



**Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales
Escuela de Ciencia Política**

¿Qué miran lxs que miran?

Una aproximación al análisis de las políticas de salud sexual en la adolescencia y juventud en Argentina, desde una mirada integral, de género y derechos humanos.

Luisina Victoria Marquez Bogado.

**Tesina de Grado
Licenciatura en Ciencia Política**

Director: Lic. Luciano Fabbri.
Co-directora: Lic. Paula Negroni.

Rosario
Julio, 2019.

Área temática: Políticas de Salud Sexual en la Adolescencia y Juventud, Estudios de Género y Sexualidad.

Campo problemático: Salud Sexual, Adolescencias y Juventudes, y Enfoque de Género y Derechos Humanos.

Título: "¿Qué miran lxs que miran? Una aproximación al análisis de las políticas de salud sexual en la adolescencia y juventud en Argentina, desde una mirada integral, de género y derechos humanos."

Tema: Análisis de políticas de salud sexual en la adolescencia y juventud en Argentina.

Pregunta Problema: ¿Desde qué enfoque de sexualidad, género y generación se analizan las políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud en Argentina?

Objetivo general: Identificar y revisar críticamente los enfoques de sexualidad, género y generación desde los que se analizan las políticas públicas de salud sexual orientadas a la adolescencia y juventud, reflexionando sobre los indicadores que se utilizan de manera predominante en Argentina.

Objetivos específicos:

1. Identificar y sistematizar los indicadores que se utilizan de manera predominante en Argentina para analizar las políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud.
2. Analizar críticamente los subtextos de sexualidad, género y generación que permean y configuran los indicadores predominantes con que se miden y analizan las políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud.
3. Producir dimensiones desde las cuales revisar críticamente el enfoque de sexualidad, género y generación de los indicadores con que se analizan las políticas de salud sexual en la adolescencia y juventud.

Palabras Claves: Indicadores de Salud Sexual, Sexualidad, Adolescencias, Juventudes.

* **Aclaración:** El texto se propone respetar el lenguaje no sexista. Por tal motivo, se utiliza la letra "x" (lxs) para hacer referencia a un amplio universo de expresiones de género que rebasa la bicategorización reduccionista de "hombres" y "mujeres", permitiendo contemplar las expresiones transexuales, transgéneros, intersex, travestis u otras ya existentes o por existir (Fabbri, 2013).

GLOSARIO:

AyJ: Adolescentes y Jóvenes.

CDN: Convención de los Derechos del Niño

DDHH: Derechos Humanos.

DEIS: Dirección de Estadística e Información de Salud.

DIU: Dispositivo Intra Uterino.

EMSE: Encuesta Mundial de Salud Escolar.

ENCOVNA: Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia.

ENJ: Encuesta Nacional de Jóvenes.

ENIA: Embarazo No Intencional en la Adolescencia.

ENNyS: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

ENSSyR: Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

ESI: Educación Sexual Integral.

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

ILE: Interrupción Legal del Embarazo.

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

ITS / ETS: Infecciones de Transmisión Sexual / Enfermedades de Transmisión Sexual.

LGTBI: Lesbianas, Gays, Bisexuales Transexuales e Intersex.

MAC: Métodos Anticonceptivos.

MDSN: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

MMH: Modelo Médico Hegemónico.

MSAL: Ministerio de Salud.

NNyA: Niñas, Niños y Adolescentes.

NV: Nacidos Vivos

ODNyA: Observatorio de Derechos de la Niñez y la Adolescencia.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPJ: Observatorio de Políticas de Juventudes.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OSSyR: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.

PNSIA: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia.

PNSSyPR: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

SENNAF: Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia.

SIP: Sistema Informático Perinatal.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

