico del masculino se basa en su condición de término no marcado en la oposición masculino/femenino. Por ello, es incorrecto emplear el femenino para aludir conjuntamente a ambos sexos, con independencia del número de individuos de cada sexo que formen parte del conjunto”. La designación de ambos sexos en la construcción gramatical responde a razones extragramaticales; tiene que ver con un posicionamiento político y a una visibilización de las injusticias sociales que históricamente se producen hacia las mujeres. En este sentido, se decidió que el género gramatical en el cual el trabajo será redactado sea el masculino (respetando las citas bibliográficas en donde la decisión de los autores haya sido diferente) por razones estrictamente gramaticales y de facilitar la redacción y no por un disenso con el posicionamiento político planteado.

1.2. Metodología. Métodos y Técnicas a emplear.

1.2.1. Fuentes primarias.

Los principales datos empíricos que se utilizarán provienen de la “*Encuesta sobre sexualidad adolescente*” efectuada en el Partido de General Pueyrredón en el año 2011 por CEREMAP y el Programa NIDOS². También se acudirá a las leyes, decretos y programas sociales desarrollados a nivel nacional y provincial. Se analizará, fundamentalmente, el diseño del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de salud y el Programa Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación. De esta manera se verificarán cuáles son los principales aspectos que normativamente se tienen en cuenta a la hora de diseñar las políticas públicas relacionadas con el tema. En otro orden, se considerarán los datos emanados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), sobre todo los que surgen del Censo 2010.

1.2.2. Fuentes secundarias.

Se usarán informes provenientes de la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) y los informes de balance y evaluación de los ministerios de educación y de

² En el marco del Programa NIDOS - Núcleos Interdisciplinarios de Orientación-, aprobado y subvencionado desde el año 2009 por la Delegación de la Comisión Europea en la Argentina, se llevaron a cabo acciones de relevamiento de información sobre la sexualidad y las prácticas sexuales de los adolescentes en los Municipios de Gral. Pueyrredón; Gral. Alvarado y Villa Gesell. El objetivo general del Programa es Contribuir a generar un programa integral y regional de acciones consensuadas y articuladas entre los actores no estatales y los estados locales de los municipios de General Pueyrredón, General Alvarado y Villa Gesell, orientadas a la inclusión social, disminución de la pobreza y fortalecimiento personal de los/as adolescentes de sectores vulnerables.

salud sobre los programas en cuestión. Al mismo tiempo, también se acudirá a bibliografía especializada.

En el apartado específico relacionado con el Trabajo Social en la producción académica y científica se acudirá a las revistas nacionales de mayor relevancia: Margen, Debate Público, Escenarios, Plaza Pública, entre otras. Al mismo tiempo se considerarán los trabajos recopilados en actas de congresos, jornadas, etc.

El objetivo de esta etapa es la búsqueda de información de archivo (periódicos, documentos, publicaciones, etc.) y el relevamiento de estudios empíricos previos vinculados las políticas públicas desarrolladas en torno a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. De esta forma se pretende tener un relevamiento de cuales es y han sido las formas de intervención estatal en este asunto y cuáles son los efectos sociales que esto produce. La información permitirá el cotejo de los resultados obtenidos y la realización de un análisis crítico tendiente a la demostración de la hipótesis propuesta posibilitando el arribo a las conclusiones y a la elaboración de los puntos de vista y sugerencias propias de la investigación.

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo general

- Analizar las principales características que posee la política de salud sexual y reproductiva vinculada con la adolescencia en relación al concepto de derechos sexuales y reproductivos.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las principales políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.
- Desarrollar el concepto de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia.
- Analizar el concepto de diversidad sexual en función al diseño de las políticas públicas sobre sexualidad adolescente.
- Caracterizar las principales problemáticas que se generan a partir del embarazo adolescente.
- Indagar acerca de la existencia de aportes desde el Servicio Social sobre la temática y caracterizar cómo ha sido su tratamiento.

1.4. Hipótesis.

Las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia, ponen énfasis en el aspecto reproductivo de las relaciones sexuales negando, sistemáticamente los diversos aspectos que componen la sexualidad y, por ello, tiende a la atención antes que a la prevención de las mujeres sin atender las necesidades específicas (no necesariamente biológicas sino culturales y sociales) de los adolescentes, cuya identidad y prácticas sexuales se desarrollan a partir de la información y conductas que aprenden por medio de redes informales.

Parte II

Derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las Políticas Públicas.

2.1. Concepto de derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos no son pasibles de una definición unívoca ni acabada, de hecho para su desarrollo es preciso realizar un análisis histórico que permita dar cuenta de factores de naturaleza social, política, cultural y económica. Por lo tanto, se trata un concepto complejo que varía según los momentos históricos, los contextos políticos, las geografías culturales, etc.

Para develar esto que hoy se denomina derechos sexuales y reproductivos es preciso partir de la idea que "la sexualidad en su conjunto es una construcción que preocupa a la humanidad desde tiempos inmemoriales y, como tal, ha sido objeto de mitos, de ocultamientos, de represiones, de persecución, entre otras prácticas". Lo cierto es que la sexualidad y la reproducción han ocurrido y ocurren al margen de estas posibles restricciones, mistificaciones, ocultamientos. Margen que valida o rechaza los mandatos, pero que siempre ejerce opciones y desarrolla demandas sociales. De manera que los derechos sexuales y reproductivos refieren a la esfera de la reproducción y de la sexualidad pero no la agotan; lo que hacen es conformar un piso de igualdad que encuentra su sustento en los derechos humanos y, por consiguiente, el respeto por la diversidad humana.

El debate sobre los derechos sexuales y reproductivos en las últimas décadas, ha intentado dar cuenta de una serie de aspectos que se enumeran sucintamente a continuación:

1. El derecho a la integridad personal articula la noción individual, de dignidad, seguridad con la dimensión social de los derechos sexuales y reproductivos. Estos derechos, siendo individuales, no pueden ser ejercidos si no existen condiciones sociales. Esta vinculación de lo individual y social, coloca la discusión en el ámbito del desarrollo. La posibilidad de ejercer estos derechos está dada por el contexto económico, social, cultural, político en que viven las personas.

2. Los derechos sexuales y reproductivos cuestionan la distinción público/privado, en tanto el ejercicio de la sexualidad y reproducción (esfera privada) requiere de medios para ejercerla, como por ejemplo, el acceso a la información oportuna y adecuada; servicios de salud de calidad; métodos anticonceptivos, etcétera; siendo responsabilidades básicas del Estado (esfera pública).

3. La reproducción es parte de la vida sexual de las personas, por lo tanto la noción de derechos sexuales y reproductivos involucra el ejercicio de la sexualidad con fines reproductivos o no.

4. Las decisiones sobre sexualidad y reproducción "no siempre son explícitas, no involucran necesariamente a la pareja, y también puede ocurrir que no sean consensuales....en éstas operan significaciones culturales profundas sobre la maternidad, el ser mujer u hombre, y relaciones concretas de poder entre hombre y mujer". (Gysling 1994, en UNFPA, 1999).

5. El principio de igualdad que se relaciona con el derecho de hombres y mujeres a decidir sobre la sexualidad y reproducción, debe reconocer la situación de desigualdad social, económica, política de las mujeres en relación a los hombres. Las mujeres no tienen iguales posibilidades de decisión debido a las relaciones de poder que permean la vida de pareja. (UNFPA, 1999)

La definición de los derechos sexuales y reproductivos se enmarca en las definiciones de los derechos humanos, ya que ellos constituyen el marco general en el cual se construye esta noción; que reconoce la facultad de las personas de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva. El enfoque de derechos humanos se define como "(...) un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y protección de los derechos humanos. Su propósito es analizar

las desigualdades que se encuentran en el centro del desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder que obstaculizan el progreso en materia del desarrollo” (OACDH, 2006: p 22 en Pautassi, 2010).

La aparición en la escena pública y la consolidación de un poder de presión y de proposición de agenda política de agentes sociales hasta el momento ignorados³, tales los grupos de mujeres, los movimientos feministas, las organizaciones de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales, ha determinado una transformación fundamental en este tema: “la reproducción ha dejado de ser destino” para formar parte de las demandas públicas.

Según el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (1999) los derechos sexuales se fundamentan en la autodeterminación para el ejercicio de la sexualidad sana y placentera, en sus dimensiones físicas, emocionales y espirituales y no ligadas necesariamente a la procreación. Por lo general, se reconocen como tales:

- El derecho de todas las personas a decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva.
- El derecho a vivir la sexualidad sin discriminación, coacción o violencia.
- El derecho a esperar y exigir consentimiento completo, respeto mutuo, placer y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.

Los derechos reproductivos, por su parte, “se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones

³ Es decir; grupos explícita o implícitamente despojados de su capacidad de asumir roles sociales relevantes y, al mismo tiempo, omitidos y silenciados en la construcción de políticas públicas.

relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (Naciones Unidas, 1994).

Por su parte Rosemberg y Checa (1998: p 75) han planteado que los derechos sexuales y reproductivos se fundamentan en el “reconocimiento básico de hombres y mujeres de su derecho a decidir libre e informadamente sobre su vida reproductiva y ejercer el control voluntario y seguro de su fecundidad. Por tanto, incluyen el derecho de tomar decisiones en el campo de la reproducción, libres de discriminación, coerción y violencia; así como el derecho de disponer de los niveles más altos de salud sexual y reproductiva, en un marco de bienestar físico, mental y social que garantice la armonía con su entorno y no solamente la ausencia de enfermedad, posibilitando el ejercicio de una vida sexual satisfactoria y segura, el acceso al aborto seguro y el tratamiento humanitario y adecuado de las complicaciones que pudiera generar. Se refieren a la libertad de disfrutar de la sexualidad sin asociarla obligatoriamente a la reproducción y a un futuro de maternidad no elegido; al derecho al uso del propio cuerpo; al derecho al conocimiento sobre el mismo y el sistema reproductivo; al derecho a la procreación en las circunstancias que la mujer o la pareja así lo determinen; al acceso a la información sobre todos los métodos de anticoncepción y a los servicios médicos de manera universal y gratuita; al derecho a no ser objeto de coacción y violencia por las elecciones o decisiones sexuales y reproductivas, a la protección eficaz contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA y adecuada prevención y tratamiento de las enfermedades genitomamarias.”

Es decir, se refieren a bienes de salud, simbólicos y culturales, que están efectivamente en manos de los sectores sociales de mayores recursos y de los que sectores sociales mayoritarios quedan excluidos, en el marco de una desprotección de las necesidades específicas de las mujeres, como producto de los contenidos patriarcales

hegemónicos de nuestra cultura. De manera que postular estas posibilidades como derechos humanos, es decir como inherentes a mujeres y hombres sin distinción de edad, clase, etnia o preferencia sexual, es uno de los aspectos de mayor potencialidad democratizadora del planteo de los derechos reproductivos.

2.2. Surgimiento en el contexto internacional de los derechos sexuales y reproductivos.

La reivindicación de derechos sexuales y reproductivos politiza relaciones sociales consideradas privadas o naturales, poniendo en cuestión los límites instituidos entre lo privado y lo público, y entre lo natural y lo social. La politización pasa por mostrar que relaciones consideradas privadas están en realidad atravesadas por una dimensión política, que relaciones percibidas como naturales son en realidad construidas social e históricamente. Dicho de otra manera, la politización pasa por reconocer la contingencia de un conjunto de relaciones sociales que son percibidas como necesarias.

En la literatura existente en materia de derechos sexuales y reproductivos, como se viene afirmando, se plantea una relación entre la emergencia de estos derechos y la proclamación y protección internacional a los derechos humanos. Con la Declaración Universal de los Derechos Humanos que toma forma después de la Segunda Guerra Mundial, se cristalizan un conjunto de premisas e instrumentos que permiten la cooperación y compromiso internacional de los estados en este asunto. Algunos de estos instrumentos, como las convenciones o tratados, son vinculantes o de obligatoriedad jurídica para los estados firmantes, lo que significa que éstos están obligados a adoptar diferentes tipos de medidas para garantizar los derechos allí contenidos, de manera que cuentan muchas veces con mecanismos o instancias de seguimiento o control y sus incumplimientos pueden dar origen a penalidades dónde puede determinarse la

está centrado en los aspectos demográficos, antes que en una concepción de derechos.” Para completar estos antecedentes de referencias en convenciones internacionales que fueron sedimentando el concepto, es necesario mencionar a la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de 1978.

Sin embargo la que marca un hiato fundamental en este desarrollo histórico es la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en septiembre de 1994. Según el análisis de Wong y Perpetúo (CEPAL; 2011) la meta que se quiere alcanzar dentro de las directrices del Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo es el “acceso universal” a la salud reproductiva, lo que, en las palabras de Jiménez y Rodríguez (2009), es un concepto complejo con una complicada operacionalización. El punto central del concepto como ha sido operacionalizado por los gobiernos y organismos internacionales es el acceso a los servicios de salud, específicamente, planificación familiar, asistencia prenatal, al parto y posparto, asistencia a salud materno-infantil, infertilidad, aborto inseguro, enfermedades de transmisión sexual y otras condiciones de salud relativas a la sexualidad humana. El concepto también plantea que el acceso universal debe reflejar equidad, como la diferencia relativa en el acceso, uso, disponibilidad de recursos (financiamiento, recursos materiales y humanos, etc.), calidad de los servicios, según zona geográfica, etnia, clase económica, fase del ciclo de vida, etc. Son dimensiones con un grado de interrelaciones que confirman la complejidad antes mencionada.

En las bases propuestas en el documento redactado en la conferencia de El Cairo, se menciona como medida de prioridad invertir en acciones que tiendan al aprovechamiento de los recursos humanos, con la ejecución de programas que se focalicen en los servicios de salud y salud reproductiva de calidad. En el capítulo siete dedicado a derechos y salud reproductiva, se señala que los programas de planificación de la familia “(...) dan mejor resultado cuando forman parte de programas más amplios de

destacan la obligación de proporcionar información y educación sobre planificación familiar a jóvenes y adolescentes.

En el plano internacional, otro hecho trascendente en este contexto fue la IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer realizada en Beijing en 1995. Hasta entonces, las Conferencias Mundiales de la Mujer fueron encuentros de las mujeres, o encuentros para tratar las cuestiones que afectaban específicamente a las mujeres, lo cual sesgaba el debate en torno a la complejidad y complementariedad de las relaciones sociales y de las relaciones entre mujeres y hombres. Por lo tanto esta Conferencia trasladó el foco de atención de las mujeres al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la sociedad tenía que ser evaluada y reevaluada desde una mirada más abarcadora.

La comunidad internacional reconoció la existencia de derechos sexuales y reproductivos, aunque tampoco se empleó el término exacto. La Plataforma de Acción de Beijing declaró que: "(...) los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual"

Por otra parte, en el año 2000 los países miembros de Naciones Unidas fijaban lo que se dio en llamar los Objetivos del Milenio. Fueron ocho metas que los países se fijaron con intención (pretensión o declaración de principios) de alcanzar para el año 2015. Entre todos ellos, claro está que no es el propósito de este trabajo desarrollarlos, no se diseñó una meta que específicamente tenga que ver con los derechos sexuales y

La recuperación de la democracia en 1983 es un hito fundacional para la discusión que se pretende abordar, teniendo que en cuenta que, si bien la vigencia del concepto de *ciudadanía de baja intensidad* acuñado por O'Donnell (1993)⁵ nos permite explicar diversos fenómenos de la realidad Argentina y Latinoamericana, en ese momento de la historia se inaugura un proceso de creciente recuperación (inicialmente en el plano normativo) de derechos en general. En particular, la sexualidad comienza a ser parte (incipientemente) del debate en el espacio público.

Petracci y Pecheny (2007) en su análisis histórico de los derechos sexuales y reproductivos denominaron como *“la salida del silencio”* el proceso que se iniciaba a partir de la reapertura democrática. Esto tiene que ver con que en 1974, el gobierno de Isabel Perón, a través de la sanción del decreto 659, dispuso la prohibición de las actividades destinadas al control de la natalidad, el control de la comercialización y venta de anticonceptivos (se exigían recetas por triplicado) y la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. Esa prohibición afectó seriamente el funcionamiento de los primeros servicios de asistencia en anticoncepción, que habían comenzado a desarrollarse en las instituciones de salud pública a principios de los años setenta por la iniciativa y el esfuerzo de algunos profesionales y con el apoyo casi exclusivo del sector privado (Llovet y Ramos 1986; Gogna y Ramos 1996). En la misma dirección del decreto de Isabel Perón, el argumento de que la Argentina era un país con espacios despoblados que la debilitaban geopolíticamente, fue retomado por la dictadura militar. En 1977, se promulgó el decreto 3938, que contenía los “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, entre los que se incluía “eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”, ya que “el cumplimiento de los objetivos de crecimiento y razones fundamentales de seguridad

⁵ Este concepto será trabajado en profundidad en la Parte IV de este estudio, específicamente en el apartado “Ciudadanía, Estado y Trabajo Social.”

presentó el primer proyecto de ley sobre salud reproductiva ante la Cámara de Diputados. Casi simultáneamente, dos senadores justicialistas presentaron ante el Senado otro proyecto de ley por el cual se prohibía “el uso de métodos de control de la natalidad que sean clara o presumiblemente abortivos” (Cesilini y Gherardi 2002, en Petracci y Pecheny, 2007).

El quiebre del silencio sobre salud y derechos sexuales y reproductivos que había comenzado en los años ochenta, especialmente en 1986 con la derogación de los decretos 659/74 y 3938/77, alcanzó su punto más estridente en ocasión del debate producido durante el período de reforma de la Constitución Nacional en 1994. El tema discutido fue el aborto, uno de los más conflictivos del conjunto de temáticas que integran la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que a partir de ese momento empezó a cobrar presencia en la agenda pública. También en ese año, como parte del proceso de reforma constitucional, el Ejecutivo nacional intentó introducir en el texto de la nueva Constitución un artículo que garantizara “el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural” que finalmente no fue aceptado por los constituyentes. De haberlo sido, esa iniciativa hubiera significado un retroceso respecto de la situación del aborto. En efecto, la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal en la Argentina y está tipificada como un “delito contra la vida” en el Código Penal.

Por otra parte, el debate que culminó con la sanción de la ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue más prolongado. Se inició con motivo de la media sanción en la Cámara de Diputados en 1995 y continuó posteriormente en ocasión de la pérdida del estado parlamentario de la ley en 1997, la nueva media sanción de la Cámara de Diputados en 2001 y, por último, con la sanción definitiva por la Cámara de Senadores el 30 de octubre de 2002. Estos procesos visibilizaron y aumentaron el conocimiento de las nociones de “salud reproductiva”, “derechos humanos” y “derechos sexuales y reproductivos” y la relación entre ellas se volvió más familiar a los oídos de la sociedad.

por otros medios) o si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente.

Si bien resulta dificultoso contar con una estadística confiable y precisa sobre la cantidad de abortos que se practican, la Federación Internacional de Planificación de la Familia estima que anualmente se producen, alrededor de 500.000 abortos que representan el 40 % de todos los embarazos. Muchas mujeres, sobre todas las pobres, que se someten a métodos abortivos inseguros deben sortear otra barrera: la atención post aborto en los hospitales públicos. Si bien hay acuerdo estatal, en la necesidad de generar mejoras en la atención a las mujeres que llegan al hospital público con un aborto incompleto o con complicaciones, la realidad muestra que en la práctica esto no sucede y muchas son tratadas de forma humillante, criticadas y culpabilizadas (Petracci y Pecheny, 2007).

Como se ha dicho el Código Penal regula dos salvedades para casos de abortos no punibles. Sin embargo, los casos donde resulta necesaria la aplicación de este artículo son judicializados dilatando peligrosamente los tiempos precisos para la intervención. De hecho, los protocolos que el Ministerio de Salud ha diseñado fueron fuertemente criticados y objeto de numerosas controversias. Recientemente la Corte Suprema de Justicia falló (en su interpretación del Código Penal) que no resulta punible la interrupción del embarazo proveniente de toda clase de violación y que cualquier caso de aborto no punible no está supeditado a trámite judicial y exhortó a implementar protocolos hospitalarios. En coincidencia con esto el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires desarrolló una guía de procedimientos para que las mujeres víctimas de violación puedan someterse a la intervención en cualquier hospital que tenga servicios de obstetricia, ginecología o maternidad, sin necesidad de intervención judicial.

En esta materia queda pendiente un análisis de cómo se irán implementando estos protocolos y como actuarán los agentes sociales que se oponen férreamente a la

relaciones afectivas y eróticas existentes en la humanidad. No obstante, desde una dimensión política y con el fin de hacer visibles los cuerpos y expresiones no entendidos, censurados o perseguidos de esa multiplicidad, y reivindicar la garantía y promoción de los derechos de las personas que los viven, el término se suele aplicar a las manifestaciones minoritarias, no dominantes o contra hegemónicas de la misma" (García Suárez, 2007: p 25)

Dentro de las leyes a destacar en este sentido, aparece en primer lugar, la modificación de Código Civil realizada en julio del 2010 mediante la ley 26.618 la cual establece el matrimonio entre personas del mismo sexo. De esta manera Argentina se convierte en el primer país de América Latina en implementar este tipo de legislación, por lo tanto, esta sustantiva ampliación de derechos. La Comunidad Homosexual Argentina calcula que a dos años de la sanción de la ley se han realizado alrededor de seis mil enlaces⁹.

En mayo del 2012 se sancionó la ley 26.743 que establece el derecho a la identidad de género entre las personas. La misma según el texto de la ley es entendida como "la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la

⁹ Según datos oficiales del Registro Civil de la Provincia de Buenos Aires, se celebraron hasta el mes de mayo 1455 matrimonios, convirtiéndose en la provincia con mayor cantidad de parejas del mismo sexo casadas en el país. Le sigue la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con 1405 enlaces registrados hasta el día 6 de julio, según cifras oficiales del Registro Civil de la Ciudad. La Ciudad de Buenos Aires con la Provincia de Buenos Aires conforman casi la mitad de los casos de matrimonios igualitarios de la Argentina, en estos dos años, las dos suman un total de 2.860. Más todas las provincias, con las evidentes prevalencias de las provincias con más ciudadanos/as como son Córdoba, Santa Fé, Mendoza, etc. En total suman más de 6000 matrimonios igualitarios en todo el territorio Argentino. (<http://cha.org.ar/2012/mas-de-6000-matrimonios-igualitarios-en-argentina>)

a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;

b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;

c) Prevenir embarazos no deseados;

d) Promover la salud sexual de los adolescentes;

e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias;

f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;

g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

En la provincia de Buenos Aires, en 2003 se reglamentó la Ley 13.066 con similares objetivos a la ley nacional, y se creó el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Sin embargo, el ejecutivo provincial vetó parcialmente la ley provincial al derogar el artículo que disponía su cumplimiento en todas las escuelas, ya que consideró que no respetaba las convicciones personales ni la libertad de culto. Esto reflejó presiones de sectores preocupados por proteger el derecho de los padres a dar la educación que consideran adecuada y por eximir a los establecimientos privados de la regulación legal, al mismo tiempo afectó el derecho a la información de la población adolescente¹⁰.

