



CULTURA, POLÍTICA Y SOCIEDAD

Salud sexual y reproductiva. Luces y sombras de la política adolescente en Argentina

Resumen

En el presente artículo se analizaron las principales características que posee la política de salud sexual y reproductiva relacionada con la adolescencia, a partir de las transformaciones que sobrevinieron a la promulgación y puesta en marcha de la Ley n.º 25.673 del año 2002, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Para ello se desarrollaron, sucintamente, los principales estudios existentes sobre sexualidad y embarazo adolescente, y los conceptos de salud y derechos reproductivos. Luego se analizaron las concepciones subyacentes a las políticas públicas y al sistema institucional relacionadas con el tema, en función a los efectos sociales que éstas producen. La idea central que se sostuvo es que el sistema institucional pone énfasis en el aspecto reproductivo de las relaciones sexuales, negando sistemáticamente la sexualidad y, por ello, tendiendo 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 sexual y reproductiva, derechos reproductivos, salud, adolescencia, información, redes informales.

Sexual and reproductive health. Lights and shadows on adolescent policy in Argentina

Abstract

In this paper we analyzed the main characteristics of Argentina's sexual and reproductive health policies in relation to adolescents, after the transformations occurred due to the enactment of Act N.º 25.673 in 2002, which created the Reproductive Health and Responsible Parenthood National Program. To that end, we briefly expounded the main existing studies on adolescent sexuality and pregnancy, and the concept of health and reproductive rights. Subsequently, we examined the underlying assumptions in public policies and the institutional system related to them, according to the social effects they produce. The main idea set forth by this paper was that the institutional system emphasizes on the reproductive aspect of sexual relationships, systematically denying sexuality and, therefore, tends to afford care rather than prevention to women without addressing the specific needs (not necessarily biological but rather cultural and social) of adolescents, whose identities and sexual practices develop as a result of the information and behavior they learn through informal networks.

Keywords: sexual and reproductive health, reproductive rights, health, adolescence, information, informal networks.

Alejandro H. del Valle. Doctor en Sociología. Docente e investigador de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Correo electrónico: ajax@speedy.com.ar

Dante J. Boga. Licenciado en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Correo electrónico: danteboga@hotmail.com

Salud sexual y reproductiva. Luces y sombras de la política adolescente en Argentina

Alejandro H. del Valle
Dante J. Boga

Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina

Los estudios sobre sexualidad, embarazo adolescente y adolescencia

Los estudios sobre fecundidad y embarazo adolescente comenzaron a desarrollarse desde la década de 1970, en 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:

- 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; Schlaepfer e Infante, 1996)¹;

1 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 la falta de cuidado por la propia salud, por lo

- 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 del 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 (p. ej. Pantelides, 1995: 17) 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: 123). 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 de forma más general, las condiciones socioeconómicas preexistentes explicarían por qué algunas adolescentes se convierten en madres y otras no (Geronimus y Korenman, 1992; Stern, 1997).

En los últimos años, las investigaciones sugieren que en las necesidades de salud el género masculino es una variable que genera mayor vulnerabilidad al riesgo (OPS, 2000), con lo que se intenta indicar que, debido a que los patrones de comportamiento son aprendidos en la niñez y afirmados en la adolescencia (Lundgren, 2000), es necesario comenzar a trabajar esta temática con adolescentes varones.

La adolescencia ha sido definida desde diferentes enfoques: biológicos, psicológicos, pedagógicos, demográficos, etc. En términos sociológicos, la adolescen-

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 concluyeron que ellas no corren riesgos significativamente superiores a los de las adultas.

cia 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 Weil, 1998: 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 *et al.*, 2005: 210).

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 la variable edad como único atributo para la definición, no existe una distinción conceptual precisa entre la adolescencia y la juventud. Caballero Hoyos *et al.* (2006: 33), indican 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: 349) plantearon la necesidad de redefinir el concepto tradicional de adolescencia, e independizarlo de los criterios estrictamente cronológicos y biológicos, ya que estos conciben la adolescencia como una etapa que se «da por hecho», y que debe necesariamente ser vivida por todos los jóvenes de esa edad.

Estos 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 transformó el periodo 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» (*ibíd.*: p 350).

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 Weil, 1998: 26).

Así la adolescencia, como fenómeno civilizatorio con sus características, se ha desarrollado desde la primera mitad del siglo pasado, llegando al punto de modificar las condiciones existenciales del adolescente²: «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» (*ibid.*: 25).

Es importante destacar que, así entendida, la adolescencia varía de cultura en cultura y, tal como señalan Menkes y Suárez (2003: 3), en algunas sociedades ni siquiera existe ese término. En este sentido, la delimitación del lapso temporal que 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.