VIH / SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.	6
2. METODOLOGÍA.	9
3. Capítulo I. POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD CON ENFOQUE DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS.	14
3.1 Adolescencias y Juventudes en plural.	14
3.2 ¿Qué son las políticas públicas en salud sexual?	16
3.3 ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexualidad? (o La sexualidad como producto de relaciones sociales de poder.)	19
3.4 Modelos de sexualidad: Sexualidad asociada a lo biológico-reproductivo Vs. Sexualidad integral con enfoque de género y derechos humanos.	21
3.5 Enfoque de Género	25
3.5.1 ¿Qué es el Enfoque de Género?	25
3.5.2. Genealogía de los conceptos Sexo y Género.	26
3.5.4 Del binarismo sexo- género al reconocimiento de la diversidad humana.	29
3.6. Enfoque de Derechos Humanos.	33
3.6.1. Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos Fundamentales.	34
3.6.2 Algunos principios de los Derechos Humanos.	36
3.6.3. Marco normativo de salud sexual de adolescentes y jóvenes	38
4. Capítulo II. INDICADORES DE SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.	43
4.1. La producción de información como insumo básico para la toma de decisiones en el ciclo de la política pública.	43
4.2 ¿Qué son los indicadores?	44
4.3. Algunas reflexiones en torno a la construcción de la información	46
4.4. Indicadores de Salud Sexual preponderantes en Argentina. Énfasis en la población adolescente (10 a 19).	48
4.4.1 Embarazo o Fecundidad (y sus causas y consecuencias.)	49
4.4.2. Inicio sexual.	52
4.4.3 Métodos Anticonceptivos (MAC)	53
4.4.4. Mortalidad Materna.	54
4.4.5. Mortalidad Perinatal e Infantil y Nacidos Vivos Pre-término y Bajo Peso.	55
4.4.6. Aborto.	56
4.4.7. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).	57
4.4.8. Violencia	59

5. Capítulo III. ¿QUÉ MIRAN LXS QUE MIRAN? ANÁLISIS DE LOS SUBTEXTOS DE SEXUALIDAD, GÉNERO Y GENERACIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD SEXUAL.	60
5.1. Incapacitación de Adolescencias y Juventudes.	61
5.2. Adolescencias y Juventudes en transición (o como “seres del futuro”).	67
5.3. Heterosexismo y Coitocentrismo: Sexualidad asociada a la reproducción.	71
5.4. Cisexismo: o la presunción del cisgénero como lo “normal”.	77
5.5. “Mujerismo” de la salud sexual.	81
6. Capítulo IV. ALGUNOS APORTES A LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES CON PERSPECTIVA DE SEXUALIDAD INTEGRAL, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS.	86
6.1 Reflexiones Finales.	86
7. BIBLIOGRAFÍA.	92
7.1. Bibliografía general.	92
7.2. Publicaciones y fuentes de información analizadas.	95
ANEXOS	98
ANEXO 1:	99
Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018	99

1. INTRODUCCIÓN.

En Argentina, la historia de la política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos, junto a la incorporación del enfoque de derechos humanos, género y diversidad sexual a las políticas públicas es un hecho relativamente reciente.

La cuestión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos adquirieron relevancia internacional en la década del ochenta: las infecciones de transmisión sexual y en particular la epidemia del VIH – SIDA pusieron en agenda la necesidad de abordar estas temáticas. Sumado a ello, diversas luchas sociales, como las sostenidas por el movimiento de mujeres y de las diversidades sexuales, visibilizaron los modos de subordinación vinculados con la condición sexuada de los cuerpos y pusieron en debate la posibilidad de vivir la sexualidad de una manera más libre (Morgade, 2011), promoviendo y contribuyendo a la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en la agenda pública nacional y provincial (PNSSyPR, 2013).

Frente a este contexto, y a partir de la restauración de la democracia, la salud y derechos sexuales y reproductivos comenzaron a ocupar un lugar en la agenda pública argentina. Los debates políticos y las experiencias desarrolladas desde distintos ámbitos gubernamentales y no gubernamentales llevaron a la sanción de diferentes leyes referidas a la cuestión: la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), la anticoncepción quirúrgica, la ley de Educación Sexual Integral (ESI) en las escuelas, la inclusión educativa de las estudiantes madres, el parto respetado, la ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, la ley de identidad de género y el matrimonio igualitario. Estas nuevas normas -que impactan de forma más o menos directa en la accesibilidad y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos- marcan un cambio de paradigma: desde una noción de “control de natalidad”¹ a un paradigma de “garantía de derechos” (PNSSyPR, 2011), donde la salud y la salud sexual son reconocidos como derechos humanos.