Asimismo, el Programa provincial posibilita exceptuarse de participar en los programas de salud reproductiva a aquellos profesionales que aduzcan objeción de

¹⁰ En la ley aprobada se manifiesta como objetivo "valorar la maternidad y la familia", considerada ésta como una sociedad natural existente antes que el propio Estado.

conciencia y, por último, se subsumió al programa de Salud reproductiva y procreación responsable como un sub-programa dentro del Programa Materno Infantil

Aunque el subprograma explicita que la salud reproductiva se basa en la promoción en varones y mujeres del desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos a lo largo de todas las etapas de su vida, es claro su énfasis en la procreación responsable.

En el Balance 2003-2011 del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable realizado por el Ministerio de Salud de la Nación se plantea que de *“la enumeración de las nuevas normas destinadas a garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos demuestra que no se trató de sanciones legislativas aisladas sino de un cambio de paradigma, desde aquella noción de control de la natalidad a un paradigma de garantía de derechos.”* Uno de los elementos por los cuales se puede concordar con esta afirmación tiene que ver con el hecho que se generalizó el acceso a los distintos métodos anticonceptivos en diferentes instancias de atención para la salud, fundamentalmente en los centro de salud barriales. Esto tuvo como brazo ejecutor el Programa Remediar que provee medicamentos esenciales ambulatorios a través del suministro gratuito de botiquines a los Centros de Atención Primaria de Salud de todo el país, al cual se le incluyeron los insumos para la distribución de métodos anticonceptivos. Según las estadísticas oficiales a la fecha seis millones de mujeres accedieron en forma gratuita a métodos anticonceptivos.

La sanción de esta ley tuvo como consecuencia el imperativo de modificar las lógicas que circulaban dentro de las instituciones que debían instrumentarla. Por lo tanto trajo aparejada la necesidad de generar estrategias específicas de capacitación para los equipos de salud, que hasta entonces trabajaban desde el paradigma histórico de “planificación familiar” en lugar de la perspectiva de derechos y autonomía plasmados en la ley.

Sin embargo, el CONDERS en el Monitoreo del año 2009 denunciaba que persistía una discrecionalidad en los efectores de salud y decisiones arbitrarias por parte de los equipos médicos para lo cual planteaba la necesidad de empoderar a las mujeres usuarias, sobre todo, para limitar y acotar estas prácticas. En dicho informe también se señalaba que “para que pueda haber demanda, primero debe haber información disponible y clara sobre la práctica en sí misma y sus condiciones de accesibilidad. A su vez, esta falta de información se inscribe en una lógica dominante en la sociedad (y específicamente al interior del sistema médico) según la cual la salud sexual y el cuidado en anticoncepción es y debe ser una responsabilidad casi exclusiva de la mujer. Es preocupante que la política pública perpetúe esta creencia, reforzando prejuicios y nociones difusas en la sociedad acerca de la relación y la distribución de roles entre los géneros”. Existe invisibilización del lugar de los varones en materia de salud sexual y reproductiva lo que tiene como contrapartida esta responsabilización excluyente de las mujeres. Pero, no basta con la mera incorporación de los varones a la información, asesoramiento, difusión, u otras acciones. Por el contrario, la necesidad de incluir a los varones debería partir del reconocimiento de las relaciones desiguales que atraviesan a varones y mujeres en todos los campos y en especial el de la sexualidad. Es en el sentido de cuestionar los lugares tradicionalmente masculinos y de incrementar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva, como lo señala la ley nacional. No tener presente esta dimensión hace peligrar, por ejemplo, el nivel real de la utilización de los métodos anticonceptivos.

Los principales problemas consisten en la deficiente conceptualización de esta práctica y su escasa valoración, posiblemente porque traslada el poder de decisión desde el médico a los usuarios, la mayoría mujeres. Este déficit de comprensión y valoración distorsiona el abordaje y la metodología con la que se implementa, y finalmente en la consulta no se respetan cabalmente los derechos y la autonomía de decisión de los

usuarios. De manera que es necesario pensar el principio de exigibilidad de los derechos reconocidos por la ley vigente, por lo tanto, reivindicar la posibilidad de disponer de instrumentos, mecanismos y procedimientos de protección de derechos reconocidos, de modo que, ante cualquier amenaza de violación de los mismos la ciudadanía pueda reclamar que el Estado garantice su cumplimiento efectivo de acuerdo con los compromisos asumidos. (Kohen y otros; 2008).

2.3.3. Educación sexual Integral.

Las diferentes maneras de comprender la sexualidad, las variadas representaciones sociales que se han construido en torno a los temas relacionados con la sexualidad, la errónea identificación de la sexualidad como sinónimo de sexo y de genitalidad, la asociación dominante entre adolescencia-sexualidad-riesgos-peligros, el supuesto de que la educación sexual promueve el inicio temprano de las relaciones sexuales, las distintas consideraciones que se han elaborado en cada subcultura sobre aspectos de la sexualidad y de la reproducción, la creencia dominante de que la educación sexual sólo consiste en un conjunto de informaciones dadas sobre el sexo y las relaciones sexuales, etc., han obstaculizado el análisis de la educación sexual en todas sus dimensiones (Santos, 2007)

A partir de 1920, en Argentina una de las preocupaciones que tenían los médicos higienistas era difundir los peligros de las enfermedades venéreas. La Sociedad Luz publicó numerosas cartillas al respecto donde se desalentaba a la prostitución, describían la anatomofisiología de los sistemas reproductores femenino y masculino, rechazaban el rol de "don Juan" para los varones, exaltaban la maternidad, desalentaban la iniciación sexual de los varones jóvenes antes del matrimonio.

Estas son las preocupaciones que dominaron y en gran parte dominan el pensamiento. Cuando el asunto es abordar las cuestiones relacionadas con la educación sexual, sin embargo aparecen contracciones y resistencias sociales de diversas índoles, es decir, no únicamente relacionadas con la Iglesia Católica; que parece el actor más obvio en oposición a la introducción de estos elementos a la educación formal. En este sentido, resulta pertinente analizar cómo las nociones de tanto de currículum prescripto, currículum oculto, currículum evadido, omitido o nulo (AAUW, 1992) permiten profundizar este análisis. Aún con sus diferentes significados, estos conceptos aluden a una cuestión común: aquello que no se nombra, o se nombra desde el silencio, la ausencia que, una vez develada, aparece como omnipresente. “La sexualidad es uno de esos contenidos históricamente ‘omitidos’... al menos en un sentido integral. Sin embargo, los cuerpos sexuados de niñas y niños, de los y las jóvenes y de los y las docentes están allí, actuando e interactuando...” (Lopes Louro, 1999; Epstein y Johnson, 2000, en Morgade, 2008). Cuando la temática se hace presente, es generalmente en el área de Ciencias Naturales o, en el secundario, en Biología o Educación para la Salud. Ahora bien sabemos que el abordaje en esas áreas generalmente se ha limitado a la anatomía y la fisiología de la genitalidad, y al estudio de los riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS; o ETS: enfermedades de transmisión sexual) o de embarazos no planeados: una visión de la sexualidad reducida y, por lo general, desubjetivada.

En ocasiones, aparecen enfoques donde la sexualidad queda subsumida en los aspectos vinculados a lo legal, específicamente a lo judicial en torno a situaciones de abuso o la violación, que también parcializan la cuestión y tienden también a reforzar la relación simbólica entre “sexualidad” y “peligro” que los enfoques biomédicos anticipan (Morgade, 2006). Es posible profundizar aún más el análisis: generalmente se trata de “una clase”, un momento puntual, desligado del tratamiento del resto de los contenidos trabajados; si no es a cargo de algún docente de biología, se convoca a un especialista

que no pertenece a la escuela (médico, psicólogo, abogado, trabajador social, pedagogo, u otros) y con fuerte direccionamiento a las mujeres (en particular las adolescentes) con una importante carga de supuestos heterosexuales. “Siguen silenciadas la dimensión cultural que atraviesa la ‘materialidad’ de la dotación biológica, la afectividad y las emociones que se vinculan con el uso, disfrute y respeto del propio cuerpo y del cuerpo de otros u otras, las sexualidades no hegemónicas, el “sujeto” de los derechos sexuales, la historicidad de las formas de organización vincular y otros temas que suelen interesar a chicos y chicas puestos a preguntar/se respecto de la sexualidad en un sentido integral que la perspectiva de género habilita” (Morgade, 2008: p 12).

En este sentido, es necesario tener en cuenta que el sistema educativo se encuentra imbricando en esta compleja red que resulta imposible, y fundamentalmente inútil, analizarla por separado. La educación sexual “se ubica en el cruce de las políticas públicas de salud y educación, y desde un punto de vista más amplio atraviesa el conjunto de las políticas sociales”. (Petracci, 2007: p 4).

En octubre de 2006, el Congreso de la Nación aprobó la Ley N° 26.150, mediante la cual se establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. La misma tiene un enfoque que entiende a la educación sexual integral como la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. De acuerdo a su Artículo 3 los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

- a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad;

d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;

e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

La ley estipuló en el momento de su promulgación un plazo de cuatro años para que la autoridad de aplicación haga efectivo el cumplimiento de los requisitos y objetivos planificados por la ley. Para estos fines se debían diseñar los lineamientos curriculares mínimos que debían cumplir todas las escuelas. Los mismos fueron finalizados por el Consejo Federal de Educación¹¹ en mayo de 2008 y enuncian propósitos formativos y contenidos básicos para todos los niveles y modalidades del sistema educativo de nuestro país. Estos propósitos formativos se proponen como un primer nivel de desarrollo curricular y a partir de ellos, las autoridades educativas jurisdiccionales tienen las atribuciones para realizar las adecuaciones necesarias que atiendan a las diversas realidades y necesidades de sus alumnos y alumnas, y de la comunidad educativa en general. De esta manera si se aborda la educación sexual desde dimensiones culturales, históricas, emocionales, éticas y también fisiológicas y biológica, todas las materias escolares tendrán algo que decir respecto de la construcción de la sexualidad en la educación de los alumnos.

Por último, es necesario analizar que esta ley ha sido cuestionada por diversos estamentos sociales que argumentaban el derecho de las familias a educar a los hijos conforme a los principios éticos y religiosos particulares. Estas reticencias se sustanciaron fundamentalmente en la lenta aplicación de los lineamientos curriculares obligatorios que el Estado definió.

A la fecha se han realizado gran cantidad de instancias de capacitación para el personal docente, como también numerosas publicaciones con información sobre el tema

¹¹ Integrado por todas las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

destinadas a los docentes, a los estudiantes y a las familias. De igual manera, esto aún no ha penetrado en la sociedad de forma mayoritaria, por tanto las instituciones no han realizado las adaptaciones pertinentes. Esto tiene que ver con el sesgo de prohibición que el tema tiene y que, a su vez, se liga en el nivel de las subjetividades, a la esfera privada donde el tratamiento público resulta al menos, escandaloso. De manera que la escuela no es pensada con un interlocutor válido para debatir sobre estos asuntos y, sobre todo, para constituirse en agente que brinde información y genere instancias de reflexión con sus estudiantes.

Parte III

**Salud sexual y reproductiva en la
adolescencia. Debates
contemporáneos.**

3.1. Noción de salud sexual y reproductiva.

El concepto de salud reproductiva es relativamente reciente. Surge a partir del cuestionamiento de los programas de planificación familiar centrados en controlar la fecundidad y proveer anticonceptivos. Diversos investigadores, grupos y organismos como la Fundación Ford, la Internacional Women's Health Coalition, la Organización Mundial de la Salud y el Population Council influyeron en la concepción de un enfoque integral de la procreación denominado salud reproductiva.

La salud reproductiva es entendida por Naciones Unidas como: "(...) un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias...entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia." (ONU, 1994: p 2).

Es importante destacar que el concepto de salud reproductiva, obviamente, implica la salud sexual la cual ha sido definida en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994: p 4) como "el realce de la vida y las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían consistir tan solo en la orientación y cuidados relacionados a la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual". En este sentido Lasonde (1997: p 66) ha planteado que es necesario ir más allá del "...aspecto técnico de la planificación familiar al considerar los distintos factores y motivos que afectan los comportamientos reproductivos, tales como el papel de los hombres, las relaciones de poder entre los sexos, la posición de la mujer y el papel de las instituciones sociales en las estrategias de reproducción así como en las elecciones individuales. En su aplicación intenta integrar el punto de vista de la mujer en tanto que persona con necesidades específicas de salud."

La noción de salud reproductiva se apoya en la idea de maternidad sin riesgos y ha constituido una alternativa (incluso ética) frente a aquellos programas de población que se fundan en la noción de control de la natalidad. La noción de salud reproductiva pone su énfasis en la necesidad de atención a la salud de las mujeres y garantizar el ejercicio de sus derechos reproductivos.

Tres son los principios que orientan la definición de la salud reproductiva:

1) respetar la *libertad de elección*, es decir, que cada persona decida de manera libre, responsable e informada sobre el número, espaciamiento y calendario de los nacimientos;

2) aceptar los *vínculos con la sexualidad*, al reconocer la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura;

3) incorporar el *contexto cultural y socioeconómico*, que no se puede dissociar de la salud reproductiva, ya que hace referencia a los papeles sociales y familiares de hombres y mujeres, y a aspectos como su acceso a la información, la educación, los recursos materiales y financieros y los servicios de salud (Salles y Tuirán, 2001: p 64).

De este modo, nociones como sexualidad, salud y reproducción que antes aparecían dispersas quedan integradas dentro del enfoque de la salud reproductiva. Por lo tanto, el concepto de salud sexual y reproductiva implica el derecho de varones y mujeres, sin distinción alguna, a tener relaciones sexuales gratificantes, sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados. Es decir, implica tener la posibilidad de poder regular la fecundidad, decidir si tener o no hijos, con quien, cuándo y cuántos. La salud reproductiva, asimismo, incluye el derecho a un parto seguro y sin riesgos, a dar a luz y a criar niños saludables.

Como se ha dicho anteriormente, en los Objetivos del Milenio está incluido el "acceso universal a la salud reproductiva" como meta que reafirma la importancia de este tema para promover el desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza en el marco

de derechos humanos. En concordancia con las entre las acciones incluidas en el Programa de Acción de esta Conferencia se estableció que: “todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015” (Naciones Unidas, 1994: 15).

El acceso universal implica en un sentido amplio que “quienes precisen atención sanitaria puedan obtenerla. Esta definición conlleva, por ejemplo, que todos los individuos con una ITS diagnosticada puedan recibir un tratamiento eficaz, o que quienes quieran retrasar el embarazo puedan obtener anticonceptivos eficaces. En términos prácticos, por tanto, el ‘acceso universal’ significa ‘acceso equitativo’, esto es, el mismo acceso para las personas con las mismas necesidades” (OMS/UNFPA, 2009: 4).

Por último, con el objetivo de tener en cuenta el contexto regional en el que históricamente se ha planteado la tendencia predominante a que “...los programas de salud reproductiva para los adolescentes se han iniciado sin el apoyo de las políticas o las instituciones nacionales. En ocasiones han encontrado obstáculos concertados o resistencia abierta” (Paxman, 1989; en Patelides, 2004: p 16).

3.2. Los estudios sobre adolescencia.

La adolescencia, generalmente, ha sido definida desde diferentes enfoques: biológicos, psicológicos, pedagógicos y demográficos. En términos sociológicos, la adolescencia es analizada como una construcción histórica asociada a la prolongación de la vida escolar y a la democratización de la educación: “La adolescencia es ese campo abierto a la educación, ese tiempo de latencia social que crea la evolución de las sociedades modernas” (Philibert y Wiel, 1998: p 25).

No obstante, no existe un criterio unívoco para definir aquello que entendemos como adolescencia. Las definiciones han girado en torno a criterios cronológicos como,

por ejemplo la Organización Mundial de la Salud que la concibe como la etapa que comprende las edades entre los 10 y los 19 años, es decir, 'la segunda década de la vida' (González Garza, 2005).

En una línea similar, la Organización de las Naciones Unidas define a la juventud como 'la población que se encuentra entre los 15 y 24 años de edad'. En este sentido, al considerar a la variable edad como único atributo para la definición, no existe una distinción conceptual precisa entre la adolescencia y la juventud. Caballero Hoyos (2006), indica que 'la adolescencia es una etapa del ciclo vital en el desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo' con esta definición, queda de manifiesto que se trata de un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, que se caracteriza por la sucesión de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en el ser humano.

Por su parte, Stern y García (2001) plantearon la necesidad de redefinir el concepto tradicional de adolescencia e independizarlo de los criterios estrictamente cronológicos y biológicos, ya que éstos conciben a la adolescencia como una etapa que se 'da por hecho' y que debe, necesariamente, ser vivida por todos los jóvenes de esa edad.

Éstos autores, cuestionan ese concepto de adolescencia y argumentan que el concepto moderno de adolescencia surgió en la primera mitad del siglo XIX vinculado a la escolarización de la población que, a finales del siglo XIX y principios del XX, se fue extendiendo en las sociedades occidentales. En el argumento de Stern y García, la transformación producida por la escolarización, condujo a la necesidad de delimitar la edad para ingresar y estar en la escuela. Esto transformo al período en una etapa de transición en la que los jóvenes ya no estaban bajo el 'dominio exclusivo de la familia pero todavía no tenían pleno acceso a la vida pública y adulta' (Stern, y García, 2001)

En otras palabras, la adolescencia pasó a ser el tiempo que se tiene para formarse en sociedades cada vez más especializadas y complejas que requieren de nuevas habilidades. Por ello, si la infancia, del nacimiento a la pubertad, ha sido identificada como una etapa natural, biológicamente determinada, la adolescencia es un producto de la civilización (Philibert y Wiel, 1998: p 26).

Así, la adolescencia como fenómeno civilizatorio y sus características se han desarrollado desde la primera mitad del siglo pasado llegando al punto de modificar las condiciones existenciales del adolescente¹²: "La adolescencia que hoy conocemos como un hecho social es un fenómeno reciente aunque en el pasado lejano los jóvenes estudiantes representaban un grupo relativamente identificable por sus conductas juveniles. El desarrollo de la institución escolar y de la economía de mercado que obliga a movilizarse y a probar las habilidades, favorece la extensión de un espacio consagrado a la educación y a la formación del niño, y después del adolescente..." (Philibert y Wiel, 1998: p 25).

Es importante destacar que, así entendida, la adolescencia, varía de cultura en cultura y, tal como señalan Menkes Bancet y Suárez López (2003: p 3) en algunas sociedades ni siquiera existe este término. En este sentido, la delimitación del lapso temporal que esta abarca, ha sido muy discutido.

Para algunos investigadores, el comienzo de la adolescencia, se identifica con el inicio de la pubertad y la aparición de las características sexuales secundarias, mientras que se reconoce que el final de la adolescencia es más difícil de definir, aunque se asume que el final se relaciona con la independencia de la vida adulta.

¹² Tal como señalan Stern y García (2001: p 349), fue la clase media urbana de la sociedad occidental la que acuñó el término presuponiendo además que "adolescencia" es generalizable a cualquier grupo social; sin embargo, dicho término no se ha considerado existente en todas las épocas y en todos los grupos sociales.

En este punto es importante destacar que en Argentina las diferencias en las condiciones de vida de los diversos grupos sociales da lugar a que las características de la adolescencia entre jóvenes de sectores medios urbanos (entre los 10 y los 19 años, por ejemplo) tenga diferencias con la de sectores excluidos que, en muchos casos, asumen responsabilidades y tareas de adultos sin vivenciar aquello que denominamos adolescencia.

Con esto, queda subrayado que no existe una forma determinada de transitar de la infancia a la vida adulta, sin embargo, lo que interesa aquí destacar es la percepción social y las repercusiones para la comunidad del proceso de maduración sexual y desarrollo corporal de los grupos que se definen como adolescentes.

Margulis afirma que (2000: p 11): "conviene ya señalar las limitaciones del concepto juventud: esa palabra cargada de evocaciones y significados, que parece autoevidente, puede conducir a laberintos de sentido si no se tiene en cuenta la heterogeneidad social y las diversas modalidades como se presenta la condición de joven. Juventud es un concepto esquivo, construcción histórica y social y no mera condición de edad. Cada época y cada sector social postula formas de ser joven (...) Diversas situaciones sociales y culturales, históricamente constituidas, intervienen en las maneras de ser joven, en los modelos que regulan y legitiman la condición de juventud".

Se trata, entonces, no de discutir las distintas definiciones que existen sobre esta temática, sino reconocer es una construcción histórica-social y cultural. En este sentido, siguiendo a la organización Mundial de la Salud, definiremos a la adolescencia como la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y los 20 años. En ese período se completa la maduración sexual, la independencia psicológica y se transita desde la dependencia a una independencia económica, al menos relativa.

Cabe destacar que si bien es difícil establecer una diferenciación conceptual entre el adolescente y el joven, ya que el primero entraría dentro de la categoría más amplia de

juventud, en este trabajo, cuando se señala a las mujeres entre 15 y 24 años se está aludiendo a la juventud y al hablar de las mujeres de 12 a 19 años nos referimos a las adolescentes.

En términos generales, a la adolescencia se la ha dividido en tres etapas.

a- Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el *periodo peripuberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales y tiene incertidumbres respecto a su apariencia física;

b- Adolescencia media (14 a 16 años) es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Se incrementa la preocupación por la apariencia física, buscando tener un cuerpo más atractivo;

c- Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales¹³.

¹³ Existen otras aproximaciones que incluyen diversas variables además de la edad, los cambios sexuales y psicológicos, un aspecto muy importante: la madurez de los adolescentes. Basándose en el análisis de la transición de adolescentes a adultos en los países en desarrollo conducido por el National Research Council, Ruth Dixon-Mueller propone una división tripartita de los

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante el inicio de la vida sexual activa y, eventualmente, el embarazo, sabiendo que una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes. Asimismo, y aunque existe cierto consenso en entender a la adolescencia desde el inicio de la pubertad y la aparición de características sexuales secundarias, el fin de esta etapa y su asociación con el inicio de la independencia propia de la vida adulta no resulta tan simple de identificar.