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 tengan diferencias entre jóvenes de sectores medios urbanos –entre los 10 y los 19 años, por ejemplo– y 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.

2 Tal como señalan Stern y García (2001: 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.

Se trata, entonces, no de discutir las distintas definiciones que existen sobre esta temática, sino reconocer que es una construcción histórico-social y cultural. En este sentido, siguiendo a la Organización Mundial de la Salud, definiremos la adolescencia como la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y los 20 años. En ese periodo se completan la maduración sexual y 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 en 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 menarquía en las mujeres. 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 y conflictos propios. Para muchos, es la edad promedio de inicio de la 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 reales³.

3 Existen otras aproximaciones que incluyen diversas variables, además de la edad, y los cambios sexuales y psicológicos. Una muy importante: la madurez de los ado-

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, en el embarazo. Hay que saber que: «Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple 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.

Sexualidad adolescente y salud reproductiva

Se parte de comprender la salud reproductiva como: «... un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias... [que] 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, cuándo y con qué frecuencia» (ONU, 1994: 2).

En este sentido, es importante destacar que el concepto de salud reproductiva, obviamente, implica la salud sexual, pero 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 ins-

lescentes. Basándose en el análisis de la transición de adolescentes a jóvenes en los países en desarrollo, conducido por el National Research Council, Ruth Dixon-Mueller propone una división de los adolescentes en tres categorías de edad: temprana adolescencia (10-14 años), mediana adolescencia (15-17 años) y adolescencia tardía (18-19 años); cada una de las cuales tiene características específicas de género, psicología, 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 cognitivas 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.

tituciones 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» (Lassonde, 1997: 66).

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. En este aspecto se abundará, en el siguiente apartado de este trabajo.
- 3) Incorporar el *contexto cultural y socioeconómico*, que no se puede disociar 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, educación, recursos materiales y financieros y servicios de salud (Salles y Tuirán, 2001: 64).

De este modo, nociones como sexualidad, salud y reproducción, que antes aparecían dispersas, quedan integradas dentro del enfoque de la salud reproductiva.

A continuación describiremos algunos aspectos relacionados con la sexualidad adolescente, tales como: reconocimiento de la misma en la etapa de la adolescencia, inicio de la vida sexual, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual (ITS), y VIH/SIDA.

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. 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 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».

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.

La relación entre instrucción y maternidad fue estudiada por Pantelides y Binstock (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 frente a la maternidad temprana⁴. Pero no encuentran diferencias (sobre todo en el grupo entre 18 y 19 años) entre las madres que terminaron o no la instrucción primaria; al mismo tiempo, escaso es el margen existente entre estas y las madres «sin instrucción».

4 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 desde el 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» (Pantelides y Binstock, 2006: 19).

En este sentido, sí 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.

Derechos sexuales y salud reproductiva de los adolescentes

Según las Naciones Unidas: «El derecho a la salud incluye el derecho universal de hombres y mujeres, sin discriminación, a acceder a los servicios de salud pública, así como el respeto a la autonomía y libertad de las personas, que comprende el control sobre su cuerpo y su salud. Abarca asimismo el acceso a información relacionada tanto con la salud como con la salud sexual y reproductiva. También forman parte de él la libertad de rechazar todo tipo de discriminación y de no ser sometido a esterilización forzada y el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud. Como otros derechos humanos, se aplica a las personas desfavorecidas y vulnerables que viven en la pobreza, para las cuales es especialmente relevante, y su ejercicio exige contar con un sistema de salud eficaz, inclusivo y de buena calidad» (2004a, párrafo 16) La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en su Resolución 2003/28, confirmó que «la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental».

En la Sesión Especial de la Asamblea General a Favor de la Infancia, efectuada en Nueva York en mayo de 2002, bajo el título «Un mundo apropiado para los niños», se estableció que para una vida sana era preciso proveer «acceso a sistemas de atención primaria de la salud efectivos, equitativos y estables; garantizando el acceso a los servicios de información y consulta; y promoviendo hábitos de vida sanos entre los niños y los adolescentes». También se señaló que para 2003 había que «establecer y/o fortalecer estrategias para la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, y la incorporación en la medida de lo posible de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA».

En Argentina, con la Ley 25673/02 y su puesta en práctica, la salud sexual y reproductiva se incorporó a la agenda de las políticas públicas del Estado nacional. Asimismo, 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 subprograma 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.

Esta aparece en el documento como un derecho cuyo ejercicio permite: elegir el número de hijos que cada pareja desea tener; respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro; disminuir la mortalidad materna —entre otras causas— por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías; evitar embarazos no deseados. Supone también tomar decisiones habiendo recibido información sobre los métodos anticonceptivos, respetando las convicciones y deseos de las personas.

