



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
VILLA MARIA

Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

Derechos sexuales y reproductivos. Un análisis de la política pública en torno a la sexualidad adolescente en el Partido de General Pueyrredón

Año
2013

Autor
Boga, Dante J.

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Boga, D. J. y Del Valle, A. H. (2013). *Derechos sexuales y reproductivos. Un análisis de la política pública en torno a la sexualidad adolescente en el Partido de General Pueyrredón*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional

Título.

Derechos sexuales y reproductivos. Un análisis de la política pública en torno a la sexualidad adolescente en el Partido de General Pueyrredón.

Mesa 3.

Problemáticas actuales de la infancia, la niñez, la adolescencia y la juventud. Políticas públicas orientadas.

Autores.

Dante J. Boga

Licenciado en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

danteboga@hotmail.com

Alejandro H. Del Valle

Doctor en Sociología. Docente e investigador de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

ajax@speedy.com.ar

Resumen.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los aspectos esenciales de la política pública en torno a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Para ello, se define el concepto de derechos sexuales y reproductivos y se describe el desarrollo histórico que ha tenido, considerando la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, como un antecedente fundamental en la construcción de una agenda de políticas públicas relativas a la temática. Posteriormente se describen las dos políticas públicas de mayor importancia, a nivel nacional, sobre el tema: el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) y la ley de Educación Sexual Integral (2006).

Luego, se analizan los resultados de la “Encuesta de sexualidad adolescente” realizada en el Partido de General Pueyrredón durante el año 2011, sobre una población objetivo de un total de 426 casos. Se enfatiza en cinco indicadores que se desprenden de la misma: 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, por último, y el conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.

La idea fundamental que se defiende es que el sistema institucional pone énfasis en el aspecto reproductivo de las relaciones sexuales negando, sistemáticamente a 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.

Palabras clave.

Política pública- Derechos sexuales y reproductivos- Adolescencia.

Concepto de derechos sexuales y reproductivos.

La definición de los derechos sexuales y reproductivos se encuadra 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 ignorados¹, 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.

Rosemberg y Checa (1998) 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

¹ 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.

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” (1998: p 75).

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. Según el marco conceptual en el que se posiciona el CONDESA² en el contexto nacional e internacional de creciente inequidad y

² El CONDESA (Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos) es una coordinadora de organizaciones las cuales tiene como propósito monitorear las acciones que prevé la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, a los fines de defender y garantizar los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género. Cuenta con miembros titulares o adherentes. Actualmente son 549 integrantes titulares realizando acciones de monitoreo. Al mismo tiempo existen grupos articulados, desarrollando planes de trabajo sistemáticos en varias provincias, entre ellas Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero.

violencia, “los derechos humanos son una poderosa y al mismo tiempo débil herramienta. Poderosa, porque concentra los ideales de un mundo mejor, regido por la paz y la igualdad de oportunidades. Débil, porque frente a intereses materiales e ideológicos en conflicto, aparece como un discurso fundamentalmente ético, que sólo puede hacerse efectivo cuando existe voluntad política para ello.”

Si bien el término derechos sexuales y reproductivos es de uso reciente, el contenido de estos derechos ha sido ampliamente discutido. Según Rodríguez “(...) una de las primeras referencias a estos derechos, en un documento internacional, apareció en la Proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, 1968, las Conferencias de Población de Bucarest 1974 y México 1984, recogen las ideas básicas de estos derechos reconocidos a las parejas e individuos para decidir libre y responsablemente sobre el número de hijos. El énfasis en todo caso está centrado en los aspectos demográficos, antes que en una concepción de derechos” (UNFPA, 1999: p 5). 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.

La IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer realizada en Beijing en 1995 es otro hecho trascendente en este desarrollo. 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”

Derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las políticas públicas.

Dentro de los propósitos que persigue este trabajo se encuentra la necesidad de recuperar y trazar la trama histórica del concepto de derechos sexuales y reproductivos. La noción de proceso que se pretende considerar para ello da cuenta de un recorrido en el cual subyacen elementos que resultan indispensables para la comprensión de la temática, específicamente en el contexto de Argentina.

Petracci y Pecheny (2007) en su análisis histórico de los derechos sexuales y reproductivos denominaron como *la salida del silencio* el proceso iniciado 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 1985, el Congreso ratificó por ley la Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer³. En 1986, el decreto 2274 derogó el de 1974, basado en una *ideología pronatalista* (Llovet y Ramos 1986; Novick 1992) y se reconoció (por primera vez en un instrumento legal) “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”. En ese año, también se presentaron, aunque no fueron debatidos, algunos proyectos de ley cuyos contenidos dan cuenta de los términos que adoptaría el debate parlamentario durante la década siguiente (Petracci y Pecheny, 2007).