3.3. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

A continuación se describirán algunos aspectos relacionados a la sexualidad adolescente, teniendo en cuenta, en primer lugar que tanto el reconocimiento como la aceptación de la sexualidad adolescente se presentan como temas de difícil abordaje debido a que no son reconocidos socialmente y, por ende se tienden a invisibilizar. Tal como afirma Parrini (1999): "...lo problemático para la opinión pública no es la reproducción adolescente, sino la sexualidad adolescente; es el conflicto que este ámbito genera en la esfera de las políticas públicas, a partir de la presión de los sectores más conservadores del país, lo que impide que se desarrollen estrategias efectivas para que

adolescentes en tres categorías de edades: temprana adolescencia (edades 10-14), mediana adolescencia (15-17) y adolescencia tardía (18-19), cada una de las cuales tiene características específicas de género, psicológicas, significados culturales e implicaciones de políticas públicas. A partir de ahí Dixon-Mueller (2006) enumera cuatro criterios para considerar "cuan demasiado joven es un joven" desde diferentes perspectivas: 1) la óptica psicológica del cuerpo sexual para las relaciones y la maternidad; 2) las capacidades cognoscitivas de los adolescentes más jóvenes y de los mayores, incluyendo su habilidad para tomar decisiones de manera libre, informada y responsable; 3) los contextos socioeconómico, legal y cultural en los cuales el sentido de "suficientemente maduro" están enraizados; y, 4) los estándares internacionales pronunciados por la Convención de los Derechos de los Niños y otros documentos.

los adolescentes estén en condiciones de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. En definitiva, es el embarazo adolescente el que evidencia la existencia de una sexualidad activa en los adolescentes que, sin embargo, es negada sistemáticamente”.

La salud reproductiva tiene una gran importancia durante la adolescencia ya que es en esta etapa cuando el aparato reproductivo se desarrolla, lo que hace necesario que los adolescentes tenga información sobre este desarrollo y lo puedan asumir con naturalidad y que estén en condiciones de prevenir los riesgos¹⁴ que acompañan al desarrollo de la sexualidad, siendo capaces de detectar eventuales trastornos o patologías relacionadas con el sistema reproductivo. También en esta etapa se producen acontecimientos reproductivos cruciales, como la iniciación sexual, el establecimiento de pareja y la fecundidad. Por esta razón, los adolescentes en general se exponen a riesgos que no estaban presentes previamente y se enfrentan a situaciones que requieren decisiones para cuya adopción deben estar preparados. (Perpétuo y Rodríguez Wong, 2011).

Por otra parte, en relación al vínculo entre adolescencia y la salud reproductiva, la principal conclusión con la que se está trabajando desde organismos como la CELADE¹⁵ y el UNFPA¹⁶ (2009) es que: “(...) en América Latina y el Caribe, la difusión de información y el acceso a la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes continúa siendo insuficiente y muestra marcadas diferencias por sectores sociales” (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009b; en Perpétuo y Rodríguez Wong, 2011: p 18).

El campo de estudio de la demografía de ha ocupado del estudio de esta problemática sosteniendo que continúa una tendencia predominante a evaluar los

¹⁴ Se entiende por conducta reproductiva riesgosa o de riesgo a aquella que puede llevar a un embarazo no planeado o al contagio de una enfermedad de transmisión sexual.

¹⁵ Centro Latinoamérica y Caribeño de demografía. División de Población. CEPAL.

¹⁶ Fondo de Población de Naciones Unidas.

avances o retrocesos en materia de acceso a la salud sexual y reproductiva¹⁷ solo desde las mujeres (Rodríguez Vignoli y otros, 2011). La invisibilidad de los hombres ha dado la impresión que la salud reproductiva masculina no es un tema de interés en las investigaciones académicas o indagaciones políticas en este ámbito, o que no influye en la salud reproductiva de sus parejas, o cuando lo hace, actúa como un obstáculo para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres; al tiempo que se plantea una falsa sinonimia entre salud sexual y reproductiva y salud de las mujeres. Naturalmente, esto no tiene relación con el mencionado marco general que es el de los derechos humanos. De hecho en El Cairo se habla del “... *el derecho del hombre y la mujer...*”.

Los estudios y las políticas en salud reproductiva se han concentrado obviamente en las mujeres porque ellas producen el principal resultado de interés: los nacimientos. Rodríguez (2008) menciona diversas razones adicionales de que los hombres no hayan sido tradicionalmente incluidos en el discurso de la salud reproductiva. Uno de ellos es que las medidas de fecundidad son usualmente calculadas solo para las mujeres, debido principalmente al hecho de que las fuentes de información, como las encuestas o módulos sobre fecundidad en los censos, se dirigen a ellas para recolectar datos de sus patrones de fecundidad. Además, los métodos de anticoncepción modernos se dirigen prioritariamente a las mujeres, y como causa o resultado la responsabilidad de su uso en las parejas recae mayormente sobre ellas. Por último, el concepto de “paternidad irresponsable” implica que los hombres son más proclives a evadir la responsabilidad de ser padres, jugando en consecuencia un rol menos importante en la salud de sus hijos y en los patrones reproductivos de sus parejas en el transcurso de su ciclo de vida. En consecuencia, esta invisibilidad masculina en los indicadores de salud reproductiva

¹⁷ Los cuatro indicadores que más se utilizan para esta evaluación ya fueron señalados anteriormente.

refuerza esta tradición por la cual la responsabilidad de asegurar esta dimensión de la salud recae en las mujeres, dando por sentado que los hombres están ausentes o son un impedimento para ello. Pese a que los hombres han sido incluidos en algunos estudios, se conoce muy poco sobre la salud sexual y reproductiva masculina en América Latina y el Caribe, particularmente la de los adolescentes. Greene y Biddlecom (2000), sin embargo, argumentan que dos tendencias demográficas demandan más que nunca la inclusión masculina en los estudios de salud reproductiva. La primera se refiere a la disminución de la correspondencia entre matrimonio y reproducción. La segunda, que parte de la primera tendencia, se refiere a lo que los autores denominan la “divergencia de la experiencia acumulada” entre las historias reproductivas de hombres y mujeres. Las trayectorias maritales y de sociedad conyugal más complejas se reflejan tanto en los patrones reproductivos de hombres y mujeres, en tanto las familias pueden estar compuestas de hijos de diferentes paternidades, como en los casos en los que las historias de fecundidad completas de las mujeres pueden o no reflejar aquellas de sus esposos o parejas. Adicionalmente a estas dos tendencias, parte del cambio hacia el interés por la salud reproductiva masculina se debe a la propagación del VIH/SIDA y las iniciativas para controlar esta enfermedad, que se han centrado principalmente alrededor del uso del preservativo y el número de parejas sexuales.

En este sentido, la CEPAL (2007) ha considerado que los hombres y mujeres adolescentes y jóvenes de menos de 25 años de edad son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ya que para que puedan ejercer sus derechos a ella, y a la salud en general, existen numerosos obstáculos. Para lograr hacerlo, ambos grupos, en especial el de los adolescentes, suelen enfrentar restricciones que tienen su origen en la escasa autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e

instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales.

Finalmente, es necesario referirse a la manera que la salud sexual y reproductiva se liga a las conductas de las personas en particular y de la población que ocupa al trabajo, que son los adolescentes. A nivel de las subjetividades se ha postulado que las conductas, incluidas las sexuales, son una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos. De acuerdo con los principios del modelo de creencias sobre salud de Becker y Maiman, la conducta individual, en este caso, frente a un posible embarazo o contagio de una enfermedad de transmisión sexual, se ve determinada por la percepción de la propia vulnerabilidad, la gravedad del problema que se enfrenta, la posibilidad de resolverlo, los costos de la prevención y su eficacia y la disponibilidad y calidad de la información con la que se cuenta (Becker y Maiman, 1983).

Este modelo ha sido criticado, pues supone una conducta completamente racional. Asimismo, la investigación relacionada con el VIH/SIDA ha confirmado lo que ya se sabía respecto de otros campos de la conducta sexual: la posesión de conocimientos y aun la conciencia de la propia vulnerabilidad no necesariamente conducen a una conducta de prevención (Pantelides, Gogna y Ramos, 2000). Lo mismo sucede en el caso de los embarazos no planeados y con el comportamiento sexual de los adolescentes. Abonando en el mismo sentido, una investigación realizada por Eleonor Faur (2001) muestra que en el terreno de la sexualidad, que en muchos casos, no es la falta de conocimiento o información la que impide a las jóvenes una conducta de autocuidado y prevención, sino el pudor y la convicción de que una mujer no puede poner condiciones en la negociación de las relaciones sexuales.

La relación entre instrucción y maternidad fue estudiada por Binstock y Pantelides (2006) concluyendo que “no se observa una relación negativa lineal que muestre que a medida que aumenta la educación disminuye la proporción de madres entre las

adolescentes.” Sin embargo concuerdan con que el acceso a la educación secundaria constituye un factor protector de la maternidad temprana¹⁸. Pero no encuentran diferencias (sobre todo en el grupo de madres entre 18 y 19 años) entre las madres que terminaron o no la instrucción primaria; al mismo tiempo, escaso es el margen existente entre éstas y las madres “sin instrucción”.

En este sentido, si existe una relación manifiesta en la condición de la maternidad y la asistencia escolar dado que es un grupo sumamente reducido el que tiene las posibilidades de continuar con la asistencia a un establecimiento educativo luego de la maternidad. De manera, que la mayoría de las madres adolescentes no finalizan sus estudios luego del nacimiento del primer hijo.

3.4. Embarazo adolescente y fecundidad adolescente.

Los estudios sobre fecundidad y embarazo adolescente comenzaron a desarrollarse desde la década de 1970 en los Estados Unidos. Para fines de 1980 ya se habían consolidado en América latina y, actualmente, la temática del embarazo adolescente en particular y la de la sexualidad adolescente en general, han pasado a considerarse una de las principales problemáticas de las políticas de población en este continente.

Entre los argumentos que se han defendido respecto a la importancia de atender esta área, se pueden destacar:

¹⁸ El trabajo de referencia analiza los datos emanados del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Censo 2001. Se desarrollan las estadísticas con respecto a las adolescentes de 14 a 19 años, donde “la proporción de madres disminuye del 26% entre las adolescentes sin instrucción al 20% entre aquellas con primaria incompleta, pero aumenta al 35% entre aquellas que completaron la primaria para luego disminuir significativamente a un nivel algo superior al 7% tanto entre aquellas con secundario incompleto como entre aquellas con secundario completo” (Binstock y Pantelides, 2006: p 19)

a- se suele argumentar que el embarazo adolescente comporta un riesgo para la vida y la salud tanto de la madre como del hijo (Moore y Rosenthal, 1993; Shlaepfer e Infante, 1996)¹⁹,

b- también se sostiene que los nacimientos tempranos conducen a menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de los adolescentes (Fleiz *et al.*, 1999; Welti, 2000),

c- una parte sustantiva de estos embarazos terminan en aborto, y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de inseguridad con el consiguiente riesgo para la vida de la embarazada y,

d- se afirma que, en los últimos años se ha registrado un incremento en las tasas de crecimiento de embarazo adolescente.

En este último sentido, la preocupación se fundamenta en que se asume que existen ciertas desventajas, tanto para la madre como para el hijo, relativas a la condición de madre soltera, aunque diversos trabajos (Pantelides, 1995) han indicado que en muchos casos las madres adolescentes son casadas o unidas consensualmente al momento del parto.

Por último, se sostenía que convertirse en madre en la adolescencia conducía a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general (Hayes, 1987). Este argumento se relaciona con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza (Buvinic y otros, 1992). Sin embargo, la evidencia puede ser leída en forma inversa; es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia. Dicho en forma más general, las condiciones socioeconómicas

¹⁹ Hacia fines de la década de 1970 diversos estudios establecieron que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo se vinculaban con la falta de cuidados médicos y deficiencias nutricionales o a la falta de cuidado por la propia salud por lo que no eran consecuencia de la edad de las madres en sí misma. En el mismo sentido, (Román Pérez y otros, 2001) en su trabajo sobre parturientas adolescentes en México también concluyó que éstas no corren riesgos significativamente superiores a los de las adultas.

preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no (Geronimus y Korenman, 1992; Stern, 1997).

En similar línea argumental, Morlachetti (2007: p 68) plantea que “en términos generales, las mujeres y hombres jóvenes provenientes de distintos estratos socioeconómicos muestran trayectorias de emancipación diferentes. Una, más tardía y con baja fecundidad, propia de los sectores medios y altos; otra, con abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y mayores tasas de fecundidad, caracteriza a los sectores más pobres. Estas diferencias entre los patrones de comportamiento reproductivo terminan por descargar el mayor peso de la reproducción biológica y social de la población en los adolescentes y jóvenes pobres de ambos sexos.” Cabe polemizar con este argumento la idea que ese peso sea para adolescentes y jóvenes de ambos sexos, por igual. Esto da una imagen cercana a una suerte de pie de igualdad entre los géneros, sobre todo en términos concretos de las dinámicas de cuidados en relación a los hijos. Evidentemente, la asimetría de género es un fenómeno transversal a la sociedad, de manera que, con particularidades, se da en todas las clases sociales. Por tanto, los patrones de comportamiento reproductivo descargan el mayor peso en las adolescentes pobres, mujeres adolescentes pobres, en una proporción mucho mayor que en los adolescentes pobres, adolescentes varones pobres.

En Argentina la fecundidad adolescente es relativamente alta en relación al nivel de fecundidad general y parece presentar mayor resistencia al descenso (Pantelides, 2004). Sin embargo esta tendencia no es específica de Argentina, sino que aparece como una dinámica propia de la región; dinámica que puede resumirse en que la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ha descendido en función a los períodos anteriores, sin embargo no se observa el mismo comportamiento en la tasa específica de fecundidad adolescente (CEPAL, 2008). En el siguiente cuadro, elaborado según datos de la División de Población de Naciones Unidas, se comparan las distintas regiones del mundo en cuanto

a la fecundidad total (TGF) y la tasa específica de fecundidad adolescente para el período 2005-2010. Lo primero que llama la atención es que América Latina y el Caribe están por debajo de la media mundial en la fecundidad total, pero se encuentra bastante por sobre el promedio en la fecundidad temprana, solo superada por África en el nivel de la fecundidad adolescente.

Grandes regiones del mundo: estimaciones para 2007 de la tasa global de fecundidad y la tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de edad

Región	Tasa global de fecundidad (TGF), 2005-2010	Tasa específica de fecundidad del grupo 15 a 19 años (por 1 000), 2005-2010
El mundo	2,55	52,6
África	4,67	103,9
Asia	2,34	39,7
Europa	1,45	14,7
América Latina y el Caribe	2,37	76,2
América del Norte	2,00	39,9
Oceanía	2,30	26,5

Rodriguez y Hopenhayn (2007) acuerdan con esta idea y plantean que a partir de la década de '70, la fecundidad general cayó considerablemente en América Latina y el Caribe como consecuencia de una combinación de cambios socioeconómicos (industrialización, urbanización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización en proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el plano anticonceptivo). En algunos países, este proceso ha sido apoyado por políticas y

campañas públicas en favor de la planificación familiar. Y también contribuye la difusión de ideas y pautas de conducta afines al control reproductivo y con mayor variedad de roles sociales y trayectorias de vida, sobre todo para las mujeres.

En este marco histórico, era de esperar que los jóvenes comenzaran a reducir el número de hijos, particularmente en generaciones con fecundidad elevada, extendiendo esta baja hacia los adolescentes, lo que efectivamente ocurrió hasta la década de 1980. Pero desde fines de ella, la fecundidad antes de los 20 años ha presentado una tendencia distinta: primero refractaria a la baja, y luego con una nueva propensión al aumento en varios países (Rodríguez y Hopenhayn, 2007)

Para complementar la información genérica que estos datos arrojan, se agrega que, según un estudio realizado por Morlachetti (2011) en América Latina y el Caribe, un promedio de 38% de las mujeres se embarazan antes de cumplir los 20 años. Casi el 20% de nacimientos vivos son de madres adolescentes. Entre las mujeres adolescentes en situación de pobreza, la fecundidad es tres veces más alta que en el resto de las adolescentes, el uso de métodos anticonceptivos es menor y tienen más probabilidad de dar a luz antes de los 20 años. El autor postula que esta concentración de la reproducción en esta franja etaria, es un fenómeno propio de América Latina. "Se advierte un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente, en la medida en que ésta se produce especialmente en mujeres de escasos recursos y con bajo nivel educativo. El embarazo adolescente afecta el desarrollo de las mujeres jóvenes y sus hijos e hijas, tanto en el ámbito de la salud como en la inclusión social de las madres adolescentes en la educación y en el trabajo debido al papel que juega en la transmisión generacional de la pobreza. En la salud, existen implicancias del embarazo adolescente en lo que se refiere a la mortalidad infantil, como el bajo peso al nacer, y complicaciones para la salud de las jóvenes durante el alumbramiento y durante abortos inducidos." (Morlachetti, 2011: p 3).

La fecundidad adolescente *preocupa, desconcierta y desafía* dicen Rodríguez y Hopenhayn (2007) para tener en cuenta tres principales alertas o consideraciones al respecto. *Preocupa* por la acumulación de evidencias sobre las adversidades que entrafía la reproducción temprana, en particular en sociedades modernas, en las que la inserción social de las personas requiere un período de formación y acumulación de códigos, conocimientos y experiencias. Este período tiende a ser conflictivo con las tareas de crianza, las que demandan mucho tiempo y requieren una madurez psicológica que no siempre se ha alcanzado en la adolescencia. Las adversidades de la reproducción temprana para padres e hijos son diversas y están bien documentadas. A esta díada se han sumado recientemente los padres de los adolescentes y abuelos de los bebés. Finalmente, hay tres sesgos que añaden inquietud: su frecuencia mucho mayor entre los grupos pobres, constituyendo por ello un componente del síndrome de reproducción intergeneracional de la pobreza; la concentración de las responsabilidades en las progenitoras mujeres (y sus madres, las abuelas criadoras), con un alto grado de evasión por parte de los progenitores varones, y una creciente fracción de las madres adolescentes que crían en ausencia de padre y pareja.

Desconcierta básicamente porque su resistencia a la baja en América Latina y el Caribe es más bien excepcional a escala mundial, y porque acontece en un contexto que, como se ha dicho, la fecundidad de todas las otras edades cae fuertemente. Asimismo, sorprende porque el enfoque del cambio de la fecundidad a largo plazo y de la relación entre reproducción y modernización (la transición demográfica) no contempla un comportamiento peculiar de esta fecundidad. Más aún, el modelo que le ha seguido, denominado "segunda transición demográfica" (Rodríguez Vignoli, 2008), plantea que un rasgo del comportamiento reproductivo, bajo contextos de modernidad avanzada o de una sociedad postindustrial, relacionado con el retraso de la edad a la que se tiene el primer hijo. Además, asombra porque los factores materiales y culturales que históricamente han

estado asociados a un descenso de la fecundidad, incluyendo la adolescente (como la mayor urbanización y escolaridad) han tenido una trayectoria ascendente que en teoría debiera haberla reducido.

Finalmente, *desafía*, porque hay mandatos específicos a escala mundial que apuntan categóricamente a reducirla, básicamente porque es percibida como un problema por las adversidades que genera. La resistencia a la baja de la reproducción en la adolescencia, junto a todos los problemas que conlleva, desafía a las políticas públicas, pues delata debilidades de diagnóstico y fracasos programáticos, y claramente muestra la necesidad de criterios transversales y de complementariedad en campos diversos de intervención.

Parte IV

Trabajo Social, ciudadanía y sexualidad adolescente.

4.1. Una aproximación al Trabajo Social.

Este estudio por razones que se expondrán en el capítulo que se inicia, no pretende realizar un análisis que se pueda arrogarse una pertenencia exclusiva (o específica) del Trabajo Social. Es decir, el marco disciplinar en el cual se realiza el mismo no define en sí mismo un lugar que podemos llamar privilegiado, o particular, para el estudio de la temática. Más bien se trata de un aporte en el marco de las Ciencias Sociales, ámbito de conocimiento al cual se pretende adscribir al Trabajo Social. El próximo apartado se desarrollará esta idea en profundidad.

Se parte de esta aclaración para adherir a la línea teórica que postula al Trabajo Social como profesión, en la división socio-técnica del trabajo, que es producto de un proceso de ruptura con la práctica de la caridad y de la filantropía. En este sentido, es una institución nueva que surge en la fase monopolista del desarrollo del capitalismo cuando las funciones del Estado se amplían pasando a enfrentar la cuestión social de una forma no-represiva a través de las políticas sociales. Este proceso no obedece solamente a la dinámica impuesta por los intereses del capital, sino que también es una respuesta a la beligerancia de los trabajadores (Netto, 1992).

Es preciso analizar al Trabajo Social en relación al particular contexto histórico en que se desarrolla. Es decir, “el momento en el que el neoliberalismo se ha expresado con mayor agudeza en nuestra sociedad, impactando en una multiplicidad de dimensiones de lo social, lo económico, lo político, no quedando ajena tampoco la misma profesión” (Cavalleri y Parra, 2007: p 8).

Montaño (1998) ha definido que las políticas sociales son el ámbito donde surge y se expande el Servicio Social²⁰, de manera que estas constituyen la *base de sustentación*

²⁰ La referencia a los términos “Servicio Social” y “Trabajo Social” puede ser utilizada de manera análoga, dando que de momento no se ha dado un debate lo suficientemente profundo para que se

funcional-laboral de la profesión. Desde su perspectiva, las políticas sociales constituyen instrumentos de intervención estatal funcionales al proyecto hegemónico del capital, aunque tensa y contradictoriamente representan conquistas de las clases trabajadoras y subalternas. Derechos conquistados para tener ciertas necesidades tratadas por el Estado, que por su turno significan que el estatus-quo y la acumulación capitalista permanecen inalteradas. De manera que el Trabajador Social es un engranaje en la reproducción de las relaciones sociales y del sistema imperante, dado que participa en este esquema en la fase terminal de las políticas, su implementación. Este profesional es un ambiguo representante del aparato estatal, que impulsa su acción desde un marco axiológico que lo compromete con los sectores más postergados y vulnerables de la sociedad, asume retóricamente un compromiso en torno a la transformación de las condiciones estructurales de esta desigualdad social y, paradójicamente, es un instrumento de legitimación y sustentación del sistema del servicio de las clases dominantes.