El Programa de Salud Reproductiva tiene por objetivos: prevenir factores de riesgo físico-psíquico y social, promocionar actitudes sexuales saludables mediante acciones educativas, prevenir embarazos precoces, reducir la incidencia de ETS, promover el control médico de las adolescentes y mujeres embarazadas del parto, incentivar en los centros de salud el seguimiento ginecológico, propiciar la paternidad responsable.

La finalidad hace visible su orientación: «Lograr que la familia se fortalezca en sus vínculos como educadora primaria, en la consolidación de una persona

5 En la ley aprobada se manifiesta como objetivo «valorar la maternidad y la familia», considerada esta como una sociedad natural, existente antes que el propio Estado.

educada sexualmente, para el amor y el respeto por el otro [...], formar a educadores sanitarios y docentes en educación sexual, con la finalidad de que se conviertan en educadores secundarios en la temática».

Además el programa apunta a que «los habitantes sean artífices de su propio estado de salud y propiciar la autogestión de la comunidad para el cuidado de su salud». Las principales acciones que propone son educativas y comunicacionales, desarrolladas a través de equipos interdisciplinarios que ofrecen cursos de orientación e información a escuelas, padres, juntas comunales, entre otros, dirigiendo sus esfuerzos en la formación «para la educación sexual formal y humanizada».

Como oportunamente referimos, 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 quién, 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.

Entre los derechos sexuales y reproductivos, podemos citar: acceso de varones y mujeres a la información, a métodos y prestaciones de anticoncepción, promoción de la libre elección sexual; atención integral durante el embarazo, parto y puerperio; información, asesoramiento y atención adecuada.

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: 4).

En octubre de 2006 fue sancionada la Ley 26.150, que formula el «Programa Nacional de Educación Sexual Integral», donde se establece que «todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, en las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y municipal». En este sentido, la ley entiende la educación sexual integral como aquella que articula los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. A su vez queda explicitado que se considera un derecho de los niños y adolescentes el acceso a un «espacio sistemático de enseñanza-aprendizaje que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes y críticas, en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y los derechos».

Dicha ley deja de manifiesto, en el artículo 5, que «cada comunidad educativa debe incluir, en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de estos lineamientos a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros». De manera que se incluyen las instituciones tanto públicas como privadas en el marco de estos lineamientos curriculares, que en mayo de 2008 fueron plasmados en un documento⁶ que los especifica, para los diferentes niveles de enseñanza.

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, los estudiantes y 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 como un interlocutor válido para debatir sobre estos asuntos y, sobre todo, para constituirse en agente que brinde información y genere instancias de reflexión en los niños y adolescentes.

Conclusiones

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 pensado como una tendencia social y cultural, que ponga fin a todo intento de control que pretenda canalizar la sexualidad hacia el matrimonio.

6 Dicho documento fue elaborado por el Ministerio de Educación de la Nación, conjuntamente con el Consejo Federal de Educación, que está compuesto por todas las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

De hecho, a pesar de 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, 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 integral⁷.

De allí que, cuando se piensa en la salud sexual y los derechos sexuales 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.

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

7 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 los 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 efectividad es poco clara.

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 acaban 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, podrían ser sus parejas. En este sentido, no es posible continuar sosteniendo una situación en la que los niños y adolescentes aprendan las cuestiones relacionadas con el sexo y la sexualidad de sus pares, hermanos, padres y medios de difusión, ya que la información que obtienen por esos medios usualmente es limitada e incluso errónea.

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 de que los adolescentes sostienen la necesidad de conocer sobre otros aspectos de sus derechos.

Entonces no se plantea 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 la sexualidad como un intento por retrasar la primera relación sexual, y entre los jóvenes que son sexualmente activos. 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» (Mendigure Fernández; 2007). 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 las prácticas sexuales de los adolescentes en particular.

Las enfermedades de transmisión sexual, y el acceso a la consulta médica –inaccesible para los varones– son temas en que los adolescentes plantean mayores dudas, aun cuando hayan iniciado su vida sexual.

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 de promocionar la responsabilidad masculina en sexualidad y 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 «consciente» 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 lugar⁸.

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

8 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.

Si bien la mayoría de los adolescentes conocen algún método anticonceptivo, 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 VIH/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 incluya el derecho al placer y a la libertad de la orientación sexual, a la educación, la información y el acceso igualitario a servicios de salud de calidad y gratuitos, que respeten las decisiones y preferencias de los 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 a interrumpir voluntariamente el 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 solamente 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 aceptarla como socialmente real y concreta es el embarazo.