¹ Durante largo tiempo, el lento crecimiento demográfico, producto del declive de la tasa bruta de natalidad, dio forma y argumentos a una ideología pro-natalista que permeó las políticas y programas de población y de salud pública en la Argentina (Llovet, Ramos, 1986), limitando y/o impidiendo la existencia de servicios que orientaran sobre el uso de métodos anticonceptivos. Esta política pro natalista alcanzó su punto máximo de expresión a través del decreto 659 de 1974, que dispuso la prohibición de actividades destinadas al control de la natalidad, estableció medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, y la realización de una campaña de educación sanitaria que destaque los riesgos de las prácticas anticonceptivas. Estas medidas se mantuvieron vigentes durante el proceso de Reorganización Nacional 1976-1983 bajo el decreto 3938/77 para ser derogadas por el gobierno de Raúl Alfonsín por medio del Decreto Nacional 2274/86 del 5 de diciembre de 1986 (Cepeda A., 2008).

Sin embargo, el presente trabajo parte de la hipótesis de que el proceso de incorporación del enfoque de género y derechos humanos a las políticas públicas de salud sexual, es contradictorio y con limitaciones, en la que siguen conviviendo formas hegemónicas –que en esta tesina caracterizaremos como hetero-cis-sexistas, biológica y reproductiva- de entender a la sexualidad y al género. Esto se complejiza aún más cuando analizamos las políticas de salud sexual dirigidas a adolescentes y jóvenes, donde sigue primando una mirada adultocéntrica que no reconoce a adolescentes y jóvenes como sujetxs de derechos, con autonomía para decidir sobre su propio cuerpo y sexualidad.

Se hace foco en esta población por varios motivos. En primer lugar, porque la gran mayoría de los estudios de salud sexual están orientados a adolescentes y jóvenes. En segundo lugar, porque lxs niñxs, adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva; ya que en esta franja etaria se amplifican las dificultades para obtener información clara, completa y oportuna sobre salud sexual, recibir atención de manera confidencial, respetuosa y amigable, y acceder a métodos anticonceptivos y prácticas médicas de forma autónoma. Los obstáculos son mayores cuando la variable generacional se articula y entrelaza con otras categorías como la clase social, el género, la raza o etnia, que en su conjunto van a determinar vulnerabilidades y riesgos específicos, afectando la vida de las personas de manera particular de acuerdo a las estructuras de poder existentes en una sociedad y momento histórico determinado². La vulneración de estos derechos, sumado a los roles y estereotipos que reproduce la sociedad patriarcal³, exponen a adolescentes y jóvenes a vivir sus sexualidades con presiones, riesgos, violencias y discriminación. Esto se complejiza aún más en el contexto político actual caracterizado por una “avanzada” conservadora contra “la ideología de género” a nivel nacional y regional con lemas que afirman “con mis hijxs no te metas”, y un contexto económico de ajuste y

² En el año 1989, la profesora de Derecho especializada en etnia y género y activista feminista, Kimberlé Crenshaw bautizó esta superposición de problemáticas como “interseccionalidad”, fundando así una nueva corriente del feminismo: el “feminismo interseccional”.

³ El patriarcado es “una forma de organización política, económica, religiosa y social basada en la idea de autoridad y liderazgo del varón, en la que se da el predominio de los hombres sobre las mujeres; del marido sobre la esposa; del padre sobre la madre, los hijos y las hijas; de los viejos sobre los jóvenes y de la línea de descendencia paterna sobre la materna” (Dolors Reguant citada en Varela, 2008). “... es un “régimen de jerarquías depositadas en los grupos masculinos que someten a las mujeres y también a jóvenes y niños (...) es un sujetador de quienes están abajo de la condición vigorosa de un macho (...) prominente desde el punto de vista del poder” (Barrancos D. en Red de instituciones que trabajan con Adolescencia y Juventudes en Rosario 2015:32)

desmantelamiento de las políticas y programas de salud sexual (que incluye la eliminación del actual Ministerio de Salud de la Nación Argentina); coexistiendo "paradójicamente" con la cuarta ola feminista, marcada por manifestaciones multitudinarias que denuncian la violencia contra las mujeres, la demanda de ESI y "Aborto Legal, Seguro y Gratuito", entre otros.

Por último, este estudio se centra en las políticas públicas de salud sexual dirigidas a adolescentes y jóvenes, atravesado por motivaciones e intereses propios, debido a que trabajo -desde hace algunos años- en un espacio específico de salud sexual y salud integral en la niñez, adolescencia y juventud, la "Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe". Dentro de este espacio, me he desarrollado como tallerista en salud sexual, coordinadora de políticas de salud en la adolescencia y juventud, y como una de las referentes provinciales del Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación.