En este sentido, Molina (2010: p 2) plantea que “esta profesión está inserta en la mediación que el Estado hace de las diversas expresiones de la desigualdad social resultante de la contradicción entre los intereses de los propietarios del capital y de los intereses de quienes viven del trabajo. Esto conlleva acordar que todo nuestro trabajo profesional se reproduce en la tensión entre: los intereses hegemónicos consecuentes

puedan distinguir los bemoles que encuadran las diferencias entre ambos. De hecho la ley provincial N° 10.751, de ejercicio profesional, habla de “*Servicio Social o Trabajo Social*”. En la Provincia de Buenos Aires el colegio es de “*Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales*”. Esto da cuenta de una suerte de ambivalencia nominal en relación a la profesión, producto del mencionada debate no saldado sobre el asunto. Cuando se hace mención al término “Trabajo Social”, como efectivamente se realiza de forma preferente en este trabajo, se lo hace sólo proclamativamente en tanto línea teórico, política y de ejercicio profesional, dado que fue la categoría más difundida por el proceso que se dio en llamar de reconceptualización, el cual marcó nuevos horizontes y perspectivas a la profesión. En el desarrollo del trabajo, sin embargo, para ser más justos con las referencias teóricas tomados, se utilizarán ambos conceptos de forma indistinta, dejando clara esta salvedad.

con un modo de vida y la aspiración ética de otro mundo posible con justicia social y libertad". Efectivamente, las políticas sociales se constituyen en instrumentos privilegiados de reducción de conflictos, ya que contienen conquistas populares, siendo que estas son vistas como concesiones del Estado. Todo indica que la preservación de estas políticas sociales y la incorporación de los sujetos a ellas es el resultado de una especie de acuerdo, de un "pacto social": el Estado concede estos beneficios a la población carenciada a cambio de que esta última acepte la legitimidad del primero. (Montaño; 1997). Pero para el desarrollo de estas políticas sociales es necesaria la participación de dos actores: un profesional que planifique y las diseñe (a partir de los conocimientos teóricos y de las orientaciones políticas de otros actores), y un profesional que se encargue de la implementación de tales instrumentos estatales. Por tanto la acción del Trabajo Social se limita a una práctica técnica que le alcanza con el conocimiento acumulado de la propia experiencia o de la repetición de ciertas rutinas estandarizadas para la operacionalización de las políticas sociales.

Estas afirmaciones no son objeto de un consenso unívoco. El Trabajo Social no tiene una definición que arroje puntos consensuados acerca de su génesis, su historia, su función en la sociedad, su objeto de estudio o ausencia del mismo, etc. Montaño (2000) ha hecho un esfuerzo analítico en este sentido, llegando a caracterizar lo que se puede dar en llamar dos corrientes que se ubican en espacios conceptuales contrapuestos. Las mismas son portadoras de dos tesis alternativas y mutuamente excluyentes: a saber, la perspectiva endogenista y la perspectiva histórico-crítica.

La primera sostiene "el origen del Servicio Social en la evolución, organización y profesionalización de las `anteriores` formas de ayuda, de la caridad y de la filantropía, vinculada ahora a la intervención en la `cuestión social`". Identifica en esta corriente a autores como Kisnerman, Kruse, Ander-Egg, entre otros.

La segunda “entiende el surgimiento de la profesión del asistente social como un subproducto de las síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de la clase hegemónica, cuando, en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas a la 'cuestión social'”. En esta línea se destacan autores como Guerra, Netto, Montaña, entre otros.

4.1.1. Especificidad en el Trabajo Social

Este es un tema objeto de muchas controversias en el plano de la profesión. El motivo por el cual se pretende desarrollar en este apartado tiene que ver con dos razones fundamentales. En primer lugar, porque ha sido motivo de preocupación y debate, por tanto de producción teórica y académica. De manera que representa un espacio conceptual en donde las diferencias defienden perspectivas epistemológicas, políticas y éticas. En segundo lugar, la temática de los derechos sexuales y reproductivos en relación a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes requiere de una preocupación analítica que trascienda los límites de lo que una disciplina pueda fraccionar del tema. Evidentemente, es necesaria una perspectiva integradora que admita dar cuenta de la complejidad de las problemáticas que se presentan a los efectores intervinientes en la misma. De hecho, son numerosas las intervenciones que trabajadores sociales realizan a diario, en el marco de programas sociales o de diferentes instituciones, en relación al asunto que se viene tratando, desde instituciones de lo más diversas y con equipos de profesionales sumamente heterogéneos.

En este sentido, se pretende dar cuenta de los efectos que producen las políticas públicas y sistema institucional en su conjunto, lo cual incluye la actuación de profesionales de diversas áreas. Por lo tanto, no se pretende formular un conocimiento “específico” del Trabajo Social, ya que en relación a la búsqueda de la especificidad

Guerra (1995) manifiesta que el Servicio Social “ocupando una posición terminal en la trama del proceso de organización de las políticas sociales, sus acciones adquieren un carácter polivalente, indefinido, imponiendo al conjunto del colectivo profesional la preocupación en encontrar la ‘especificidad’ de la profesión”. Sin embargo, esta preocupación (o esta búsqueda) tiende a obturar debates cuyas temáticas tienen que ver con el conjunto de las ciencias sociales.

El argumento que se plantea acerca de la especificidad del Trabajo Social se sustenta en una crítica a una visión de la sociedad fraccionada, dividida en departamentos estancos, sin conexión. Parece lógico que la acción de esta profesión partiendo desde una perspectiva atada a la especificidad sea subalterna y subalternizante. En este sentido, la idea de especificidad a la hora de analizar y producir conocimiento sobre un tema implica un pensamiento (por tanto una intervención) que será fenoménico y fragmentario, es decir, genera la *“fragmentación del ser humano social en las disciplinas de la ciencia social”* (Montaño, 1997).

En todos estos esquemas el Trabajo Social continua respondiendo a la *herencia sincrética* (Netto; 1997) de su origen, desarrollo y vinculación con las ciencias sociales, a saber la existencia de un objeto, teoría y método propios; la búsqueda de una teoría que fuese específica. Para Coutinho, “la distinción actual entre varias ciencias sociales particulares, cada una constituyendo una ‘especialidad’ dotada de un pretendido, objeto propio (...), surge en el momento en que se da ese eclipse de la reflexión totalizante (e historizante) sobre lo social.” (Coutinho, en Montaño; 2000: p 114).

En el marco de la complejidad de la demandas que son abordadas desde esta profesión es preciso una ruptura con el ángulo de comprensión positivista, por lo tanto romper con la expresión aparental desprovista de la historia de las cosas, pensado en las mediaciones que las constituyen. Esto trae aparejado la ruptura, también, con la tradición de ser la profesión que aplica los conocimientos emanados de otras disciplinas. Al mismo

tiempo significa romper con los mandatos institucionales que coaccionan desde este marco referencial y trabajar en la construcción de lo que diversos autores (Heler; 2002 y 2004, Aquín; 2006, Molina; 2010) han llamado la *autonomía relativa* de la profesión.

En este sentido, Mario Heler (2002) ha planteado que “el profesional está fabricado socialmente (socializado en su profesión) lo cual implica responder a la ley que define su ocupación como un campo profesional. Que esta ley (y su mayor o menor autonomía) es producto de las relaciones de fuerza que se fueron estableciendo en el proceso de profesionalización, y que han ido definiendo la estructura del campo específico, siendo interiorizada por los miembros de la profesión en su formación y en la experiencia de su desempeño. En este marco, pensar la autonomía equivale a pensar en el ejercicio responsable de la libertad, lo cual conlleva la capacidad (y el poder) tanto de dar respuesta a la pregunta del por qué de nuestras decisiones y acciones, como de hacernos cargo de sus consecuencias...” Agregando posteriormente que “...el problema de la autonomía, el problema de cómo lograr actuar por nosotros mismos y no ser actuados por nuestros usos y costumbres morales y policiales... El problema es que los usos y costumbres nos conminan, nos actúan, conduciéndonos frente a encrucijadas que nos reponen siempre en el mismo camino recto, aceptado, instituido, establecido...” (Heler; 2005) Es por esta cuestión que Faleiros (2006: p 117) plantea al respecto que “la construcción de autonomía lleva a la ruptura de lealtades con el orden dominante y al control de las políticas en curso, a través de la presión colectiva para su puesta en marcha, de la exigencia de su derecho, lo que contribuye a la formación de un proyecto de sociedad diferente, de una nueva hegemonía. La autonomía no es una teleología, sino un proceso de lucha, de articulación de poderes a través de la organización, de la teorización, de la movilización de energías, recursos y estrategias que se traducen en fuerza contra-hegemónica.”

Al respecto Marilda Iamamoto plantea que "...debemos aprehender el movimiento contradictorio de la práctica profesional, entendiéndola como socialmente determinada por las condiciones históricas coyunturales y mediatizada por las respuestas dadas por el colectivo profesional..." Resulta imprescindible pensar la intervención, entonces, en un sentido más amplio que trascienda la intervención aplicada a la esfera micro social que tiene como resultado invisibilizar las posibilidades fácticas de intervenir desde ámbitos con influencia estructural como el diseño de programas y políticas sociales. Es decir, la ruptura con la tradición de participar exclusivamente en la fase de implementación de las políticas sociales. Esto tiene como imperativo consolidar la competencia teórica necesaria para participar genuinamente en las discusiones de las ciencias sociales y en la producción de conocimiento.

4.2. Ciudadanía, Estado y Trabajo Social.

Dentro de los ejes principales de este estudio se encuentra la noción de derechos, por lo tanto la noción de ciudadanía estará presente en el desarrollo del mismo. Esta noción condensa una perspectiva ético-política del Trabajo Social relacionada con la promoción de derechos; en este caso específicamente en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

En este sentido, el ámbito de la intervención profesional se encuentra en las manifestaciones de la cuestión social relacionadas con la vulneración de derechos. Sobre esto Abramovich y Courtis (2002: p 6) defienden la tesis que "la adopción de tratados internacionales que consagran derechos económicos, sociales y culturales generan obligaciones concretas al Estado, que (asumiendo sus particularidades) muchas de estas obligaciones resultan exigibles judicialmente, y que el Estado no puede justificar su incumplimiento manifestando que no tuvo intenciones de asumir una obligación jurídica

sino simplemente de realizar una declaración de buena intención política". Por lo tanto, en el marco de la intervención del Trabajo Social aparecen aquellos presupuestos establecidos en las leyes y la constatación de su incumplimiento. Se puede parafrasear a Nora Britos (2010) para afirmar que "este reconocimiento normativo contrasta con las importantes deficiencias en el reconocimiento de tales derechos y en su vigencia efectiva. La intervención del Trabajo Social se asienta en el acceso de la población a transferencias monetarias, bienes y servicios que forman parte de la materialización de los derechos sociales, y en procesos socio-educativos cuyo fundamento es la problematización de los sujetos sobre sus necesidades y derechos. Así, la articulación entre necesidades y satisfactores demanda claridad conceptual sobre los derechos sociales de las personas y sobre las obligaciones del Estado en tal materia.". En este sentido, la autora continua agregando acerca de la exigibilidad de los derechos y manifiesta que "la exigibilidad de los derechos sociales es un campo amplio que incluye tanto la educación en derechos, la investigación y denuncia sobre violaciones a derechos sociales, la acción colectiva orientada al cumplimiento efectivo de los derechos, y múltiples formas de incidencia en políticas públicas (y en particular, en políticas sociales)."

En este punto es relevante para analizar estas tensiones que se desarrollan hacia el interior de la lógica del aparato estatal entre derechos, reconocimiento y exigibilidad. Para ello, la categoría acuñada por O'Donnell (1993) acerca de la *ciudadanía baja intensidad*, viene a dar un insumo teórico poderoso y relevante para este estudio. En primer lugar por un dato propio de las realidades latinoamericanas y particularmente de la realidad Argentina; el reconocimiento de derechos en estas sociedades, aunque han sido procesos de lucha (muchas veces sangrientos) y de movilización social, no porta una dificultad en sí misma. La raíz nodal de las problemáticas se sustancia en el hecho de su efectiva aplicación y de la construcción de políticas públicas tendientes a la materialización de los mismos. De hecho la historia de la política pública reconoce

derechos a los trabajadores formales, fundamentalmente mediante la idea de seguridad social, pero rezaga a los amplios sectores sociales postergados de esto; desocupados o que se desempeñan en la economía informal²¹. Para estos sectores queda la asistencia, constituido sobre todo por las políticas focalizadas, es decir, transferencias monetarias (mayormente) destinadas a los pobres²².

O'Donnell (1993b) analiza que un Estado no es capaz de hacer valer su legalidad en una democracia con ciudadanía de baja intensidad, es decir, que la existencia de este elemento en la organización del Estado en su conjunto hace peligrar el orden del mismo. El argumento clave de esto tiene que ver con la existencia formal de los derechos políticos, es decir, se puede votar libre y limpiamente (en muchos casos), existe el derecho de crear organizaciones, de agruparse, de fundar partidos políticos, de transitar libremente, expresarse sin censura. Se satisfacen los criterios de la poliarquía²³ sin embargo existen variaciones que se relacionan con asuntos de equidad e igualdad en varias esferas sociales o, lo que es equivalente, con la democratización social y económica.

Para precisar, se sigue al autor en que el concepto "alude específicamente a la esfera política, a la teoría política de la democracia política, o poliarquía. Como se

²¹ Elementos no menores estos dado que en la actualidad, guiados por las estadísticas oficiales, el desempleo es de un 7% y la tasa de informalidad (trabajo no registrado) es de un 32%.

²² Para un análisis de este tema, apenas enunciado, ver Filgueira (2007), Filgueira (2006), Draibe y Riesco (2005) Chechinni y Martínez (2011), Agis y otros (2010).

²³ "Gobierno de muchos" según la Vigésima segunda edición del Diccionario de la Lengua Española de Real Academia. En 1953, R. Dahl y Lindblom utilizaron el término para designar el conjunto de procesos sociales existentes en los sistemas políticos democráticos. Con el término poliarquía, Dahl, en trabajos posteriores, denomina una gran variedad de fenómenos, por lo que su contribución teórica ha sido acusada de cierta vaguedad o imprecisión conceptual. En los primeros trabajos, significa ciertos aspectos de los gobiernos de los Estados-nación, organizaciones administrativas, territoriales, ciudades, pueblos, sindicatos y asociaciones voluntarias de intereses de carácter social, religioso etc. Designa también una situación de confrontación entre grupos o élites políticas por el apoyo electoral, garantizándose así la competencia entre los grupos de interés organizados. Reserva, en cualquier caso, el término democracia para referirse al sistema ideal, y emplea poliarquía para referirse a regímenes políticos relativamente democratizados, a las democracias reales (Reyes, 2009).

mencionó anteriormente, en las áreas marrones de las democracias nuevas por lo general se cumplen las condiciones políticas específicas para la existencia de la poliarquía. Pero los campesinos, los habitantes de los barrios pobres, los indígenas, las mujeres y demás, muchas veces no logran un trato justo de la justicia, o no pueden obtener los servicios de los organismos estatales a los que tienen derecho, o no están libres de la violencia policial, o... una larga lista de etcéteras. Esas son restricciones 'extra-poliárquicas', pero todavía políticamente relevantes; ellas connotan la ineficacia del Estado como ley, la reducción de ciertas garantías y derechos que son tan constitutivos de la ciudadanía como el poder votar sin coacción. El resultado es una disyunción curiosa: en muchas áreas marrones se respeta los derechos democráticos, los derechos participativos de la poliarquía; pero se viola sistemáticamente el componente liberal de la democracia. Una situación en la cual uno puede votar libremente, y confiar en que ese voto se escrutará limpiamente, pero donde no puede esperarse un trato justo de la policía o de la administración de justicia, pone seriamente en duda el componente liberal de esa democracia y cercena gravemente la ciudadanía. Esa disyunción es la otra cara de la moneda de la poderosa mezcla de componentes democráticos y autoritarios de esos Estados." (O'Donnell, 1993: p 14).

Lo que se pone en debate en este apartado en torno a esta triada Estado-ciudadanía-Trabajo Social desafía, a su vez, las conceptualizaciones que se realizan acerca del estado y sus productos. Dado que, como se concordó anteriormente, es en el marco de estos productos de Estado (las políticas sociales y las instituciones y sus interrelaciones, fundamentalmente) que los profesionales del Trabajo Social desempeñan su labor²⁴, por tanto las lógicas imperantes condicionan (en muchos casos determinan) las

²⁴ No es menester de este trabajo abordar lo que Montaño (1997) dio el llamar el proceso de liberalización profesional, que tiene que ver con una incursión de los profesionales en diferentes ámbitos de trabajo ajenos a la égida estatal, lo cual tiene que ver con un momento de retracción en las funciones sociales del mismo y de delegación en organizaciones de otras características, sobre

opciones de trabajo. Caracterizar el Estado es entonces un imperativo epistemológico para la tarea de los profesionales, para desentrañar los aportes que las ciencias sociales viene haciendo en este sentido. Esto tiene como fundamento complejizar el sentido, alcance y dimensión de las intervenciones y, como consecuencia inevitable a este proceso, y no lateral sino nodal, asumir la responsabilidad de debatir en el concierto de las ciencias sociales.

4.3. Trabajo social e intervención en la sexualidad adolescente.

El avance que se ha producido en el país en materia de derechos sexuales y reproductivos ha desafiado los límites mismos que la sociedad, desde el marco axiológico dominante, ha considerado aceptable. La referencia acerca del marco axiológico dominante está asociada a la idea postulada por Marx y Engels (p: 39) en “La ideología Alemana”, donde se dice que: “las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes en cada época; o, dicho en otros términos, la clase que ejerce el poder *materia* dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder *espiritual* dominante. *La clase que tiene a su disposición los medios para la producción material dispone con ello, al mismo tiempo, de los medios para la producción espiritual*, lo que hace que se le sometan, al propio tiempo, por término medio, las ideas de quienes carecen de los medios necesarios para producir espiritualmente. Las ideas dominantes no son otra cosa que la expresión ideal de las relaciones materiales dominantes, las mismas relaciones materiales dominantes concebidas como ideas; por tanto, las relaciones que hacen de una determinada clase la clase dominante, o sea, las ideas de su dominación.”

todo Organizaciones No Gubernamentales. En la realidad Argentina eso trae aparejado una suerte de flexibilización laboral, donde las condiciones de contratación son cada vez más lábiles, por tanto con menor capacidad de exigir derechos en tanto trabajadores y, evidentemente, una menor capacidad de organización como colectivo profesional.

Los trabajadores sociales se desempeñan en ámbitos de aplicación de las leyes a las cuales se le ha dado mayor relevancia en este trabajo: tanto la Educación Sexual, las de diversidad sexual y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Estos son mayormente en los Equipos de Orientación Escolar de las escuelas y en los Servicios Sociales de los Centros de Atención Primaria de la Salud y hospitales públicos. Por tanto son parte del engranaje de efectores que asumen la responsabilidad de la implementación en el marco de las políticas que efectivizan estas instituciones. Esta responsabilidad también se da en el marco de las resistencias que las ideas dominantes sobre este tema implican.

La importancia de señalar este aspecto relativo a las ideas dominantes tiene que ver con que son centrales para entender que los avances mencionados, aunque de gran alcance, no llegan a sustanciarse por diversas razones y en esto lo *ideológico* juega un rol decisivo. Además porque la profesión requiere asumir este debate torno a lo ideológico con el propósito de ser parte de las demandas que construyen canales de exigibilidad de los derechos. Por último, es preciso tomar registro de las contradicciones que presenta la legislación vigente a los fines a viabilizar críticas que permitan la construcción de alternativas superadoras.

En este sentido, Schuster y Jurado (2005: p 24) hicieron un análisis comparativo de la legislación tanto nacional como provincial en materia de salud sexual y reproductiva. En el mismo detectaron "dos constantes (que) aparecen en los textos y (en algunos casos) su énfasis puede hacer que la ley se torne ineficaz en el amparo de los derechos reproductivos para lo cual fue creada. Uno, la preocupación excesiva por el derecho de los médicos de no prescribir métodos anticonceptivos en contra de sus creencias, que respondería más a conformar al sistema médico que a dar respuesta a las necesidades de la población. Otro, la inquietud constante por respetar el derecho de los padres de brindar la educación que consideran adecuada para sus hijos, de manera independiente

de la intervención del Estado. Ambas cuestiones ignoran que una ley sobre salud reproductiva no está destinada a la protección ni de los médicos ni los padres, sino al amparo de los derechos reproductivos de toda la ciudadanía, especialmente los grupos más perjudicados de la sociedad. De esta manera, el tratamiento de los temas de educación sexual, la objeción de conciencia, que aparecen como respetando la libertad religiosa, en realidad dan cuenta de lo contrario al restringir los alcances de una ley por cuestiones de una religión en particular.” Por lo tanto, uno de los asuntos es revisar hasta qué punto la ley no continua salvaguardando los intereses dominantes (de los equipos técnicos de salud, de los padres, de los docentes) en función al principio liberal de las libertades individuales, el cual se asume como un valor más alto que la acción e intervención del Estado, por lo tanto el cumplimiento de los derechos. Esto se da a expensas de los sectores postergados de la sociedad que son quienes tienen las dificultades en estos casos frente a las instituciones.

Por otro lado, está el debate que tiene que ver con el efectivo cumplimiento de la legislación. El CONDERS ya planteó en el Monitoreo del año 2010 que es “evidente un marcado desinterés y/o resistencia, entre los efectores de salud por garantizar a las mujeres el acceso a algunos métodos anticonceptivos. Todo esto indica la dificultad por parte de la gestión de los programas locales para establecer criterios programáticos claros que permitan acotar la decisión arbitraria de los equipos médicos.”

Continúa en el mismo informe aclarando que es la capacitación de los efectores una de las falencias más importantes que se destacan entre los aspectos monitoreados, además de la necesidad de garantizar el correcto funcionamiento del programa y la unificación de criterios de atención. De momento no hay ningún plan que sea sistemático y continuado para llevar adelante la capacitación del personal.

En este sentido, la Ley de Educación Sexual Integral está en una situación aún más delicada, dado que de momento no se han aplicado de forma extendida los

lineamientos curriculares básicos diseñados en el 2008. El plazo de cuatro años para su aplicación, que fue establecido en el momento de la sanción de la ley, ya ha transcurrido y no parece existir la voluntad que esta tendencia vaya a modificarse. La ley y sus contenidos formativos ha sido de momento únicamente proclamativos; teniendo en cuenta la función social de la normativa, que es dar un marco mínimo aceptado por todos para regular una actividad.

Resulta claro que en este caso, al menos el rol de la denuncia, como parte de instituciones que violan deliberadamente la normativa vigente es un imperativo que no queda ya en manos de las decisiones que individualmente pueda llegar a tomar cada profesional, sino que se trata de disposiciones reguladas por los códigos de ética. En este caso se pretende mencionar algunas de las disposiciones que en la Provincia de Buenos Aires están establecidas y tienen relación con lo mencionado:

- El Profesional en Servicio Social deberá: a) Pronunciarse ante los hechos que lesionan la dignidad humana y/o derechos ciudadanos; b) Actuar comprometidamente en la esfera de su labor dentro de la competencia legal que le corresponda (...)
- Deberá realizar propuestas concretas tendientes al logro y cambios en las políticas y legislaciones provinciales, nacionales e internacionales, que tiendan a mejorar las condiciones sociales y a promover la justicia social logrando un mayor bienestar humano.
- Deberá contribuir a crear una alternativa socio-cultural que responda al real interés y sentir de la población.