Bibliografía

- BECKER, M. y L. MAIMAN (1983): *Models of health related behavior*. En David Mechanic (ed.): *Handbook of health. Health care and the health professions*. Nueva York: The Free Press.
- BUVINIC, M. et al. (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; CONDE GONZÁLES, CARLOS y ALBERTO VILLASEÑOR SIERRA (eds.) (2006): *Its y VIH/Sida en adolescentes y adultos jóvenes. Ángulos de la problemática en México*. México: Consejo Estatal del SIDA, Jalisco e Instituto Nacional de Salud Pública.
- DIXON-MUELLER, RUTH (2006): How young is «too young». Comparative perspectives on adolescent sexual and reproductive transitions. International Seminar on Sexual and Reproductive Transitions of Adolescents in Developing Countries. Cholula, Puebla, México, 6-9 November 2006, International Union for the Scientific Study of Population (Iussp) and the Center for Demographic, Urban and Environmental Studies (Cedua), El Colegio de México.
- FLEIZ, CLARA *et al.* (1999): *Conducta sexual en estudiantes de la ciudad de México*. En *Revista Mexicana de Salud Mental*, vol. 22, n.º 4.
- GERONIMUS, A. T. y S. KORENMAN (1992): *The socioeconomic consequences of teen childbearing re-considered*. En *Quarterly Journal of Economics*, vol. 107, n.º 4.
- GONZÁLEZ GARZA *et al.* (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*, vol. 47, n.º 3, mayo-junio.
- HAYES, CHERYL (ed.) (1987): *Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy and childbearing*. Washington D. C.: National Academy Press.
- LASSONDE, LUIS (1997): *Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida habrá en el siglo XXI?* México: UAM y FCE.
- 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*.
- MENDIGURE FERNÁNDEZ, JULIO (2007): *Comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes varones de Lima este*. En *Revista de Ciencias Sociales de la Salud.Lima*. Disponible en <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd5058.pdf>
- MENKES BANCET, CATHERINE y LETICIA SUÁREZ LÓPEZ (2003): *Sexualidad y embarazo adolescente en México*. En *Papeles de Población*, n.º 35, enero-marzo. México: Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.
- MOORE, S. y D. ROSENTHAL (1993): *Sexuality in adolescents*. New York: Routledge.
- OPS (2000): *Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo*. En *Hoja Informativa*, n.º 18.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, ONU (1994): *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto.
- PANTELIDES, EDITH ALEJANDRA (1995): *La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).
- PANTELIDES, E. A. y R. N. GELDSTEIN (1998): *Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos*. En *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad*. Buenos Aires: Aepacedes/Cenep.
- PANTELIDES, EDITH ALEJANDRA; GOGNA, MÓNICA y S. RAMOS (2000): *Concepciones legas de salud y enfermedad: el SIDA según pobladores de un barrio pobre del Gran Buenos Aires*. En EDITH PANTELIDES y S. BOTT (eds.): *Reproducción, salud y sexualidad en América Latina*. Buenos Aires: Biblos/OMS.
- PANTELIDES, EDITH ALEJANDRA y GEORGINA BINSTOCK (2006): *La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico*. Santiago de Chile: Cepal.

- PARRINI ROSES, RODRIGO (1999): *Paternidad en la adolescencia. Estrategias de análisis para escapar del sentido común ilustrado. Explorando en la cuadratura del círculo*. Disponible en: <http://www.biblioteca virtual.clacso.org/ar/librosbecas/1999parrini.pdf>
- PETRACCI, MÓNICA (2007): *Estado de la opinión pública sobre educación sexual, 1994-2006*. Buenos Aires: Cedes.
- PHILIBERT, CHRISTIAN y GÉRARD WEIL (1998): *Accompagner l'adolescence. Du projet de l'élève au projet de vie*. Paris: Editions de la Chronique Sociale.
- ROMÁN PÉREZ, ROSARIO *et al.* (2001): *Riesgos biológicos del embarazo adolescente: una paradoja social y biológica*. En STERN, CLAUDIO y E. GARCÍA (coords.): *Sexualidad y salud reproductiva de adolescentes en México. Aportaciones para la investigación y la acción*. 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*. México: El Colegio de México.
- SCHLAEPFER, R. y C. INFANTE (1996): *Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros*. En LARTIGUE, T. y H. ÁVILA (eds.): *Sexualidad y reproducción humana en México*. México: UIA/Plaza y Valdés, vol. 2.
- STERN, CLAUDIO (1997): *El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica*. En *Salud Pública de México*, vol. 39, n.º 2.
- STERN, CLAUDIO y ELIZABETH GARCÍA (2001): *Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente*. En STERN, CLAUDIO y JUAN GUILLERMO FIGUEROA (coords.): *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*. México: El Colegio de México.
- ULANOWICZ, M. GABRIELA *et al.*: *Riesgos en el embarazo adolescente*. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf
- WELTI CHANES, C. (2000): *Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México*. En *Papeles de Población*, vol. 6, n.º 26..