El quiebre del silencio sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, que había comenzado en los años ochenta, 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 Penal⁴.

³ CEDAW, por sus siglas en inglés.

⁴ Este sigue siendo un debate que pendiente en términos de la deuda social que acarrea.. El Estado no reconoce el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente un embarazo. El aborto es ilegal y está tipificado en el Código Penal como un delito contra la vida de las personas, con sanciones para quien lo practica y para la mujer que lo cause o consienta, si bien existen dos supuestos en los que el aborto no es punible: si fuera hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre (si este peligro no puede ser evitado por otros medios) o si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente (esta es una discusión que, al margen de estar reconocido en la ley, sigue siendo problemática, dado que la mayoría de los casos terminan siendo judicializados. La Corte Suprema de Justicia ha instado a adaptar los protocolos en las instituciones pertinentes y lo mismo se está desarrollando lentamente a lo largo del territorio nacional).

El debate que culminó con la sanción de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable el 3 de octubre de 2002 mediante la ley 25.673 con el apoyo de la mayoría de los legisladores de los distintos partidos políticos. La legislación estableció la creación de un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En el año 2003, durante la presidencia de Néstor Kirchner, se creó en el Ministerio de Salud de Nación el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Los objetivos que se proponían planteaban, “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 morbilidad 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 adolescente⁵.

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

⁵ 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.

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 CONDESA 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.

En el marco de estas discusiones, el componente de la educación adquiere un carácter fundamental, entendiendo con Morgade que “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 el tema es tratado 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. 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 Educación⁶ 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 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.

⁶ Integrado por todas las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sexualidad adolescente en el Partido de 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 Argentina⁷, 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.

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 habitantes⁸. 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.

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 Foro⁹ 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 esta población que se encuestó está ubicada en un

⁷ 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.

⁸ De los cuáles 295.294 son varones y 323.695 mujeres, según el Censo 2010.

⁹ 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.

universo de 89.945, que son el total de adolescentes (de 10 a 19 años) que residen en el partido.

A continuación se realizará una exposición de los resultados que arrojaron las encuestas que se efectuaron, teniendo en cuenta los indicadores de interés para este estudio.

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. En el siguiente cuadro se analiza ese porcentaje diferenciado por sexo y por edades, siendo necesario destacar que el intervalo donde se concentra el inicio en varones está entre los 13 y 14 años y en las mujeres entre los 14 y 15 años.

Cuadro 1: Edad de inicio de las relaciones sexuales según sexo.

Edad	mujer	Hombre	Total
13	19,2%	35,2%	27,1 %
14	30,3%	34,3%	32,4 %
15	32,3%	16,7%	24,5 %
16	14,1%	13,9%	14,0 %
17	2,0%	,0%	1,0 %
18	2,0%	,0%	1,0 %
Total	100,0%	100,0%	100 %

Percepciones, actitudes y conocimientos sobre sexualidad.

En el siguiente apartado se analizan cuáles son los temas en los cuales los adolescentes presentaron dudas. Es preciso precisar aquí que más de 46% de los iniciados tiene dudas acerca de las ITS y la consulta médica es el segundo indicador que presenta más dudas, en general.

Cuadro 2: 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%

Cuadro 3: Uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual según sexo.

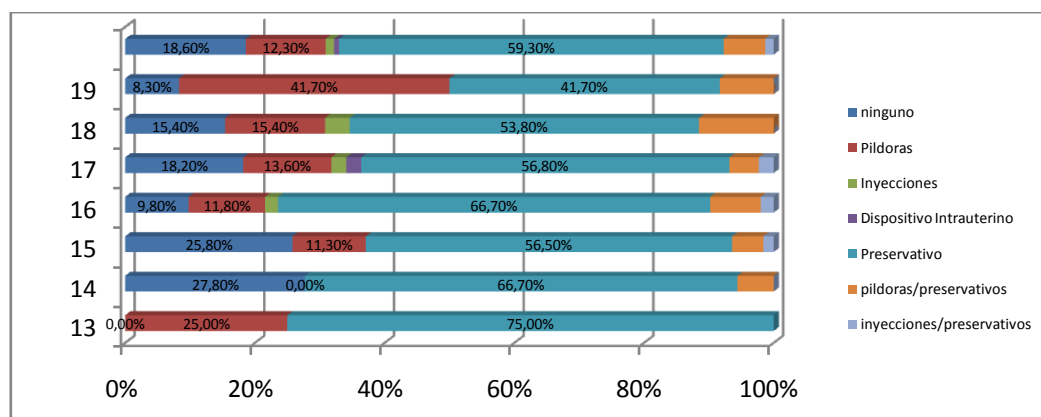
	Utilizó	No Utilizó	Total
mujer	44,9%	56,5%	47,9%
hombre	55,1%	43,5%	52,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

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 1 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.