4.4. ¿Más allá de la intervención? Trabajo Social y producción de conocimiento.

En este apartado se pretende dar cuenta de la producción académica que el Trabajo Social ha realizado en torno a la temática. De manera que lo que se pretende es verificar cómo la profesión participa en el debate que las Ciencias Sociales en su conjunto realizan, naturalmente en diálogo con otros factores, elementos y agentes que tienen que ver con lo social, lo político, lo económico, lo cultural, etc. Como plantea Guerra (2008) es necesario tener claridad teórica sobre lo que las Ciencias Sociales están denominando como cuestión social²⁵ y conocer los datos que comprueban la existencia y la complejización de lo que es cuestión social.

En palabras de Yolanda Guerra (2008: p 7), se entiende “la cuestión social como expresión de las desigualdades económicas, políticas, culturales, que se mediatizan en cuestiones de género, en cuestiones éticas, raciales, en cuestiones regionales; la cuestión social es un proyecto de disputa de proyectos societarios. De manera que lo que incumbe al Trabajo Social es conocer la lógica, el funcionamiento de la sociedad que produce un tipo de desigualdad que no es natural”. Por lo tanto, en la propuesta de esta autora es imperioso el trabajo para construir, debatir y rebatir categorías que nos permitan comprender la realidad social, y, al mismo tiempo, conocer el tipo de intervención que desde la profesión se está realizando.

Los derechos sexuales y reproductivos y a la salud sexual y reproductiva, específicamente en la adolescente, han sido escasamente abordados desde el campo profesional. Para hacer una pequeña consideración preliminar, resulta curioso que siendo una profesión a la cual se las refracciones de la cuestión social (Netto, 1997) lo interpelan

²⁵ Según Castel (1997) la ‘cuestión social’ es “una aporía fundamental en la cual una sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura. Es un desafío que interroga, pone en cuestión la capacidad de una sociedad (lo que en términos políticos se denomina una nación) para existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia.”

cotidianamente, a la cual le urgen formular y debatir incertidumbres y respuestas; no redunden esas urgencias en la producción académica y analítica sobre los temas.

Para la exploración de la producción de los trabajadores sociales, se acudió a revistas científicas de la profesión (las más importantes del país) e instancias de formación como congresos, jornadas y seminarios.²⁶

Comparativamente, la producción en materia de salud sexual y reproductiva es inferior, cuantitativamente hablando, que otras temáticas que son afines y que ocupan la intervención de los trabajadores sociales. Estos son temas como el abuso sexual, específicamente en el caso de niños, la violencia familiar y la violencia de género, etc. Estos temas han merecido un tratamiento de parte de los profesionales del Trabajo Social mucho más amplio en el sentido de la cantidad de producción que hay disponible.

El análisis de la literatura desarrollada en los últimos años en torno a esta temática no se verifica que una producción que dé cuenta de avances en términos cualitativos y cuantitativos. Es evidente, que la temática es tratada por muchos profesionales insertos en las instituciones claves; sin embargo no se verifica un correlato en términos de producción académica.

De éste análisis sobre la temática se constata un factor predominante: las producciones dan cuenta de la práctica profesional, hacen eje en particularidades de la institución y las problemáticas que allí se tratan. Por lo tanto, la producción académica y científica realizada por los trabajadores sociales tanto en congresos, jornadas y revistas, tiene una tendencia ligada a la descripción de intervenciones microsociales, mayoritariamente propias del ámbito de intervención particular de quien escribe. En estos textos se da cuenta de las metodologías o estrategias para el funcionamiento de talleres donde se problematiza la temática, reuniones con la población objetivo, charlas

²⁶ Esta consideración tiene más que ver con una descripción metodológica que fue brindada en la introducción del trabajo.

informativas y diferentes instancias de promoción de la salud. Las instituciones predominantes son los centros de salud, los hospitales, las escuelas (en mucho menor medida), etc. (Daverio y Jortack, 2011; Alicio y equipo, 2000; Espinar y Rossi, 2007; entre otros.).

Genolet (2008) aborda varios aspectos de esta temática, enfatizando la perspectiva de género como una herramienta útil e imprescindible para la intervención profesional, fundamentalmente en el caso de la intervención en materia de salud sexual y reproductiva. Según la autora, la cuestión de género busca romper con las explicaciones biodeterministas en el análisis de la reproducción e incluyendo a la cultura como determinante en los procesos de construcción de las subjetividades de mujeres y varones. Posteriormente agrega, tomando como referencias las conferencias de El Cairo y de Beijing, que el origen del concepto "salud reproductiva" está ligado a la lucha por la autonomía reproductiva de las mujeres y era considerada una condición para la igualdad entre los sexos. Hoy está fuertemente ligado al concepto de derechos expresados en el principio de la libre elección de la maternidad, el disfrute de la sexualidad, la anticoncepción, la no discriminación por el género, la vida libre de violencias.

La maternidad adolescente ha sido trabajada también por esta autora en el marco del grupo de investigación "Maternidad adolescente. Estudio de las prácticas maternas en mujeres pobres de la ciudad de Paraná"²⁷. Este proyecto "se inscribe en una línea de indagación en torno a la adolescencia y la experiencia de la maternidad en esta franja etárea y en contextos de pobreza." (Genolet y otros, 2009). Los trabajos publicados por la autora y el grupo en cuestión (Genolet, 2008; Genolet y equipo, 2008 y 2009) intentan abordar desde una perspectiva de género, la trama de significaciones subjetivas que tiene la maternidad adolescente, en diferentes contextos, pero con patrones comunes: "las

²⁷ Directora: Genolet, Alicia; Lera, Carmen; Schoenfeld, Zunilda; Guerriera, Lorena; Bolcatto, Silvina. Alumnas becarias: Martínez, María José; Frank, Ivón

adolescentes estudiadas sufren condiciones que hablan de una triple vulnerabilidad: ser mujeres, ser pobres y ser adolescentes (Genolet y equipo; 2004)

Este grupo de investigación participó en el Informe del Monitoreo Social de Derechos Sexuales y Reproductivos en la Provincia de Entre Ríos en el año 2005, donde se efectuó para el CONDERS un relevamiento de las instituciones que la provincia de Entre Ríos tiene y en qué estado se encontraba la aplicación del Programa Nacional y Provincias de Salud Sexual y reproductiva y Procreación Responsable.

En materia de estudios sobre juventud es de destacar la labor del Grupo de Estudios en Juventudes, Núcleo de Estudios Socioculturales, Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, coordinado por la antropóloga Mariana Chaves²⁸. En este sentido, la producción que tuvo mayor importancia a título colectivo fue la compilación "Estudios sobre juventudes en Argentina 2007. Hacia un estado del arte 2007" donde se reúnen 21 trabajos que abordan diversas temáticas acerca de las juventudes en Argentina. Las principales que se desarrollan son: abordajes teórico-metodológicos, las trayectorias educativas y laborales, la participación y las estrategias políticas, comunicación y tecnología, la educación, las condiciones de vida, la identidad, género y sexualidad²⁹, la cultura, las políticas públicas, la situación de calle.

María Inés Ré participa como consultora en la FEIM³⁰ y en ese marco es que conjuntamente con la directora de la fundación se realizó una "Cartilla Educativa para Docentes. La prevención del VIH/SIDA y la equidad de género en la escuela". Dicha publicación se propone como un instrumento a ser utilizado por los docentes que deben

²⁸ Docente de la Universidad Nacional de La Plata e investigadora del CONICET.

²⁹ Solamente un trabajo aborda esta temática. "Género y sexualidades" de Silvia Elizalde y Rafael Blanco.

³⁰ La Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer es una organización no gubernamental sin fines de lucro, creada en 1989 por un grupo de mujeres profesionales especialistas en género. Tiene como objetivo desarrollar investigaciones, estudios, programas, proyectos, cursos y otras actividades para mejorar la condición social, laboral, legal, política, económica y de salud de las mujeres en la Argentina.

enfrentar el desafío de comenzar a dar educación sexual en las escuelas; y muchos de ellos deben darle transversalidad a los mismos (según los lineamientos de la ley vigente en este sentido). A su vez, la autora ha realizado otros trabajos de divulgación relacionados con la educación sexual en las escuelas y gacetillas para formación de docentes.

Parte V

**Derechos sexuales y reproductivos
y sexualidad adolescente: el caso
del Partido de General Pueyrredón.**

5.1. Encuesta de sexualidad adolescente en el Partido General

Pueyrredón.

En el marco del Programa NIDOS (Núcleos Interdisciplinarios de Orientación), aprobado y subvencionado desde el año 2009 por la Delegación de la Comisión Europea en la Argentina³¹, se llevaron a cabo acciones de relevamiento de información sobre la sexualidad y las prácticas sexuales de los adolescentes en los Municipios de Gral. Pueyrredón; Gral. Alvarado y Villa Gessell.

El objetivo general del Programa es Contribuir a generar un programa integral y regional de acciones consensuadas y articuladas entre los actores no estatales y los estados locales de los municipios de General Pueyrredón, General Alvarado y Villa Gesell, orientadas a la inclusión social, disminución de la pobreza y fortalecimiento personal de los/as adolescentes de sectores vulnerables.

El objetivo específico es "Implementar programas innovadores y transversales que provean respuestas efectivas a las necesidades y derechos de los/as adolescentes de sectores vulnerables, en riesgo o situación de embarazo y/o maternidad/paternidad por medio de la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos locales."

El programa se estructura a partir de tres ejes dos de prevención y uno de transferencia. Los ejes de prevención, a su vez, se dividen en: Eje de la prevención primaria donde se trabaja sobre la noción de cuidado que trasciende la genitalidad y se conecta con el deseo, con el reconocimiento de sí mismo y del otro, con la construcción

³¹ El programa fue presentado en la convocatoria abierta "Actores No Estatales y Autoridades Locales en el Desarrollo" y tiene como socios - merced a un convenio de cooperación firmado - al Centro de Resiliencia de Mar del Plata - CEREMAP (organización responsable de la ejecución) y a los Municipios de los Partidos de General Alvarado, General Pueyrredón y Villa Gessell.

de vínculos más sanos y se hace especial hincapié en una educación para la maternidad/paternidad, donde el aprendizaje resulta anterior a la situación de embarazo.

El segundo, es el eje de prevención secundaria (intervención en los Nidos) donde se apunta a que los padres/madres adolescentes puedan decidir conciente y libremente el momento de búsqueda de su segundo hijo y reorienten su futuro a armar su propio proyecto vital y el de su hijo.

El tercer y último eje se vincula con la transferencia e incluye:

- la elaboración de un diagnóstico actualizado y participativo.
- la sistematización de la experiencia recogida en cada uno de los municipios
- la elaboración de un Catálogo de Buenas Prácticas

La encuesta fue realizada en el Partido de General Pueyrredón que, desde el punto de vista demográfico, la población total del municipio asciende a 618.989 habitantes³². La población adolescente representa el 15,15% de la población total del partido. Mientras que el 7,38 % de esa población total corresponde al grupo de edad comprendido entre los 10 y los 14 años y, el 7,77 % al grupo que abarca de los 15 a los 19 años.

La toma de las muestras se realizó en el marco de las actividades del programa NIDOS, concretamente con todos los participantes de las actividades del Teatro Foro³³. La

³² De los cuáles 295.294 son varones y 323.695 mujeres, según el Censo 2010.

³³ Conocido como Teatro-Forum o Teatro del Oprimido; se trata de una técnica participativa que tiene su origen en Brasil y su creador es Augusto Boal. Mediante esta forma de teatro un grupo de actores representa una obra sobre una problemática determinada con un final infeliz. Los alumnos son invitados a rediseñar la obra, las escenas y el propio escenario para que la historia termine mejor. Los actores vuelven a representar la obra con las aportaciones e implicación de los alumnos. Posteriormente se realiza un taller de reflexión con los resultados de la experiencia. El objetivo es hacer accesible a todos el lenguaje teatral como método pedagógico y de conocimiento y transformación de la realidad. Trata de transformar al espectador pasivo en autor y actor activo, primero de una obra teatral y luego, tal vez, de su propia realidad.

encuesta, tenía cuatro objetivos fundamentales: por un lado, producir datos sobre diversos aspectos de la sexualidad de los adolescente en el partido de General Pueyrredón; en segundo lugar, conocer las prácticas sexuales de los adolescentes; en tercer término, sondear los conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos y, por último, conocer los principales temas, vinculados a la sexualidad sobre los que los adolescentes plantean interés como así también la metodología de preferencia para tratarlos.

Desde el punto de vista metodológico, se trabajó en base a una encuesta estructurada con diferentes tipos de preguntas, cerradas, de alternativas simples y múltiples, abiertas y diferentes escalas de opinión en un contexto de abordaje del entrevistado, en el caso del Teatro Foro ya señalado.

El tamaño definitivo de la muestra fue de 426 casos; 90 varones de entre 10 y 14 años; 91 mujeres de entre 10 y 14 años; 106 varones de entre 15 y 19 años y 96 mujeres de entre 15 y 19 años. El 94.4% de ellos asiste a la escuela, el 4.2% no asiste y el 1.4% tiene los estudios incompletos. Cabe aclarar que está población que se encuestó está ubicada en un universo de 89.945, que son el total de adolescentes (de 10 a 19 años) que residen en el partido.

5.2. Indicadores relevados.

A continuación se realizará una exposición de los resultados que arrojaron las encuestas que se efectuaron, teniendo en cuenta cinco indicadores que son de interés para el objetivo de este estudio: el inicio de las relaciones sexuales; las percepciones, actitudes y conocimientos sobre sexualidad; las relaciones sexuales y salud reproductiva; el acceso a la información sobre sexualidad; y por último el conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.

5.2.1. Inicio de las relaciones sexuales

Respecto al inicio de las relaciones sexuales, del total de encuestados el 57,6 % manifestó haber tenido su primera relación sexual (Cuadro 1). En términos relativos, el 50,4 % de las mujeres encuestadas y el 66,1 % de los hombres ha tenido relaciones sexuales con penetración (Cuadro 2).

Cuadro 1: Porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales.

	Porcentaje
Tuvo relaciones sexuales	57,6
No tuvo relaciones sexuales	41,2
No contesta	1,2
Total	100,0

Cuadro 2: Porcentaje de adolescentes que tuvo relaciones sexuales según sexo.

	mujer	hombre	Total
Tuvo relaciones sexuales	50,4%	66,1%	57,6%
No tuvo relaciones sexuales	48,3%	32,8%	41,2%
no contesta	1,3%	1,0%	1,2%
Total	100	100	100

Entre aquellos que han tenido su primera relación sexual, la edad de inicio de la misma se sitúa en torno a los 14,26 años. En términos generales los encuestados han indicado que el inicio de la vida sexual activa se produce en la adolescencia media (13 a 16 años) 98,1 % (Cuadro 3).

Cuadro 3: Edad de inicio de las relaciones sexuales

Edad	Porcentaje
13	27,1
14	32,4
15	24,5
16	14,0
17	1,0
18	1,0
Total	100,0

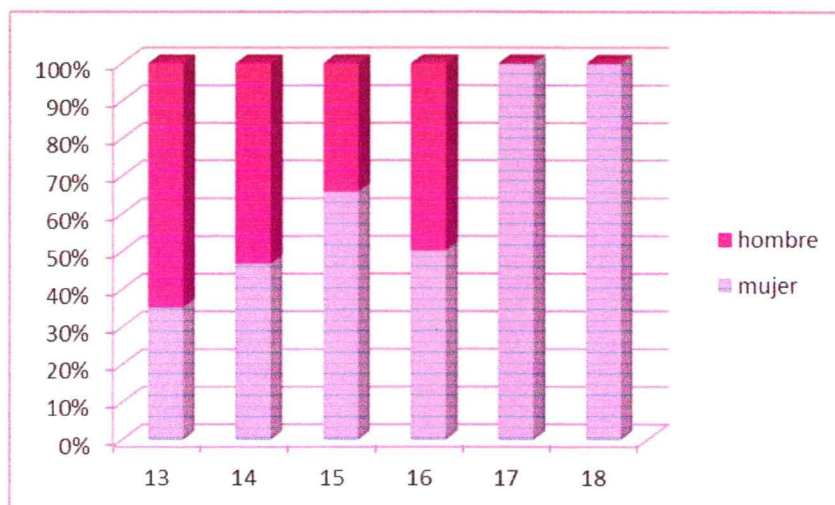
En este sentido, si bien los varones tienden a iniciar más tempranamente que las mujeres su actividad sexual (el 35,2 % a los 13 años frente al 18,2 % de las mujeres) en torno a los 14 años los valores entre hombres y mujeres tienden a equilibrarse. Al analizar el Cuadro 4, se puede observar que la tendencia entre las mujeres es iniciar su vida sexual entre los 14 y 15 años mientras que para los varones la edad de inicio es entre los 13 y los 14 años.

Cuadro 4: Edad de inicio de las relaciones sexuales según sexo.

Edad	mujer	hombre
13	19,2%	35,2%
14	30,3%	34,3%
15	32,3%	16,7%
16	14,1%	13,9%
17	2,0%	,0%
18	2,0%	,0%
Total	100,0%	100,0%

En el gráfico 1 se ha considerado a todos aquellos encuestados que han tenido su primera relación sexual diferenciándolos por sexo. Se puede observar claramente que el grupo que indicó haber tenido su primera relación sexual a los 17 y los 18 años está formado en su totalidad por mujeres. En lo que respecta al inicio de las relaciones sexuales durante la adolescencia, se puede afirmar que los varones tienen su primera relación sexual entre los 13 y los 16 años; mientras que el grupo que abarca los 15 y 18 años la mayor participación corresponde a las mujeres.

Gráfico 1: Edad de inicio de las relaciones sexuales. Participación por edades según sexo.



5.2.2. Percepciones, actitudes y conocimientos sobre sexualidad.

Aparte de la abstinencia, la única estrategia disponible de prevención de embarazos o disminuir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual es el uso de anticonceptivos, para el primer caso y; el preservativo, junto con la consulta profesional, en el segundo.

En el cuadro 5 se muestran las respuestas que los adolescentes han dado ante la pregunta sobre las dudas que tienen en temas vinculados a su sexualidad estratificando las respuestas conforme manifestaron haber tenido o no su primera experiencia sexual.

Cuadro 8: Temas vinculados a la sexualidad sobre los que tienen dudas según ha iniciado su actividad sexual.

	Temas sobre los que poseen dudas				
	infecciones de transmisión sexual	métodos anticonceptivos	acceso a la consulta médica	uso de preservativos	Otros
Tuvo relaciones sexuales	46,4%	17,8%	22,15%	13,15%	0,5%
No tuvo relaciones sexuales	37,5%	24,1%	24,35%	13,75%	0,3
No contesta	12,5%	25,0%	62,5%	0,0%	0,0%
Total	32,13%	22,3%	36,33%	8,96%	0,4%

Como se puede observar, el 46,4 % de los adolescentes que han iniciado su vida sexual activa tiene dudas sobre enfermedades de transmisión sexual seguida sobre el modo de acceder a la consulta médica un 22,15%.

En términos generales, tanto las enfermedades de transmisión sexual como el acceso a la consulta médica son los temas sobre los que más dudas se plantean todos los adolescentes mientras que el uso del preservativo solamente se plantea como tema preocupante para el 13 % de los adolescentes indistintamente hayan o no hayan tenido relaciones sexuales.

En el cuadro 6 se procedió a analizar las dudas sobre temas vinculados a la sexualidad según el sexo de los encuestados. Para ello se ha considerado todas las respuestas que fueron dadas de manera afirmativa, es decir, no ponderamos aquellos que no contestaron la pregunta. El resultado presenta algunas diferencias, por ejemplo, mientras que para el total de las respuestas el 42,17 % de los adolescentes presentan dudas sobre enfermedades de transmisión sexual y tanto los varones como las mujeres presentan un porcentaje similar (en torno al 41 %); el uso de métodos anticonceptivos es un tema en el que las mujeres presentan mayor cantidad de dudas -25,65 % de las mujeres frente al 15,20% de los varones.

Cuadro 6: Temas vinculados a la sexualidad sobre los que tienen dudas según sexo.

	infecciones de transmisión sexual	métodos anticonceptivos	acceso a la consulta médica	uso de preservativos	otros	Total
mujer	40,7%	25,65%	21,15%	12,15%	0,25%	100,0%
hombre	43,65%	15,20%	25,95%	14,3%	1%	100,0%
Total	42,17	20,42	23,55	13,22	0,62	100,0%

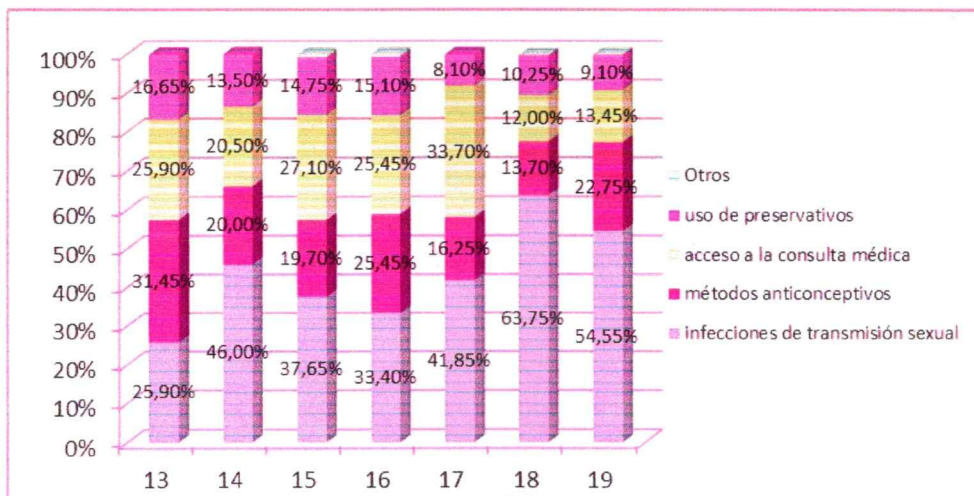
En este sentido, si consideramos a los adolescentes que han practicado o practican actividad sexual en el 46 % plantea tener dudas sobre, por ejemplo, temas

vinculados a enfermedades de transmisión sexual; podemos asumir que los mismos se enfrentan, por un lado, a que el sexo ocurre en una edad en la cual el desarrollo no ha terminado (14 a 16 años) y en la que se establece un comportamiento sexual que puede influir en el futuro; por otro, el sexo se practica a pesar de tener dudas sobre temas fundamentales que hacen a los derechos sexuales.