Desde este lugar y ante el presente contexto es que he comenzado a cuestionar acerca de los enfoques con que actualmente se produce información y se analizan las políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud intentando develar, de manera crítica, cuáles son los imaginarios y subtextos que permean y configuran las políticas públicas de salud sexual en esta población y los datos e indicadores que se construyen para analizarla; reproduciendo discursos de poder-verdad sobre la sexualidad de adolescentes y jóvenes.

Los subtextos son entendidos como "lo no dicho pero intuido en los discursos" (Munévar, 2014:80), siendo el discurso una forma de acción social, que está atravesado por subjetividades que se construyen socialmente. Estas interacciones ocurren en espacios concretos y permiten comprender cómo los saberes han servido para representar los imaginarios sobre la sexualidad, el género y las generaciones, para expresar la cultura, el espíritu y el pensamiento hegemónico en cada contexto socio-histórico particular. Por estos espacios circulan conceptos de lo que significa ser "mujer", "varón", "femenino", "masculino", "adolescente", "joven" como parte de la construcción de una serie de prácticas discursivas que re-producen conocimiento, inmovilizan subjetividades, promueven ideologías y se convierten en un medio para transmitir creencias, convenciones, valores, prejuicios y estereotipos (Munévar, 2014).

Se parte de entender que: 1) el uso de información estratégica de salud es una herramienta clave para orientar y guiar la toma de decisiones en el ciclo de las políticas públicas, reorganizar los servicios de salud y movilizar recursos; y que 2) en toda producción de conocimiento subyacen matices ideológicos que es preciso develar dado que “la ciencia no es neutra ni tampoco los que hacen ciencia” (Güezmes, 2004:4 citado en Munévar, 2014:82-83); por lo que el enfoque, paradigma o forma de ver el mundo desde el cual nos paremos, incidirá fuertemente en la manera en que se miren y analicen las políticas públicas. Por ello, nos preguntamos: ¿cuáles son las miradas y enfoques que permean la producción de información de las políticas de salud sexual dirigidas a la adolescencia y juventud? ¿Qué concepciones de género y sexualidad están en juego? ¿Qué se entiende por adolescencia y juventud? ¿De qué manera los subtextos de género, generación y sexualidad configuran a lxs sujetxs destinatarixs de esas políticas públicas?

Atento a todo lo expuesto anteriormente, el presente trabajo tiene como objetivo indagar desde qué enfoque de sexualidad, género y generación se analizan las políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud, reflexionando sobre los indicadores que se utilizan de manera predominante en Argentina.

Para ello, en primer lugar, se procura identificar y sistematizar los indicadores de salud sexual en la adolescencia y juventud que se utilizan predominantemente en nuestro país. En segundo lugar, analizar de manera crítica los subtextos de sexualidad, género y generación que permean y configuran los indicadores con que se miden y analizan las políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud. Por último, producir dimensiones desde las cuales revisar críticamente el enfoque de sexualidad, género y generación de los indicadores con que se analizan las políticas de salud sexual para adolescentes y jóvenes; contribuyendo de esta manera a la construcción de indicadores para el análisis de las políticas de salud sexual para este grupo etéreo, desde enfoques que garanticen los derechos humanos y recuperen las aportaciones críticas de los estudios de género y la diversidad sexual a los análisis de políticas públicas en salud.

2. METODOLOGÍA.

Para lograr los objetivos propuestos, en primer lugar, se llevó a cabo una etapa exploratoria o de recopilación bibliográfica, donde se realizaron una serie de

indagaciones preliminares sobre estudios, investigaciones y trabajos existentes de políticas de salud sexual, con énfasis en la adolescencia y juventud⁴. Se hizo foco, en estudios que aborden la temática desde “el enfoque de género y derechos humanos”.

En segundo lugar, se relevaron los datos e indicadores que se utilizan de manera predominante para analizar y medir las políticas de salud sexual de adolescentes y jóvenes en Argentina, observando las publicaciones y fuentes primarias de información en que se basan esos indicadores, y bajo qué perspectivas, es que se miran esos datos.