Grafico 1: Tipo de Método de anticoncepción utilizado según grupo de edad.



Relaciones sexuales y salud reproductiva

En el siguiente apartado se presentarán los resultados relativos a las conductas de riesgo que se pueden presentar en relación a la frecuencia de las relaciones sexuales y en el cuadro siguiente según sexo de los iniciados sexualmente.

Cuadro 4: 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%

Cuadro 5: 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%

Si consideramos que el uso sistemático del preservativo es la medida de prevención más eficaz contra las ITS 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.

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. Ante la consulta acerca de cómo acceden a los métodos de prevención de embarazos, observamos que el 46,3% acuden a sus relaciones sociales y/o familiares y; solamente el 36,3 % utiliza un servicio de salud.

Cuadro 6: 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

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 7: Medio por el que se evacuan dudas sobre la sexualidad según sexo.

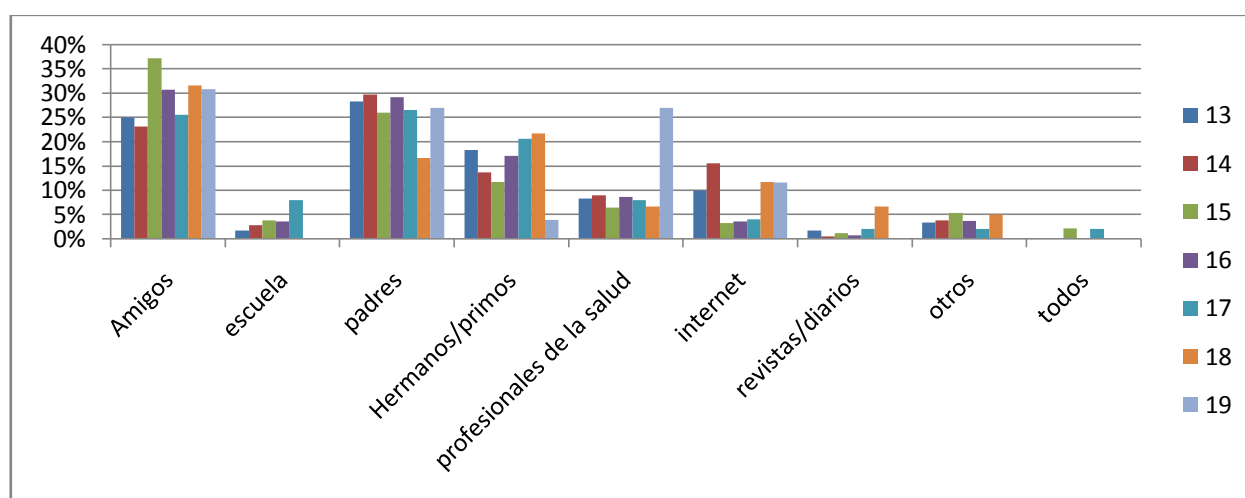
	mujer	hombre	Total
Amigos	29,55%	27,1%	28,325
Escuela	2,6%	5,9%	4,25
padres	30,6%	23,15%	26,875
Hermanos/primos	13,55%	16,75%	15,15
profesionales de la salud	9,1%	7,55%	8,325
internet	7,55%	9,35%	8,45
revistas/diarios	1,95%	0,5%	1,225
otros	3,1%	4,3%	3,7
todos	0,4%	1,1%	0,75

no contesta	1,3%	3,2%	2,25
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Se observa 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 2: Principal medio por el que accede a información sobre temas sexuales según grupo de edad.



Conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos.

Según lo que se ha analizado, 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 8: 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%

Conclusiones.

El análisis de la encuesta arroja elementos que permiten afirmar que si bien el concepto de salud reproductiva¹⁰ 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.

Sin bien los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes están reconocidos, las oportunidades y garantías no les están dadas ya que existen barreras sociales, culturales y religiosas e institucionales que afectan su promoción y efectivo cumplimiento. Es interesante destacar que los niveles de información y las prácticas sexuales de los

¹⁰ 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).

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 integral¹¹.

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

¹¹ 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.

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.

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.

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 sexual¹², que son

¹² 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

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 trunca”¹³, 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 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.

otro aspectos 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.

¹³ La noción de “*modernidad sexual trunca*” (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.

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.

Bibliografía

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.

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.

CEPAL (2008). Juventud y cohesión social en Iberoamérica. Un modelo para armar. Hoja informativa.

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.

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.

Gonga, Mónica (2005) Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES-UNICEF. Buenos Aires.

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.”

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.

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.

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.