De hecho, el 46 % de los adolescentes que manifestaron dudas sobre enfermedades de transmisión sexual han tenido su primera relación sexual y, tal como se observa en el cuadro 8 los adolescentes que han tenido su primera experiencia sexual tienen dudas sobre enfermedades de transmisión sexual; anticoncepción; consulta médica; uso de preservativos.

El gráfico 2 muestra para cada grupo etáreo los principales temas sobre los que los adolescentes requieren mayor información. Se observa a medida que avanzamos en los grupos de edad que, el uso del preservativo y el modo de acceder a la consulta médica, disminuyen su participación mientras que las dudas sobre las enfermedades de transmisión sexual tienden a incrementarse. Del mismo modo, se encuentra que las dudas sobre los métodos anticonceptivos son el tema principal del grupo de 13 años (31,45 % de los encuestados, edad donde la mayor parte de los varones tienden a iniciar su vida sexual).

Gráfico 2: Distribución de los temas relacionados a la sexualidad sobre los que existen dudas según grupo de edad.



En principio esto implica que se está propiciando una situación donde los adolescentes a partir de los 13 años, asumen su sexualidad en un ámbito de falta de información, sin pleno conocimiento sobre métodos anticonceptivos, sin tener claro como ejercer su derecho a la atención en el área de ginecología y obstetricia de los servicios de salud, y con la sanción moral de la sociedad lo cual hace que en lugar de vivirse como un derecho, se viva la sexualidad en situaciones de riesgo y peligro que traen como consecuencia embarazo no deseados, abortos y contagios de diversas enfermedades de transmisión sexual a muy temprana edad.

Esto es consistente con los resultados que se presentan en el cuadro 7. En él podemos observar que el 56,5 % de las mujeres y 43,5 % de los varones que tuvieron su primera relación sexual no ha utilizado ningún método anticonceptivo ni de prevención en esa primera oportunidad.

Cuadro 7: uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual según sexo.

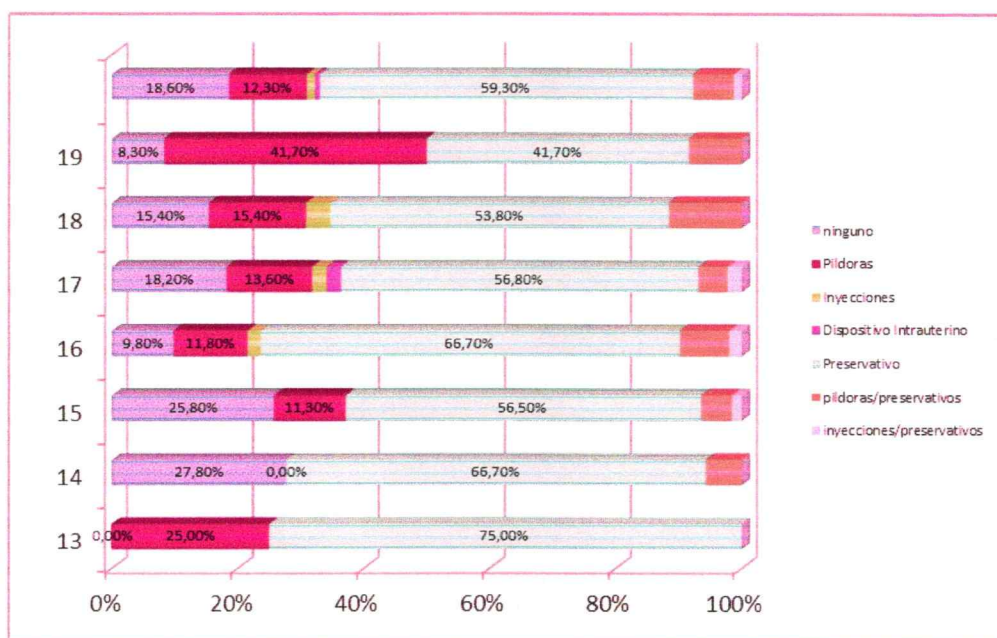
	Utilizó	No Utilizó	Total
mujer	44,9%	56,5%	47,9%
hombre	55,1%	43,5%	52,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Se puede afirmar que, en general, la población joven, incluida la adolescente, no tiene conocimientos suficientes de los distintos métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades que pueden utilizar al iniciarse sexualmente. Sin embargo es necesario destacar que, aunque no existiesen dudas siempre puede existir una brecha entre uso y conocimiento de Métodos Anticonceptivos. Es decir, el hecho de conocer las distintas opciones no se traduce necesariamente en un mayor uso de los mismos.

De hecho, en el gráfico 3 se procedió a mostrar la tasa de utilización de métodos anticonceptivos (de los encuestados sexualmente activos) para cada grupo de edad. Se puede observar que, entre los 14 y los 16 años, el 26,8 % de los adolescentes no utilizan ningún método de prevención ni del embarazo ni de enfermedades de transmisión sexual.

Si se considera que los varones tienden a iniciar sus relaciones sexuales a los 13-14 años y que el preservativo es el método más utilizado en el primero de esos grupos de edad, mientras que la tendencia a no usar ningún método de protección tiende a crecer a partir del grupo de 14 (edad de inicio de las mujeres) por lo que es posible inferir que las mujeres tienen mayor riesgo que los varones, lo que es congruente con los datos presentados en el cuadro 10.

Gráfico 3: Tipo de Método de anticoncepción utilizado según grupo de edad.



En este sentido, si se realiza la comparación con el cuadro 7 con el resultado obtenido en el gráfico 3 podemos concluir que la utilización de métodos anticonceptivos y de prevención se produce después del inicio sexual por lo que, la transición hacia el uso de los anticonceptivos es experimentada después de alguna experiencia.

En este punto, a fin de minimizar los riesgos de la salud sexual, deberían dirigirse esfuerzos consistentes para lograr que el inicio de la actividad sexual, la protección anticonceptiva y la prevención de enfermedades ocurran de manera simultánea.

5.2.3. Relaciones sexuales y salud reproductiva.

Se ha indicado que el 57,6 % del total de los entrevistados han tenido su primera relación sexual, no obstante, dentro de este grupo se puede observar (cuadro 8) que la mayoría 58,7 % practican sexo de manera ocasional y el 33 % mantiene una vida sexual en la que, al menos, semanalmente tiene relaciones sexuales (Segunda columna del cuadro 8). Esto, sobre el total de la población adolescente encuestada representa (primera columna del cuadro 11) al 17,8 % y al 31,6 % respectivamente.

Cuadro 8: Frecuencia de las relaciones sexuales.

Frecuencia	Sobre el total de la población	Sobre el total de la población que tuvo relaciones sexuales
cada semana	17,8	33,0
cada mes	4,4	8,3
cada tanto	31,6	58,7
Total	53,9	100,0

Al desagregar por sexo al grupo que tiene relaciones sexuales con alguna frecuencia (Cuadro 9), el 38,7 % de las mujeres y el 28,2% de los hombres mantienen relaciones sexuales frecuentemente. Al mismo tiempo, si se asumiese que las relaciones sexuales esporádicas, es decir, las que se producen cada tanto pueden ser con parejas ocasionales podemos suponer que no existen diferencias significativas en la frecuencia de las relaciones entre hombres y mujeres.

Cuadro 9: Frecuencia de las relaciones sexuales según sexo.

	cada semana	cada mes	cada tanto	Total
Mujer	38,7%	4,7%	56,6%	100,0%
Hombre	28,2%	11,3%	60,5%	100,0%
Total	33,0%	8,3%	58,7%	100,0%

Es importante destacar que la salud de los y las adolescentes guarda una relación muy estrecha con su propia conducta y, esta depende, a su vez, del ambiente que frecuenta. Por tratarse de una edad en que pueden iniciarse hábitos o conductas de riesgo que van a condicionar su morbi-mortalidad al llegar a la edad adulta los comportamientos son de interés sanitario - enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.-

Al respecto, es importante comprender los factores relacionados con los comportamientos riesgosos que influyen sobre la salud reproductiva como, por ejemplo, participar en relaciones sexuales sin preservativo. En este punto, el preservativo masculino continúa siendo el principal método más eficaz para prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluida el sida. Al considerar el método anticonceptivo utilizado según la frecuencia de las relaciones sexuales Cuadro 10) se puede observar que el preservativo es el método más utilizado en cada uno de los grupos. Al cotejar la información del cuadro 8 con el cuadro 10, podemos observar que el grupo que tiene relaciones sexuales al menos una vez al mes representa el 8,3% (cuadro 8) de los que tienen relaciones con cierta frecuencia y, en este caso manifestaron utilizar preservativo como método anticonceptivo (73,7%) mientras que el 10,5 % indicó no utilizar ningún método.

Al mismo tiempo, la mayor parte de los adolescentes 58,7% (Cuadro 8) manifestaron tener relaciones esporádicamente. En este grupo solo el 60 % afirmó utilizar preservativo y, el dato más saliente es que el 19,3 % no utiliza ningún método de prevención durante sus relaciones sexuales.

Cuadro 10: Uso de métodos anticonceptivos según frecuencia de las relaciones sexuales.

Frecuencia	Ninguno	Píldoras	Inyecciones	Dispositivo Intrauterino	Preservativo	no contesta	Píldoras/ preservativos	Inyecciones/ preservativos	Total
cada semana	13,2%	17,1%	2,6%	2,6%	55,3%	1,3%	6,6%	1,3%	100,0%
cada mes	10,5%	10,5%	0%	0%	73,7%	0%	5,3%	0%	100,0%
cada tanto	19,3%	10,4%	0,7%	0%	60,0%	1,5%	6,7%	1,5%	100,0%
Total	16,5%	12,6%	1,3%	0,9%	59,6%	1,3%	6,5%	1,3%	100,0%

Es fundamental recordar que al no usar preservativo (sobre todo en relaciones esporádicas) existe un factor de riesgo, concreto, de contraer enfermedades de

transmisión sexual y este factor radica básicamente en el comportamiento sexual, es decir la manera en que se lleva a cabo la actividad sexual.

Las relaciones sexuales sin protección, que derivan en enfermedades de transmisión sexual como VIH/SIDA, y embarazos no planeados solo pueden disminuirse mediante dos mecanismos principales: uso adecuado del preservativo o el análisis médico de la pareja sexual.

Sin embargo, como se observa en el cuadro 10, aunque el 59,6 % utilizan el preservativo como principal método anticonceptivo; el 13,2 % de los que mantienen relaciones sexuales, al menos semanalmente, no utiliza ningún método mientras que el 19,3 % de aquellos que tienen relaciones ocasionalmente, tampoco utilizan método alguno sea para prevenir embarazos o para protegerse de enfermedades de transmisión sexual (Cuadro 10).

Es importante destacar que el uso del preservativo en las relaciones sexuales (cuadro 11) presenta diferencias entre varones 77,8 % y mujeres 37,5 % que se iniciaron en las relaciones sexuales. El otro dato es que las mujeres tienden, en el 21,4% de los casos respecto al 16,7% de los varones, a no utilizar ningún método de cuidado (Cuadro 14).

Al relacionar los resultados del cuadro 14 con el gráfico 3 podemos asumir que el grupo por edad y sexo que presenta mayor riesgo es aquel que corresponde a las mujeres entre 14 y 15 años.

Esta diferencia puede atribuirse a distintos factores desde las características de la sexualidad adolescente, la falta de disponibilidad de anticonceptivos o preservativos hasta las cuestiones de género. Por último, existe una cuestión cultural: se suele vincular y limitar el uso del preservativo y del cuidado al simple hecho de evitar embarazos no

deseados y el sexo ocasional por lo que el uso de preservativo se relaciona más con la promiscuidad y no, con el amor, el romanticismo o la confianza en la pareja.

Cuadro 11: Método anticonceptivo utilizado según sexo.

Método	mujer	hombre	Total
ninguno	21,4%	16,7%	18,9%
Píldoras	24,1%	2,4%	12,6%
Inyecciones	1,8%	,8%	1,3%
Dispositivo Intrauterino	1,8%	,0%	,8%
Preservativo	37,5%	77,8%	58,8%
píldoras/preservativos	11,6%	1,6%	6,3%
inyecciones/preservativos	1,8%	,8%	1,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

En esta misma línea argumental, si consideramos que el uso sistemático del preservativo es la medida de prevención más eficaz contra las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH/sida, los patrones de uso en la población adolescente representan una oportunidad para mejorar el acceso a la información, el uso del condón y por tanto la prevención.

Como se indicó, el uso del preservativo es significativamente menor en las mujeres del mismo modo que la tendencia a no utilizar ningún método prevención en la actividad sexual.

5.2.4. Acceso a la información sobre sexualidad.

Las formas específicas en que las personas (en este caso específicamente los adolescentes) se informan y obtienen asistencia sobre temas vinculados a su sexualidad es uno de los principales indicadores sobre los avances de las políticas públicas y sobre la fiabilidad de la información referida a la sexualidad y, por ende al modo en que orientan y practican sus relaciones sexuales.

Al ser consultadas aquellas personas que utilizan algún método de prevención de embarazos sobre el modo en que acceden al mismo (Cuadro 12) observamos que el 46,3% acuden a sus relaciones sociales y/o familiares y; solamente el 36,3 % utiliza un servicio de salud.

Cuadro 12: Principal medio para acceder a los métodos anticonceptivos.

	Porcentaje
salita/hospital/médico	36,3
Padres/madre/familiares/amigos	46,3
otros	16,4
Todos	1,0
Total	100,0

El acceso a métodos de prevención por medio de mecanismos informales constituye el aspecto más generalizado entre los adolescentes. No obstante, en el gráfico 4 procedimos a analizar el mecanismo por el que cada uno de los grupos de edad accede. Se puede observar que, a medida que avanzamos en los grupos de edad, existe una clara tendencia a acceder por medio del hospital, salita o redes institucionales mientras que, a medida que disminuye la edad, la tendencia es a acudir a las redes informales.

Esto es importante ya que apunta nuevamente, en la dirección señalada respecto a que se tiende a acudir a la consulta médica y a los servicios de salud, a medida que transcurre el tiempo de vida sexualmente activa.

Gráfico 4: Medio por el que accede a métodos anticonceptivos según grupo de edad



Como se indicó, al margen del modo en que se accede a métodos de prevención; otro aspecto importante es el modo en el que, los adolescentes, evacúan las dudas sobre sexualidad.

Al respecto, al ser consultados sobre sus fuentes principales de información de temas sexuales los resultados fueron los siguientes (cuadro 13).

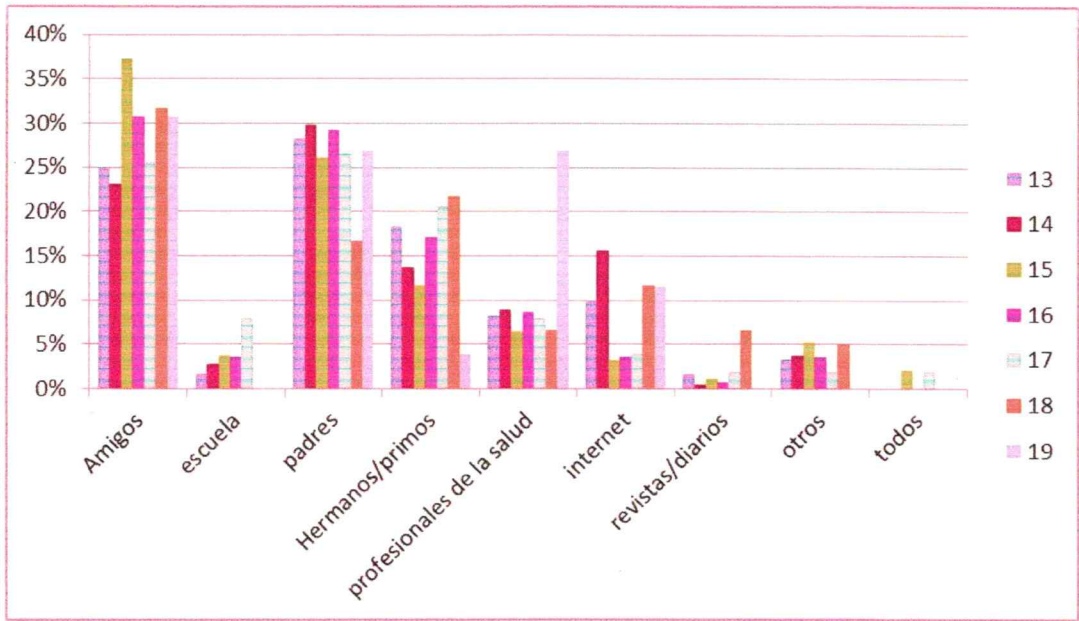
Cuadro 13: Medio por el que se evacúan dudas sobre la sexualidad según sexo.

	mujer	hombre	Total
Amigos	29,55%	27,1%	28,325
Escuela	2,6%	5,9%	4,25
padres	30,6%	23,15%	26,875
Hermanos/primos	13,55%	16,75%	15,15
profesionales de la salud	9,1%	7,55%	8,325
internet	7,55%	9,35%	8,45
revistas/diarios	1,95%	0,5%	1,225
otros	3,1%	4,3%	3,7
todos	0,4%	1,1%	0,75
no contesta	1,3%	3,2%	2,25
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Se observa (Cuadro 13) que las principales fuentes de información declaradas de forma específica son los amigos y los padres y no presentan variaciones significativas entre varones y mujeres. Es notable que la escuela y los profesionales de la salud tengan muy poca (casi nula) incidencia como mecanismo para evacuar dudas sobre la sexualidad. Esto apunta en la dirección que las fuentes institucionales de información (tales como el sistema educativo o de salud) no se encuentran entre las principales fuentes de información tanto para las mujeres como para los varones.

Al analizar las fuentes de información según los grupos de edad, nuevamente se observan diferencias. Por ejemplo, los amigos son la principal fuente de información del grupo de 15 años y los padres son la principal fuente del grupo de 14. Sin embargo, los profesionales de la salud son la principal fuente de información para el grupo de 19 años, por lo que, a medida que avanzamos en los grupos de edad los profesionales de la salud comienzan a tener mayor incidencia.

Gráfico 5: Principal medio por el que accede a información sobre temas sexuales según grupo de edad.



A pesar de esa incidencia tardía (en muchos casos las relaciones sexuales han comenzado hace tiempo) sólo el 9% de los encuestados recibe información por ese medio y el modo principal por el que se informan son los parientes y amigos.

Éstos configuran una red de información informal y, obviamente, pueden dar lugar a la falta de información o, en su defecto, a la información incorrecta. Al respecto, se consultó a los participantes sobre el método que consideraba más eficaz para prevenir enfermedades de transmisión sexual. En el cuadro 14 vemos que un 22,9 % de los encuestados considera que píldoras, inyecciones o parches, pero no exclusivamente el preservativo, son métodos efectivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Cuadro 14: Método que considera más eficaz para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Método	Porcentaje
píldora	2,1
inyecciones	5,4
parches	1,2
dispositivo intrauterino	1,9
preservativo	77,1
otros	,2
píldoras-preservativo	12,1
Total	100,0

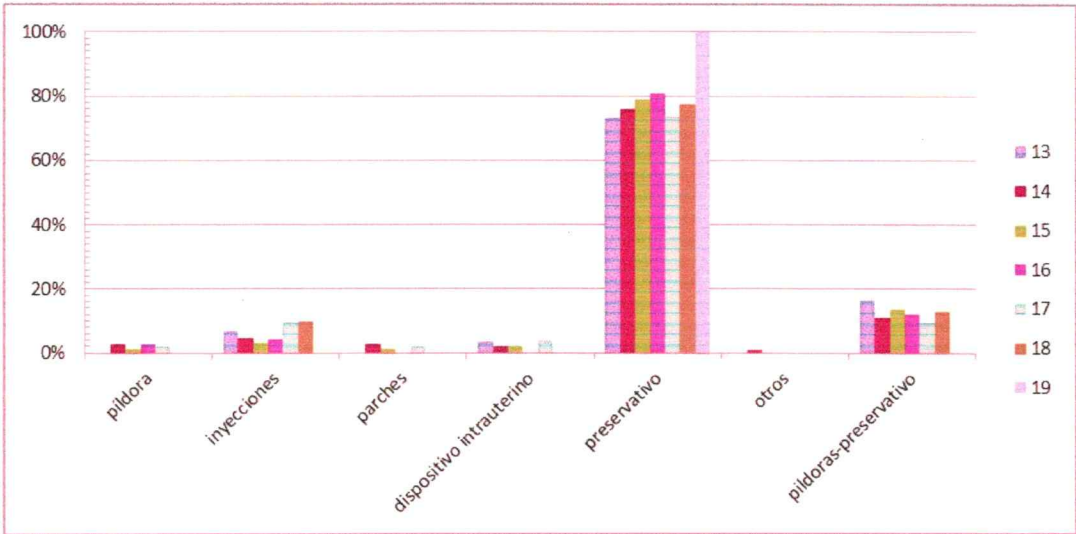
Asimismo, en el cuadro 15 aparecen las respuesta según el sexo. El resultado indica que solo el 71,9 % de las adolescentes mujeres (frente al 83,1 % de los varones) considera que el preservativo sea el método más eficaz para prevenir enfermedades de transmisión sexual. De aquí se sigue que el 28,1% de las mujeres y el 16,9% de los varones no evidencian saber que la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual está asociada directamente al uso del preservativo.

Cuadro 18: Método que considera más eficaz para la prevención de enfermedades de transmisión sexual según sexo.

	mujer	hombre	Total
pildora	2,2%	2,1%	2,1%
inyecciones	6,6%	4,1%	5,4%
parches	,9%	1,5%	1,2%
dispositivo intrauterino	2,2%	1,5%	1,9%
preservativo	71,9%	83,1%	77,1%
otros	,0%	,5%	,2%
pildoras-preservativo	16,2%	7,2%	12,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

En el gráfico 6 se analiza la respuesta para cada uno de los grupos de edad; es importante destacar que el 100 % de los adolescentes del grupo de 19 años indicaron al preservativo como el modo más eficaz de prevenir enfermedades de contagio mientras que las inyecciones y dispositivo intrauterino, son considerados por alrededor del 10 % de los miembros de todos los demás grupos, como el método más eficaz para prevenir enfermedades.

Gráfico 6: Método que considera más eficaz para prevenir enfermedades sexuales según grupo de edad.



En relación a la prevención del embarazo por medio del uso de preservativo (cuadro 16), las diferencias entre sexos son significativas. Solamente el 36,8 % de las mujeres (respecto al 63,9 % de los varones) considera que este sea el método más eficaz para la prevención de embarazos.