Para ello, se tomaron como referencia los indicadores publicados por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR) de Argentina, los indicadores de salud para población adolescente del Programa SUMAR, estudios realizados por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) que revelan datos estadísticos de la población en relación a la salud sexual y reproductiva, y los datos de las últimas publicaciones que refieren al estado de salud de la población de niñas, adolescentes y jóvenes del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Argentina. Además se consideraron los datos estadísticos publicados en el plan estratégico de la Dirección de SIDA y ETS, y en la planificación y puesta en marcha del Plan Nacional de Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) de Argentina⁵.

A continuación se detallan títulos y años de las publicaciones relevantes consultadas:

Cuadro Nº 1. Publicaciones sobre indicadores de salud sexual en la adolescencia y juventud. Argentina 2011-2017.

PROGRAMA/INSTITUCIÓN	TITULO	AÑO PUBLICACIÓN
OSSyR Argentina.	Indicadores publicados	Publicados en la página web oficial al 31/12/2018 ⁶
PROGRAMA SUMAR. MSAL Argentina.	Indicadores de salud del Programa SUMAR para adolescentes.	Actualización Mayo 2016

⁴ Se analizarán publicaciones y estudios realizados por organizaciones y programas nacionales de 2011 a 2018, inclusive, y las fuentes de información primaria que citan esos estudios, poniendo como fecha límite el 2003, año de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

⁵ No se encontraron otros informes públicos y relevantes de otros programas u organismos públicos sobre indicadores de salud sexual y reproductiva en la adolescencia y juventud para el período analizado. Asimismo, se consultó a referentes de los programas ESI, PNIA y PSSyPR sobre informes relacionados con indicadores de salud sexual, en cuya respuesta no se obtuvieron otros estudios más que los mencionados.

⁶ Disponibles en: <http://www.ossyr.org.ar/indicadores.php>

PNSSyPR. MSAL Argentina.	Políticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011.	2011
PNSSyPR. MSAL Argentina. // INDEC	Análisis de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años.	2013
PNSIA. MSAL Argentina. // UNICEF Argentina	Situación de Salud de las y los adolescentes en la Argentina.	2016
UNICEF	Estado de Situación de la Niñez y Adolescencia en Argentina.	2016
UNICEF	El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina. Un análisis basado en evidencia.	2017
Dirección de SIDA y ETS. MSAL Argentina.	Plan Estratégico Nacional de VIH-SIDA, ITS y Hepatitis Virales. 2013-17.	2013
Plan ENIA. Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social y MSAL Argentina.	Plan nacional de prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA) 2017-2019.	2017

Fuente: elaboración propia.

En la mayoría de los estudios mencionados, se citan diversas fuentes primarias de información. Para la realización de este análisis se consultaron, aquellas más mencionadas. Estas fueron: los datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, entre los que destacamos los informes de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), como “Estadísticas Vitales” e “Indicadores específicos para población de 10 a 19 años”; los registros del Sistema Informático Perinatal (SIP); publicaciones de la Dirección de SIDA y ETS, como los “Boletines Epidemiológicos”, y encuestas realizadas en los últimos años. Entre las encuestas más nombradas se encuentran la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) 2013; la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2007 y 2012, Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2007 y la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ENCOVNA) 2011-2012. En menor medida, se menciona a la Encuesta Nacional de Jóvenes (ENJ) 2014.

A continuación se detallan las fuentes primarias de información consultadas, y los años de realización y/o publicación de las mismas.

Cuadro Nº 2. Fuentes primarias de información sobre indicadores de salud sexual. Argentina 2007 - 2018.

ORGANISMO RESPONSABLE	FUENTE PRIMARIA DE INFORMACIÓN	AÑO
DEIS. MSAL Argentina.	Estadísticas Vitales	2016 (publicado en 2017)
	Indicadores específicos para población de 10 a 19 años	Boletín Número 157. Año 2016 (publicado en 2018).
DINAMIA. MSAL Argentina.	Sistema Informático Perinatal (SIP) - Historia Clínica Perinatal (HCP) ⁷	Formulario 2018.
Dir. SIDA y ETS. MSAL Argentina.	Boletines Epidemiológicos de SIDA y ETS.	Boletín Nº 34 (2017) y Nº 35 (2018)
PNSSyPR. MSAL Argentina. // INDEC	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR)	2013
Dir. Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. MSAL Argentina, Ministerio de Educación de la Nación y OPS.	Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE)	2007 y 2012
Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. MSAL Argentina.	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)	2005
SENNAF. Ministerio de Desarrollo Social Argentina.	Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ENCOVNA)	2011-2012
INDEC.	Encuesta Nacional de Jóvenes (ENJ)	2014