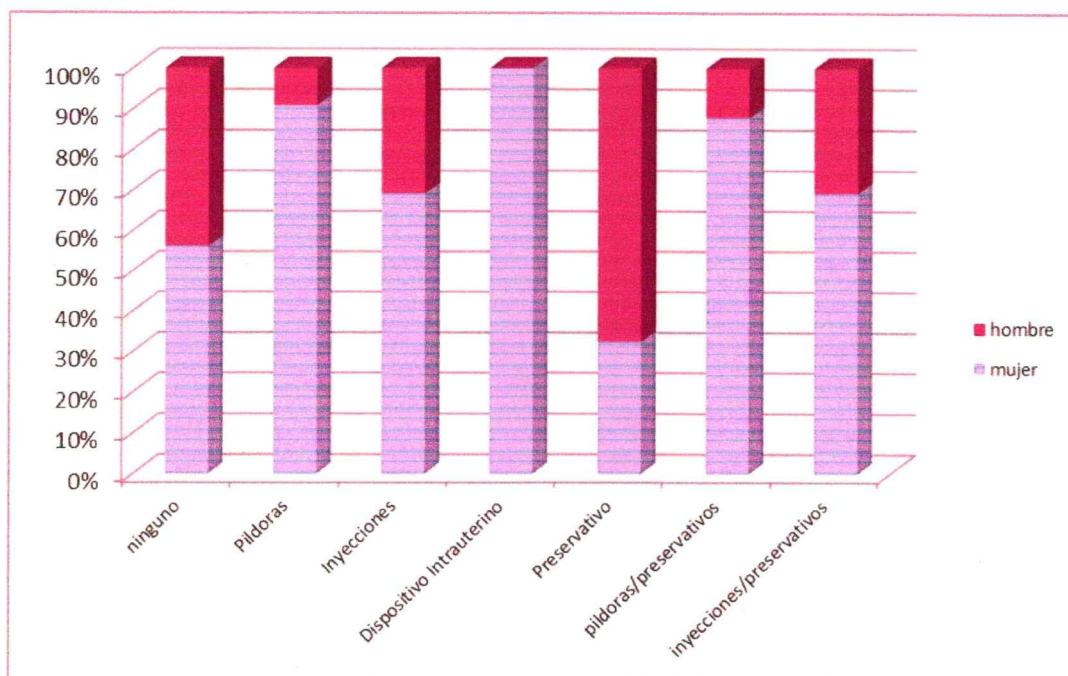
Cuadro 16: Método que considera más eficaz para la prevención de embarazo según sexo.

	mujer	hombre	Total
píldora	14,9%	10,3%	12,8%
inyecciones	13,2%	3,6%	8,8%
parches	0,9%	0,5%	0,7%
dispositivo intrauterino	5,7%	2,6%	4,3%
preservativo	36,8%	63,9%	49,3%
otros	0,9%	1,5%	1,2%
píldora-preservativo	24,1%	14,9%	19,9%
todos	2,6%	0,5%	1,7%
Dispositivo intrauterino-preservativo	,9%	2,1%	1,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

El cuadro 16 brinda también información respecto a la prevalencia anticonceptiva de las mujeres y los hombres. La distribución por método específico evidencia que el preservativo es el método anticonceptivo con mayor uso actualmente (49,3%) y en orden de importancia, le siguen los anticonceptivos orales combinados con preservativo con un 19,9%, los anticonceptivos orales 12,8%; los anticonceptivos inyectables con 8,8% y el DIU 4,3%.

En las mujeres, la tendencia a considerar al preservativo como el método anticonceptivo más eficaz es significativamente menor a la de los varones (36,8% del total de mujeres frente al 63,9% de los varones). De hecho, al analizar por sexo la utilización de cada método, podemos observar –Gráfico 7- que el 70 % de los usuarios son varones.

Gráfico 7: Tasa de utilización de cada método según sexo.



La información sobre sexualidad, a la que acceden los adolescentes es limitada y no es confiable. Como se mostró, mayoría de las fuentes citadas tienden a reforzar las identidades construidas genéricamente y no ofrecen a los adolescentes la información necesaria y adecuada a su contexto social y/o educativo. Este es un aspecto fundamental ya que el conocimiento es un factor que brinda protección contra la violencia, las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA y la prevención del embarazo adolescente pero, al mismo tiempo, es un factor fundamental para que los adolescentes puedan desarrollar libremente tanto su sexualidad como su salud sexual y su vida afectiva.

5.2.5. Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.

Como oportunamente se ha referido en este trabajo, el concepto de Salud Sexual y Reproductiva implica el derecho de varones y mujeres, sin distinción alguna, a tener

relaciones sexuales gratificantes, sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados. Es decir, implica tener la posibilidad de poder regular la fecundidad, decidir si tener o no hijos, con quien, cuándo y cuántos. La salud reproductiva, asimismo, incluye el derecho a un parto seguro y sin riesgos, a dar a luz y a criar niños saludables.

A pesar de esto, el Estado posee escasa (casi nula) participación entre los encuestados sea como mecanismo para la provisión de métodos anticonceptivos, sea como medio de evacuación de dudas referidas a la sexualidad.

En este sentido, al quedar vinculada la información y la provisión a mecanismos informales (familiares, amigos, etc.) es probable que los adolescentes no tengan una clara noción respecto a qué y cuáles son los derechos sexuales y la salud reproductiva. En efecto, solo el 53,2 % de los encuestados manifiesta conocer en qué consisten. En este punto no existen diferencias significativas según el sexo.

Cuadro 17: Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos según sexo.

	mujer	Hombre	Total
Conoce los derechos	54,8%	51,4%	53,2%
No conoce los derechos	45,2%	48,0%	46,5%
No contesta	0%	0,6%	0,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

En realidad, el tratamiento de los derechos sexuales y reproductivos parece caracterizarse por tener algunos momentos importantes en los que se consagran los derechos humanos en general y de manera específica los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En esas situaciones se crean leyes nacionales y debates públicos.

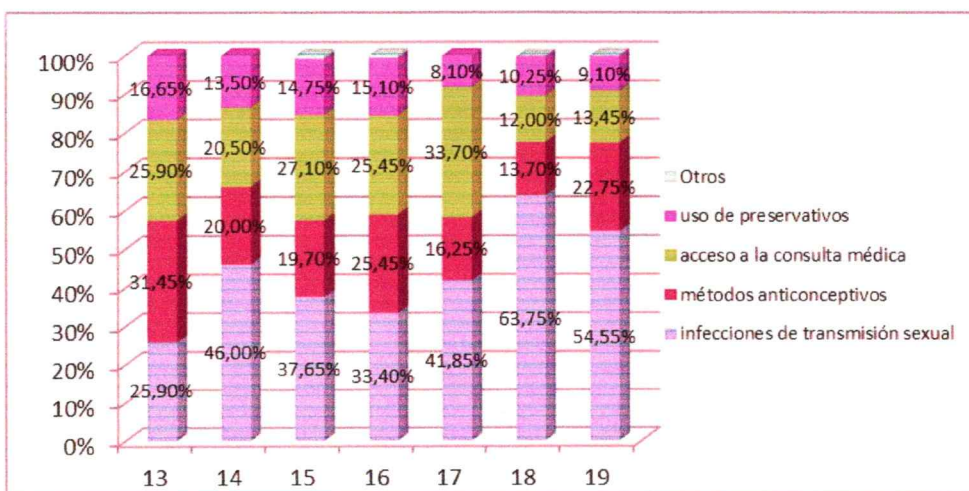
Sin embargo, estos avances enfrentan la incongruencia entre la norma y la efectivización de la misma, entre lo que se enuncia y lo que realmente se realiza. En ese contexto, el Estado tiene una práctica muy limitada al momento de relacionar el marco jurídico, con el diseño de políticas públicas y más aún con la implementación de

programas y proyectos por lo que las iniciativas desarrolladas no logran un alcance nacional efectivo y, más aún tienen dificultades para su sostenibilidad.

Asimismo, el fuerte énfasis puesto en la cuestión reproductiva genera cierto abandono respecto a la salud sexual; de hecho, la inclusión de los programas de salud sexual y reproductiva dentro del programa materno-infantil refleja el soslayamiento de la sexualidad.

Este soslayamiento queda expresado al analizar el gráfico 8. En el mismo se procedió a estratificar la pregunta referida a dudas sobre temas vinculados a la sexualidad según cada uno de los grupos de edad. El resultado fue que la temática vinculada a las enfermedades de transmisión sexual posee mayor incidencia en los grupos adolescentes de mayor edad que, paradójicamente, son los que más utilizan la consulta con profesionales de la salud para evacuar sus dudas. En términos generales, el gráfico 8, muestra que a excepción del grupo de 13 años, en el que los métodos anticonceptivos son el tema que más dudas presenta; en todos los demás grupos, las enfermedades de transmisión sexual y el acceso a la consulta médica son los principales temas.

Gráfico 8: Temas relacionados a la sexualidad sobre los que existen dudas según grupo de edad.



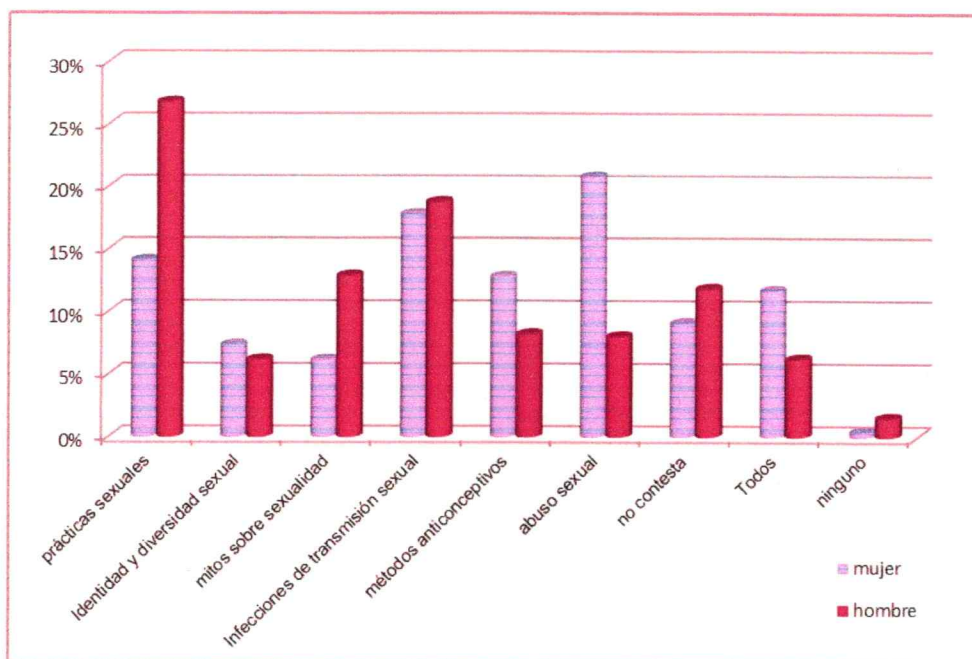
En la misma línea argumental, es decir, en línea con la hipótesis de que la temática de la sexualidad ha sido soslayada por el sistema institucional, ante la pregunta sobre los principales temas que son de interés para los adolescentes, la información sobre prácticas sexuales es la que suscita mayor interés 19,7% de los encuestados (Cuadro 18). A este le sigue en importancia las enfermedades de transmisión sexual - 18,20% - y el abuso sexual 15,10% éstos temas, casi no son trabajados desde la norma ni desde los servicios de salud ni desde el sistema educativo.

Cuadro 18: Principales temas de interés.

	%
prácticas sexuales	19,7
Identidad y diversidad sexual	6,75
mitos sobre sexualidad	9,20
Infecciones de transmisión sexual	18,20
métodos anticonceptivos	10,65
abuso sexual	15,10
no contesta	10,3
Todos	9,1
ninguno	0,9
Total	100,0

No obstante, al descomponer los principales temas de interés por sexo (Gráfico 9), encontramos diferencias significativas. Las prácticas sexuales, los mitos sobre la sexualidad y las enfermedades de transmisión son, en ese orden, las temáticas de interés principales de los varones mientras que el abuso sexual, las enfermedades de transmisión sexual y las prácticas sexuales son de interés para las mujeres.

Gráfico 9: Distribución de los principales temas de interés según sexo.



Por último, un aspecto que a destacar es la confusión reinante entre diferencia y desigualdad de géneros. Por un lado, las diferencias biológicas entre las y los adolescentes se traducen en inequidades en diferentes ámbitos de la vida, y es la inclusión de la categoría de género y la mirada de la perspectiva de género en la aplicación de la norma y los programas de salud sexual y reproductiva la que facilita identificar cómo es que la diferencia cobra la dimensión de desigualdad.

Por esto, el concepto de género se utiliza para describir aquellas características en los hombres y las mujeres que han sido conformadas "socialmente", en contraste con aquellas que están determinadas "biológicamente"; es decir, lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género.

La disponibilidad de servicios de salud que atiendan las demandas en materia de sexualidad y anticoncepción de las y los adolescentes afecta las tasas y las modalidades de embarazo, fecundidad y morbilidad de esa población pero, lo que más importante puede garantizar el pleno ejercicio de sus derechos. El problema reside cuando la

creación de un programa de salud para los adolescentes queda limitada a la atención de aspectos vinculados a la reproducción, es decir, a cuestiones sexuales y biológicas.

Esto explica la casi inexistente participación del sistema escolar y sanitario como mecanismo para la evacuación de dudas vinculadas a la sexualidad y muestra porque tanto la familia como las redes informales son los principales actores sobre los que descansa tanto la información como la provisión de derechos sexuales y reproductivos.

A pesar de esto, ante la pregunta respecto a cómo preferirían los adolescentes que los temas vinculados a su sexualidad fueran tratados (Cuadro 19), la mayoría 36,85% desean que sean expuestos por profesores del área de salud. Aunque no se ha incluido ninguna pregunta respecto a si el ámbito donde deberían tratarse estos es la escuela, podemos inferir que las exposiciones de profesores se vinculan con ese ámbito.

Cuadro 19: metodología preferida para el abordaje de temas vinculados a la sexualidad.

Metodología	Porcentaje
Exposiciones de profesores del área de salud	36,85
talleres vivenciales	10,70
videos	9,8
charlas de profesores de otras materias	7,5
análisis de situaciones / teatralizaciones	4,55
testimonios de alumnos/as	8,95
a través de una página web / internet	1,75
otros	1,40
no contesta	10,3
todos	7,5
ninguna	0,7
Total	100,0

Parte VI

Conclusiones.

El análisis de la encuesta arroja elementos que permiten afirmar que si bien el concepto de salud reproductiva reconoce la existencia de la sexualidad como una dimensión del bienestar y, discursivamente, ha puesto de relieve la importancia de reconocer y afirmar el disfrute de la propia sexualidad, en la aplicación de los programas no se ha logrado acabar con el sesgo ideológico y normativo que caracteriza a los programas basados en el arquetipo de familia conyugal y, consideran a la mujer como protagonista exclusiva de la función reproductiva.

Ciertamente, el inicio de la actividad sexual premarital de los adolescentes debería ser pensada como una tendencia social y cultural que pone fin a todo intento de control que pretenda canalizar la sexualidad al matrimonio.

En este sentido, la sexualidad no puede ser planteada como un todo sino que se tendrá que asumir que existen diversas sexualidades; sexualidades de clase; de género, incluso sexualidades de elección, no obstante, el reconocimiento de la sexualidad adolescente pareciera ser aún un tema pendiente.

De hecho, a pesar que el derecho a la salud reproductiva de los adolescentes está reconocido, las oportunidades y garantías no les están dadas ya que existen barreras sociales, culturales y religiosas e institucionales que afectan su promoción. Es interesante destacar que los niveles de información y las prácticas sexuales de los adolescentes son el resultado, en parte, de que el Estado no posea metas explícitas para adolescentes y, esto es coherente con la ausencia de un programa específico en salud adolescente o de salud reproductiva integral³⁴.

³⁴ Desde el Ministerio de Salud de la Nación existe, al menos institucionalmente, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia PNSIA. Este programa, plantea el abordaje de la salud como un derecho humano y social y enmarca sus acciones en la Convención de los Derechos del Niño de rango constitucional, así como la ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes que garantiza el derecho a su salud integral (Art. 14), la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la ley 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. No obstante, no existen metas a cumplir ni planes de acción ejecutados desde 2003 por lo que su ejecución es poco clara.

De allí que, cuando se piensa en la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes tanto los programas como los servicios que se les brindan (sobre todo al tratarse de mujeres adolescentes) priorizan los aspectos biomédicos relacionados al ciclo reproductivo, es decir, la salud materna, abandonando de manera implícita toda visión vinculada a la atención integral de la salud, la calidad de vida y los derechos.

La poca o nula incidencia de las escuelas y, fundamentalmente del sistema de salud como medios de información y consulta, incluso como mecanismo para obtener acceso a preservativos, por ejemplo, se vincula a que los sistemas tradicionales tienden a crear subjetividades particulares y, desde ellas intervienen. El sistema escolar, no piensa en adolescentes con derechos sino en alumnos y, el sistema de salud, antes que nada piensa en pacientes.

En este sentido, pensar en el sistema escolar como un ámbito de reproducción social, por tanto de construcción como de anclaje de prejuicios y prácticas discriminatorias hace las minorías, es un eje que obliga a analizar otras prácticas. De momento, los avances mencionados en materia diversidad sexual no alcanzan a impactar generando condiciones de igualdad en la sociedad. Instituciones como la escuela que se han constituido desde un criterio de homogeneización tiene serios problemas para, no solo desarrollar una convivencia pacífica, sino para aceptar la diferencia. En este punto se cuestiona la formación de los efectores que los responsables de la gestión técnica, política y profesional de las instituciones.

Al respecto, la sexualidad adolescente es pensada y, en el mejor de los casos, atendida parcialmente y las instituciones tienden a ser antes oferentes, expulsivas. En las adolescentes mujeres, quedan expresados tanto los déficits del sistema como aquellas conductas provenientes de una cultura médico patriarcal que visualiza a la mujer en su

condición de reproductora generacional, por lo cual es atendida en su función primordial de madre.

Que los adolescentes inicien su vida sexual con creencias erróneas; sin información confiable; o de manera casual y sin haber resuelto sus dudas respecto a temas vinculados a su propia sexualidad es el resultado de actitudes y acciones que colaboran a perpetuar el paradigma del adolescente ignorante de su cuerpo, de su sexualidad y acaba obstruyendo la posibilidad de incorporar prácticas preventivas de salud en general y de la condición reproductiva en particular.

Resulta claro que la necesidad de información exacta y de educación es universal, tanto para las niñas y mujeres jóvenes como para los niños y hombres jóvenes que, eventualmente, podrán ser sus parejas. En este sentido, no es posible continuar sosteniendo una situación en la que los niños y los adolescentes aprendan las cuestiones relacionadas con el sexo y la sexualidad de sus pares, hermanos, padres y los medios de difusión ya que la información que obtienen por esos medios usualmente es limitada e incluso errónea.

De hecho, la falta de implementación generalizada de la ley nacional de educación sexual integral conspira en este sentido, fundamentalmente teniendo que cuenta que los discursos sobre estas cuestiones está imbricando con conjunto amplio de representaciones sociales que se plantean desde las prácticas sociales dominantes y tienen una poderosa influencia de parte de los medios de comunicación masivos. En este eje, la construcción de nuevos tipos de relación entre hombres y mujeres, por tanto la aceptación social de nuevas construcción familiares es un elemento a problematizar. El potente avance en materia jurídica requiere de un avance sostenido en las instituciones que validan y reproducen discursos.

La educación formal, que se adapta a las edades y características de la población joven involucrada, es una importante fuente de información precisa acerca de la

sexualidad, el embarazo, la procreación, la anticoncepción y la protección contra las ETS y, de hecho, la mayor parte de los adolescentes consultados prefieren que los temas sean trabajados con profesores del área de salud.

A pesar de esto, los planes de enseñanza formalizados no son comunes y los programas educativos con base comunitaria son inexistentes. En pocas oportunidades, la educación sexual logra superar el aspecto biológico a pesar que los adolescentes sostienen la necesidad de conocer sobre otros aspectos de sus derechos.

Es entonces que no se promueve el afecto o el deseo sino el amor como requisito fundamental para las relaciones sexuales creando así, en el imaginario y en la realidad, una tendencia a que las instituciones trabajen a la sexualidad asociada al intento por retrasar la primera relación sexual y, entre los jóvenes que son sexualmente activos, dichos programas alienten el uso de los anticonceptivos y evadan sistemáticamente el tratamiento de temas como el abuso sexual o el aborto. Un estudio sobre la temática realizado en Lima, Perú, indicaba que “los programas dirigidos solamente para mejorar los conocimientos de los adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva parecen no ser suficientes para evitar que los adolescentes se inicien sexualmente a edad muy temprana en contextos que presentan un gran número de factores de riesgo” (Mendiguerre Fernandez; 2007: p 1). La afirmación hace énfasis en los factores de riesgo ligados a los contextos de iniciación, pero sobre todo, en la iniciación temprana de los adolescentes como algo que debe ser evitado. De manera que el ámbito académico, en estos casos, también se hace eco de las posiciones más conservadoras de la sociedad, legitimando la mirada estigmatizante y moralizadora hacia las prácticas sexuales en general, y a las prácticas sexuales de los adolescentes en particular.

Enfermedades de transmisión sexual y acceso a la consulta médica (inaccesible para los varones, por razones institucionales, culturales, sociales, etc.) son temas sobre los que los adolescentes plantean mayores dudas, aun cuando ya iniciaron su vida sexual

activa. Asimismo los servicios de salud están pensados solamente para las mujeres (de hecho son las únicas que acuden a profesionales de la salud para evacuar dudas) lo que dificulta el intento en promocionar la responsabilidad masculina en la sexualidad y la fecundidad.

En la misma línea argumental, la salud reproductiva se piensa y dirige a mujeres heterosexuales y los servicios de ginecología excluyen a los varones. La inclusión de los programas de salud sexual y reproductiva dentro del programa materno-infantil es la expresión acabada de esta situación y del intento por negar la cuestión vinculada a la sexualidad adolescente.

Por esto, antes que promover el desarrollo de una sexualidad “conciente” e informada, las acciones se centran en prevenir e intentar controlar los riesgos de las prácticas (hetero) sexuales y las acciones de atención a adolescentes se centran en conductas “de riesgo” e intervienen cuando se registran daños.

La violencia sexual, tema escogido por los adolescentes para ser tratado debería ser planteada más allá del dominio doméstico. De hecho, Pantelides y Geldstein (1998) comprobaron que la experiencia de una iniciación sexual forzada o no deseada pero finalmente aceptada, tenía relación con la edad en que la misma había tenido lugar³⁵.

La coerción, entendida como la acción de *forzar o intentar forzar a otro individuo por medio de la amenaza, insistencia verbal, engaño a participar de conductas o actos sexuales contra su voluntad*, es otra de las conductas que se encuentran presentes y que conduce a que por miedo a perder a su pareja se acceda a realizar los pedidos de la misma.

Por último, los adolescentes no debieran ser vistos como simples receptores de reglas, normas, valores y prescripciones sociales o institucionales que solamente

³⁵ En los extremos, el 100% de las niñas que tuvieron su primer coito antes de los 13 años habían sido forzadas y ninguna de las que se iniciaron entre los 17 y 18 años lo fueron.

pretenden determinan de manera mecánica sus comportamientos sexuales. Esto se debe a que se debe distinguir entre conocimiento y utilidad.

Si bien la mayoría de los adolescentes conocen algún método anticonceptivo esto no implica que, por conocerlo, lo utilicen. El preservativo es pensado, antes que nada por su función anticonceptiva y no como medio de prevención de enfermedades esto, en parte, da lugar a que los adolescentes parecieran no percibir el riesgo de contagio de HIV/Sida o ETS con la misma preocupación que el embarazo.

Los derechos sexuales y reproductivos son los derechos que poseen varones y mujeres a decidir cómo, cuándo y con quién tener hijos, el derecho a una sexualidad libre de presiones, plena y autoconsciente, que incluye el derecho al placer y a la libertad de la orientación sexual, el derecho a la educación, a la información y el acceso igualitario a servicios de salud de calidad y gratuitos que respeten las decisiones y preferencias de los y las consultantes: como así también el derecho a la crianza compartida de los hijos por ambos miembros de la pareja en un ámbito sano y seguro.

También es el derecho a disponer del propio cuerpo, lo que incluye por ejemplo, el derecho, si así lo deciden, a interrumpir voluntariamente su embarazo accediendo al aborto seguro y gratuito. La existencia de tales derechos involucra directamente a las instituciones de educación y salud y al Estado en su conjunto como responsables de difundirlos, proveerlos y garantizarlos.

Ciertamente, sin relaciones sexuales y sin penetración vaginal, no existe el embarazo adolescente pero es erróneo creer que el embarazo adolescente o no deseado es la consecuencia de relaciones sexuales.

El embarazo adolescente, en principio, es el resultado de la falta de información y de las dificultades de acceso a una comunicación con la familia, las instituciones estatales y la propia comunidad. En este sentido, el adolescente con una vida sexual activa mantiene su sexualidad en el siempre dudoso nivel de la sospecha, de la prevención

genérica y ambigua y de un aparente “dejar hacer” esto facilita que la vida sexual de los adolescentes permanezca invisible y la única situación donde solo resta aceptarlas como socialmente reales y concretas es por el embarazo.

En este punto es donde las profesiones que intervienen en “lo social” (entendiendo que se habla de las profesiones que están en contacto e implementando los programas que se tomaron como referencia y las instituciones clave en esta temática) como es el caso del Trabajo Social tiene un rol importantísimo que jugar.

En este sentido, se retoma la idea que el Trabajo Social tiene exigencias que se constituyen en imperativos inalienables es fundamental para *pensar las prácticas actuales* de los profesionales. Estos imperativos tiene relación con el ámbito concreto de las políticas públicas que efectivizan o sustancian los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. Las mismas son expresión de pujas sociales, políticas e ideológicas, fundamentalmente. Por lo tanto su funcionamiento en los espacios institucionales se regulan por las tendencias dominantes o por los climas epocales en torno al tema.

Rodríguez Vignoli (2008) reconoce y propone cuatro ámbitos en el espacio de las políticas públicas prioritarios para intervenir en materia de derechos sexuales y reproductivos de la adolescencia. El análisis de los mismos otorga puntos de partida comunes para los Trabajadores Sociales como categoría profesional y para la construcción de consensos entre los equipos interdisciplinarios de trabajo.

El primero es el de la subjetividad de los adolescentes, quienes por estar en pleno proceso de maduración y definición de identidad, y en una fase experimental y de despertar sexual, encuentran más dificultades para ejercer un dominio estratégico en este plano o negociar con sus parejas las decisiones sobre actividad sexual y prevención de embarazos. Por lo mismo, las intervenciones deben apuntar a fortalecer la capacidad de reflexión, control y negociación de las y los adolescentes para evitar conductas de riesgo. Esta capacidad no se logra a través de las modalidades tradicionales de educación

sexual³⁶, que son fundamentales, pero deben acompañarse con una variedad de programas de apoyo, que incluyen talleres y consejería para adolescentes, propaganda y sensibilización de otros actores cercanos, entre otros. La escuela y los establecimientos de salud especializados tienen un papel clave en esta materia, y además deben velar para que las y los adolescentes conozcan su derecho a la salud reproductiva y puedan exigir su cumplimiento.

El segundo es el de la ambivalencia cultural derivada del choque entre una creciente liberalización sexual que atañe a todas las edades y una persistente negación de autonomía en materia sexual para los adolescentes. Esto conformaría un síndrome de “modernidad sexual truncada³⁷”, que promueve el ocultamiento de las relaciones sexuales y limita el acceso a información y servicios relevantes para la prevención de embarazos no deseados. La principal orientación de política en esta materia debería apuntar a reconocer a los adolescentes como sujetos sexualmente activos y remover los obstáculos culturales y familiares que dificultan el ejercicio de una sexualidad segura desde la

³⁶ Esto tiene que ver con los modelos de educación sexual que tipificó Morgade (2008), donde el modelo que se llama tradicional tiene que ver con el enfoque biologicista, donde se reduce la sexualidad al estudio del aparato reproductor, sin reparar en los contenidos afectivos, sociales, culturales y hasta políticos que entrecruzan la complejidad de la temática. El otro aspecto que se tiene en cuenta en esta perspectiva está más vinculado con la medicina y trata de los riesgos que entrañan el inicio sexual y demás; subyace dentro de los objetivos de estas tendencias la idea que es prioridad retrasar el inicio de la actividad sexual.

³⁷ La noción de “modernidad sexual truncada” (Rodríguez y Hopenhayn, 2007) da cuenta de un adelantamiento de la actividad sexual (como consecuencia de la secularización y de las tendencias emancipatorias e individualizantes de la modernidad, así como de la creciente presencia de contenidos eróticos a los que están expuestos los adolescentes.) no aceptado por las instituciones sociales clave, entre ellas la familia, y que, por ende, tiende a mantenerse en secreto y a llevarse a cabo en condiciones inseguras. El tercero subraya la desigualdad, que influye a través de varios canales, entre ellos las barreras para el acceso a los medios anticonceptivos y la falta de oportunidades para los adolescentes pobres. El último enfoque releva los sesgos institucionales, que tienden a invisibilizar a los adolescentes como sujetos sexualmente activos y, por lo mismo, a excluirlos de los programas oficiales de salud sexual y reproductiva. Un aporte especial de este trabajo es la vinculación que se hace entre cada enfoque y las políticas que emanan de ellos. Por cierto, también se reconoce la posibilidad de intervenciones ampliadas, que consideren más de uno de los enfoques en su diseño y aplicación.

primera relación. Para esto es posible movilizar a los medios de comunicación de masas, programas comunitarios que apunten a la comunicación familiar y la promoción de servicios y leyes de apoyo a las adolescentes, que constituyen siempre una señal a las familias sobre la importancia de “transparentar” el tema. Al respecto, una familia presente, activa, dialogante, empática con la situación de los adolescentes de hoy y capaz de marcar límites y enfrentar constructivamente sus conflictos, suele ser un factor protector frente al embarazo temprano, sea porque contribuye a postergar la iniciación sexual o porque facilita una iniciación protegida.

El tercer ámbito atañe a las oportunidades de formación educativa y de integración productiva para los adolescentes. La escasez de oportunidades, que afecta a la mayoría de los adolescentes pobres de la región, puede llevarlos a considerar a la maternidad temprana como el único proyecto de vida para afirmar su autonomía, encontrar sentido a su vida y transitar hacia la adultez. Así, aunque sea de manera indirecta y con un efecto más tardío, ampliar las opciones que dan sentido de futuro los adolescentes es una política clave para reducir la reproducción temprana. Dos son las intervenciones más importantes y sistémicas en este sentido: la primera es al interior del sistema educativo y apunta a mejorar las condiciones tanto de la oferta como de la demanda para que las y los adolescentes de sectores más pobres permanezcan en las escuelas y tengan una progresión oportuna según la edad. Estar en la escuela y sin rezagos blindo fuertemente a los adolescentes frente al riesgo o al deseo de embarazo. La otra se refiere a las oportunidades de capacitación laboral y tránsito del colegio al trabajo, que debieran intervenir precisamente en los años finales de la adolescencia.

El último ámbito se refiere a los sesgos institucionales y sectoriales adversos a los adolescentes, en particular en el sector de la salud. La falta de implementación generalizada de programas preventivos que consideren atención especializada, intervenciones integrales (incluyendo consejería) y principios de confidencialidad,

mantiene alejados a los adolescentes de los servicios oficiales. Reglamentaciones y dispositivos institucionales inapropiados (porque los tratan con desdén, les imponen horarios o condiciones difíciles, entre otros obstáculos) desalientan a los adolescentes a usar estos servicios.

Referencias

Bibliografía

- Abramovich, Víctor, Christian Courtis (2002) Hacia la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Estándares internacionales y criterios de aplicación ante los tribunales locales. Curso Básico Autoformativo sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Acosta, Luis; "La perspectiva histórico-crítica en el Servicio Social y la tesis del origen "espúreo" de la profesión de asistente social", Revista Regional de Trabajo Social, Editorial EPPAL - Ediciones Populares Para América Latina.
- Alicia, Esteban; Delgado, María de los Angeles; Gargiulo, María Lorena; Mendes, María Eva; Pagliari, Aldo; Rubinstein, Mariano (2000) Procesos comunitarios que reproducen salud. una experiencia de trabajo en salud sexual y reproductiva en el Bajo Flores.
- Becker, M. y L. Maiman (1983), "Models of health related behavior", *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*, David Mechanic (ed.), Nueva York, The Free Press.
- Buvinic, M. y otros (1992), *The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago, Chile*, Washington, D.C., Consejo de Población/ Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer.
- Britos, Nora; Rubén Caro; Cristina González. (2010). Exigibilidad de derechos sociales e intervención en Trabajo Social.
- Caballero Hoyos, José; Carlos Conde Gonzáles y Alberto Villaseñor Sierra (editores) (2006) *Its y VIH/Sida En Adolescentes y Adultos Jóvenes*.

Ángulos de la problemática en México. Primera edición. Consejo Estatal del SIDA-Jalisco e Instituto Nacional de Salud Pública.

- Castel, Robert (1997) "Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado.", Paidós, Buenos Aires.
- Cavalleri, María Silvina y Parra, Gustavo (2007) "Aportes en torno al pluralismo para analizar el debate contemporáneo en el Trabajo Social argentino" en el II Congreso Nacional de Trabajo Social y Encuentro Latinoamericano de docentes, profesionales y estudiantes de Trabajo Social
- CEPAL (2008). Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar. Hoja informativa.
- Chaves, Mariana (2009) Estudios sobre juventudes en Argentina 2007. Hacia un estado del arte 2007. Grupo de Estudios en Juventudes, Núcleo de Estudios Socioculturales, Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata.
- Checa, Susana y Rosemberg, Martha (1998) "*Derechos Reproductivos y su relación con la violencia social.*" En *Violencia social y derechos humanos*. Izaguirre, Inés; compiladora. Eudeba. Buenos Aires. Argentina
- CONDERS, Marco conceptual. Derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos. Disponible en www.conders.org.ar.
- CONDERS. Informe nacional 2009. Monitoreo social y exigibilidad sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina.
- CONDERS. Informe nacional 2010. Monitoreo social y exigibilidad
- Daverio, Karina y Jortack, Natalia (2011) "Salud Sexual y Trabajo Social. Reflexiones a partir de la experiencia" VII JORNADAS BONAERENSES DE TRABAJO SOCIAL.

- Derechos sexuales y reproductivos. New York: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. 1999.
- Díaz Vega, Luisana y Rivera Mena, Annette (2008) Representaciones sociales y prácticas de la sexualidad de un grupo de jóvenes del Cantón de Esparza. Tesis de grado. Universidad de Costa Rica.
- Espinar, Florencia y Morel Rossi, Gisela (2007) Salud Sexual Vs Salud Reproductiva. II Congreso Nacional de Trabajo Social y Encuentro Latinoamericano de docentes, profesionales y estudiantes de Trabajo Social. Tandil – 2007.
- Fleiz, Clara. (1999) "Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México" en Revista Mexicana de Salud Mental, vol. 22, núm. 4.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (1999). Lilia Rodríguez. Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos.
- García Jurado, Mariana y Schuster, Gloria (2005) Análisis comparativo de legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva. CONDERS.
- García Suárez, Carlos Iván (2007) Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia. Colombia Diversa. Bogotá. Colombia.
- Genolet, Alicia (2008) La perspectiva de género, herramienta útil en el aprendizaje de la intervención profesional. II Encuentro Argentino y Latinoamericano. Universidad Nacional de Córdoba.
- Genolet, Alicia; Lera, Carmen; Schoenfeld, Zunilda; Guerriera, Lorena; Bolcatto, Silvina (2009) Trayectorias de vida y prácticas maternas en

contextos de pobreza. Ciencia, Docencia y Tecnología N° 38, Año XX, mayo de 2009.

- Guerra, Yolanda. (1995) *A instrumentalidade do Serviço Social*. Cortez Ed.; São Paulo.

- Guerra, Yolanda (2008) Trabajo social y debates en Ciencias Sociales. *Revista de Trabajo Social – FCH – UNCPBA*.

- Gramsci, Antonio, (1992) *La Política y el estado Moderno*. Planeta, España.

- Hayes, Cheryl (ed.) (1987). *Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*, Washington, D.C., National Academy Press.

- Heler, Mario. (2002). *Filosofía Social y Trabajo Social. Elucidación de un campo profesional*. Buenos Aires, Argentina.

- Heler, Mario. (2005) *La reflexión ética en las acciones de desarrollo: una incomodidad necesaria*. Conferencia dictada en el I Seminario Internacional: *Ética para el Desarrollo*. Villa Hermosa, México.

- _____ (2004) *La producción de conocimiento en el Trabajo Social y la conquista de autonomía*, en *Escenarios*. *Revista Institucional*, Año 4, N° 8, septiembre 2004, La Plata, Escuela de Trabajo Social-UNLP.

- Iamamoto, Marilda. (1997) *Servicio Social y División del Trabajo*. Editorial Cortez, Buenos Aires

- Lassonde, Luis (1997). *Los desafíos de la demografía ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* UAM y FCE. México.

- Geronimus, A.T. y S. Korenman (1992), "*The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered*". *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, N° 4.

- González Garza (2005). "Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000", en Revista de Salud Pública, mayo-junio de 2005, volumen 47, número 3.
- Gonga, Mónica (2005) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES-UNICEF. Buenos Aires.
- Lassonde, Luis (1997). *Los desafíos de la demografía ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* UAM y FCE. México.66-105.
- Lundgren Rebeca (2000). *Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América Latina.*
- Margulis, Mario. Editor. Ariovich, Laura *et al.* La juventud es más que una palabra. 2ª. Ed. Buenos Aires: Biblos, 2000.
- Marx, Karl y Engels, Friedrich. (1985). La Ideología Alemana. Buenos Aires: Ediciones Pueblos Unidos y Editorial Cartago.
- Matioli, Marina; 2007: Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires.
- Menkes Bancet, Catherine y Suárez, López Leticia. (2003). Sexualidad y Embarazo Adolescente en México. Papeles de Población, enero-marzo, número 035. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Mendigure Fernandez, Julio. (2007) Comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes varones de Lima Este.

- Meinardi, Elsa y Andrea Revel Chion (Compiladoras) (2008) Género y Educación Sexual en las Escuelas. Morgade, Graciela “¿Es posible abordar la “construcción social” del cuerpo sexuado en las Ciencias Naturales escolares?”
- Ministerio de Salud de la Nación. Informe de Balance 2003-2001, Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y desafíos. sobre los derechos sexuales y reproductivos en Argentina
- Ministerio de educación de la ciudad autónoma de Buenos Aires. (2007) Educación sexual en la escuela. Perspectivas y reflexiones. Hilda Santos. *“Algunas consideraciones pedagógicas sobre la educación sexual.”*
- Molina, Lorena. (2010). Trabajo Social: el viejo debate disciplina o profesión y las implicancias en la construcción de la autonomía profesional. VIII Congreso Nacional e Internacional de Trabajo Social. Costa Rica-2010.
- Montaña, Carlos Eduardo. (1997) El servicio social frente al neoliberalismo. Cambios en su base de sustentación funcional-laboral. *Serviço Social & Sociedade* nº 53. São Paulo, Cortez.
- _____ (1998) Buscando la especificidad prometida. *Boletín Electrónico Surá* # 24.
- _____ (2000) La naturaleza del servicio social. Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social.
- Moore, S. y D. Rosenthal (1993). *Sexuality in adolescents*, Ed. Routledge, Adolescence Society Series, New York.
- Morlachetti, Alejandro (2007) “Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos.” CEPAL. NOTAS DE POBLACIÓN N°85. Santiago de Chile.

- Morlachetti, Alejandro (2011) "Adolescencia y juventud: sus derechos sexuales y reproductivos."
- O'Donnell, Guillermo (1993) Estado, Democratización y ciudadanía. Nueva Sociedad N° 128 noviembre- diciembre 1993.
- _____ (1993) Acerca del Estado, la Democratización y Algunos Problemas Conceptuales. Una perspectiva Latinoamericana con referencias a países poscomunistas. Desarrollo Económico. Vol. XXXIII N° 130.
- OPS (2000). Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja informativa, N° 18.
- Organización de las Naciones Unidas, (1994), Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, Egipto. ONU.
- Organización de las Naciones Unidas, (1994) IV Conferencia internacional Beijing.
- Organización de las Naciones Unidas (1979) CEDAW (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer).
- Pantelides, Edith (1995), "La maternidad precoz", La fecundidad adolescente en la Argentina, Buenos Aires, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Pantelides, Edith (2004) "Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina" Revista Notas de Población, N° 78. CEPAL/CELADE.
- Pantelides, Edith, Mónica Gogna y S. Ramos (2000), "Concepciones legas de salud y enfermedad: el SIDA según pobladores de un barrio pobre del Gran Buenos Aires", Reproducción, salud y sexualidad en América Latina, Edith Pantelides y S. Bott (eds), Buenos Aires, Biblos/OMS.

- Pantelides, Edith Alejandra y Binstock, Georgina (2006). "La Fecundidad Adolescente Hoy: Diagnóstico Sociodemográfico" CEPAL, Santiago de Chile.
- Pautassi, Laura (2010) Perspectiva de Derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina. Buenos Aires, Editorial Biblos,(organizadora), Buenos Aires.
- Petracci, Mónica (2007) "Estado de la opinión pública sobre educación sexual 1994-2006", CEDES, Buenos Aires.
- _____ (2009) Panorama de derechos sexuales y reproductivos.
- Petracci, Mónica y Pecheny, Mario (2007). Derechos humanos y sexualidad. CEDES e Instituto de Medicina Social.
- Philibert, Christian y Gérard Weil (1998) "Accompagner l'adolescence". *Du projet de l'élève au projet de vie. Editions de la Chronique Sociale, Paris.*
- Real Academia Española. Vigésima segunda edición del Diccionario de Lengua Española.
- Rodríguez J. y M. Hopenhayn (2007), "Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, problemas y desafíos", Desafíos, N° 4, Santiago de Chile, CEPAL/UNICEF.
- Rodríguez Wong, Laura e Iñez H. O. Perpétuo. (2011) "La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994." CEPAL.

- Rodríguez Vignoli, Jorge (2008). "Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción." CEPAL.
- Rodríguez Vignoli, Jorge; Jiménez, Maren Andrea; Lissette Aliaga (2011) "Una mirada desde América Latina y el Caribe al Objetivo de Desarrollo del Milenio de acceso universal a la salud reproductiva". CEPAL.
- Román Reyes (2009) (Dir): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales.
- Román Pérez, Rosario y otros (2001), "Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica", Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes en México. Aportaciones para la investigación y la acción, Claudio Stern y E. García (coords.), México, D.F., El Colegio de México, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (2001). El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En Stern, Claudio y Juan Guillermo Figueroa (coords). Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación. El Colegio de México. México. 93-113.
- Schlaepfer, R. y C. Infante (1996), "Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros" en T. Lartigue y H. Ávila (eds.), Sexualidad y reproducción humana en México, UIA–Plaza y Valdés, México, vol. 2.
- Vicente de Paula Faleiros (2006) Inclusão social e cidadania. 32 International Conference on Social Welfare.
- Wellesley College Center for Research on Women. The AAUW report (1992) Cómo las escuelas estafan a las niñas.

- Welti Chanes, C. (2000), "Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México", Papeles de Población, vol. 6, N° 26.

Normativa consultada.

- Ley Provincial N° 10.751.
- Ley Provincial N° 13.298
- Ley Provincial N° 13.688
- Ley Provincial N° 13.066
- Ley Nacional N° 25.673
- Ley Nacional N° 26.150
- Ley Nacional N° 26.206
- Ley Nacional N° 26.743
- Ley Nacional N° 26.618
- Ley Nacional N° 26.061
- Código de Ética del Colegio de Asistentes Sociales o

Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires

- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.
- Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral
- Decreto 3938 (1977)
- Código Penal de la Nación Argentina.
- Código Civil Penal de la Nación Argentina.

Sitios web.

- <http://cha.org.ar/>
- <http://www.un.org/es/>

- <http://www.ippfwhr.org/es>
- <http://www.feim.org.ar/>
- <http://www.ms.gba.gov.ar/>
- <http://portal.educacion.gov.ar/>
- <http://abc.gov.ar/>
- <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>
- <http://www.infoleg.gov.ar/default1.htm>
- <http://inadi.gob.ar/>
- <http://www.csjn.gov.ar/>
- <http://www.unfpaargentina.com.ar/sitio/>
- <http://www.decidiresunderecho.org/>
- <http://www.cladem.org/>
- <http://www.derechoseducacion.org.ar/derechos/>
- www.amnistia.org.ar
- <http://www.lgbt.org.ar/home.php>
- <http://www.margen.org/>
- http://www.ts.ucr.ac.cr/bv/revistas_digitales.php
- http://www.trabajosocial.fsoc.uba.ar/web_revista/home.htm
- www.conders.org.ar
- <http://www.fordfoundation.org/>
- <http://www.iwhc.org/>
- <http://www.popcouncil.org/>