Fuente: elaboración propia

Una vez recopilada toda la información, se realizó una sistematización y análisis de los indicadores de salud sexual en la adolescencia y juventud predominantes en los estudios de salud sexual en Argentina, identificando subtextos –“lo no dicho pero

⁷ Para analizar los datos que se cargan en el SIP, se observó la Historia Clínica Perinatal (HCP) que es la planilla donde se registran los datos que después se cargan al SIP. En la misma se registran datos relativos al embarazo, el parto y el puerperio; e información neonatal.

intuido en los discursos” (Munévar, 2014:80)- de sexualidad, género y generación, a fines de intuir imaginarios, saberes y creencias existentes detrás de la construcción de estos indicadores. Para ello, se recurrió a la técnica de observación de datos o documentos, incluyendo el análisis de las fuentes primarias identificadas: datos estadísticos, encuestas, registros, etc.

Para realizar un análisis crítico de los subtextos de sexualidad, género y generación se crearon las siguientes categorías de análisis, cuyo marco teórico se desarrolla en el capítulo I (punto 3).

Cuadro Nº 3. Subtextos de Sexualidad, Género y Generación.

	Tradicional / Hegemónico	Crítico / Contra-hegemónico.
Subtexto de Sexualidad	Biologista y Reproductivo	Integral y como DDHH.
Subtexto de Género	Naturalización del Sexo	Sexo y género como construcción socio-cultural
	Hetero-sexista, Cis-sexista, Coito-centrista, Monosexista, Monogámico, Alosexista,	Sexualidades, prácticas sexuales e identidades de géneros múltiples, diversas y plurales
	Androcentrista	Feminista
Subtexto de Generación	Adulto-céntrico. Enfoque tutelar	Enfoque de promoción de derechos y juventudes
	AyJ como objetos de tutela	AyJ como sujetxs de derecho
	AyJ como seres en transición, del “futuro”	AyJ como seres heterogéneos, con trayectorias no-lineales

Fuente: elaboración propia

Finalmente, para revisar críticamente los subtextos de sexualidad, género y generación identificados, que permean y configuran los indicadores y políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud, se construyeron 5 dimensiones de análisis. Estas fueron: (1) Incapacitación de Adolescencias y Juventudes; (2) Adolescencias y Juventudes en transición (o como “seres del futuro”); (3) Hetero-sexismo y Coitocentrismo: Sexualidad asociada a la reproducción; (4) Cissexismo: o la presunción del cisgénero como lo “normal” (5) “Mujerismo” de la salud sexual (desarrollados en el punto 5).

3. Capítulo I. POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD CON ENFOQUE DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS.

3.1 Adolescencias y Juventudes en plural.

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayoría de los estudios de salud sexual en la Argentina definen a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años, dividiendo a este periodo en dos momentos: la adolescencia temprana, que comprende desde los 10 hasta los 14 años, y la adolescencia tardía, que incluye desde los 15 hasta los 19 años (OMS, 1979). De acuerdo con la OMS (2014) y el Comité de Derechos del Niño (Observación General Nº 12, 2003) la adolescencia es un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognitivos y sociales - incluida la madurez sexual y reproductiva – que hacen de esta etapa del curso de la vida, un momento único.

Desde el paradigma de protección y promoción de derechos humanos, se entiende a lxs niñas, niños y adolescentes (NNyA) como sujetxs plenos de derecho, con capacidades y potencialidades, que toman decisiones sobre lo que les afecta, que opinan, proponen, se expresan y buscan ser escuchadxs. Desde este enfoque, lxs adultxs no deciden por ellxs, sino que lxs acompañan para que puedan tomar sus propias decisiones, otorgándoles información comprensible y necesaria para tal fin. De esta manera, se busca facilitar el desarrollo autónomo de niñxs y adolescentes y habilitarlxs de manera directa al ejercicio de sus derechos, abandonando el concepto rígido de “incapacidad” para centrarse en las capacidades y competencias que poseen y el acompañamiento necesario para ejercerlos (PNSIA, 2015)⁸.

Sin embargo, en la actualidad, sigue primando una mirada que entiende a niñxs y adolescentes como objetos de tutela y propiedad⁹ (Observatorio de los derechos de la niñez y la adolescencia Santa Fe, 2013). Bajo la concepción de la niñez y la adolescencia como “objeto de protección”, sus derechos son vulnerados, sus opiniones no son

⁸ El paradigma de protección y promoción de derechos humanos es parte del “enfoque de derechos humanos”, y tiene en cuenta al marco normativo de salud sexual de AyJ. Ambos se encuentran exployados en el punto 3.6.del presente texto.

⁹ El paradigma tutelar caracteriza a NNyA como inferiores respecto de las personas adultas, considerándolos “incapaces” de hacerse cargo de sus propios asuntos. De este modo, las personas “capaces” - sus progenitores o el Estado - toman las decisiones en su nombre. El NNyA queda relevado de participar en sus asuntos, su voluntad es sustituida para protegerlxs “supuestamente” en su propio beneficio. Bajo este modelo, el consentimiento informado para la atención y los tratamientos médicos lo dan directamente sus “representantes”, sin consideración de la voluntad o la opinión del llamado “menor de edad” (PNSIA, 2015).

escuchadas ni tenidas en cuenta, no deciden por sí mismxs, y son consideradx incapaces e inmadurxs; siendo más sensibles a todas formas de abuso, violencia y/o de explotación.

Por juventud, se entiende generalmente a personas de 15 a 25 o 30 años. No se trata de una noción etaria ya que no tiene un marco temporal fijo. Si bien la edad, entendida como referente biológico, permite delimitar la condición juvenil, no la define de manera exclusiva, pues asume características distintas en diferentes sociedades y momentos históricos. Este concepto no se define por procesos biológicos sino principalmente por procesos socio-culturales, que determinan la adopción de distintos estilos de vida. Esta heterogeneidad y dinamismo da cuenta del principal rasgo que guarda el concepto de juventud: el de ser una construcción teórica definida de acuerdo a una sociedad y tiempo particular (OPJ, 2013).

La juventud es un concepto relacional, es decir “se define en relación a”. Por un lado, en función de la relación joven/adulto que, por lo general, es una relación asimétrica en favor de lxs adultxs, que se convierten en el punto de referencia del “deber ser” al que lxs jóvenes deberían alcanzar. La concepción del mundo, vista desde esa relación asimétrica en favor de lxs adultxs es conocida como adultocentrismo (Duarte Quapper, 2000). Por el otro lado, se define de acuerdo a otras relaciones: territoriales, de clase, de género, étnicas, etc.; que genera que la condición juvenil sea vivida y expresada de diferentes formas, lo que lleva a identificar que no existe una única forma de ser joven, sino muchas (OPJ, 2013). Tanto la categoría adolescencia como la de juventud no son categorías homogéneas ni universales: las diferentes edades dentro de esa franja etaria, el género, la etnia y el grupo socioeconómico imprimen diferencias sustanciales en las condiciones y los modos de vida de adolescentes y jóvenes (AyJ). Atento a ello, el presente trabajo prefiere utilizar el término adolescencias y juventudes en plural, admitiendo la emergencia de diferentes modos de vida, identidades y culturas juveniles, y reconociendo su carácter histórico, cambiante y múltiple (Reguillo Cruz, 2000 citado en PNSIA, 2015).

Desde el enfoque de juventudes, las trayectorias juveniles son cambiantes y heterogéneas, dejando de existir la visión “etapista”, de un tránsito lineal desde transformaciones biológicas, la permanencia en el sistema educativo, el ingreso en el

mercado laboral y la emancipación del hogar de origen, y apareciendo trayectorias reversibles, combinadas y diversas (Miranda, 2006 citado en OPJ 2017:31).

No obstante, retomando a Mariana Chávez (2005), existen diversas representaciones sociales¹⁰ acerca de lo que se cree que son lxs jóvenes: joven como ser inseguro de sí mismo, como ser en transición, como ser no productivo, como ser incompleto, como ser desinteresado y/o sin deseo, como ser desviado, como ser peligroso, como ser victimizado, como ser rebelde y/o revolucionario y/o como ser del futuro¹¹. Siguiendo a la autora, estos discursos refuerzan miradas hegemónicas sobre la juventud que responden, tomando la propuesta foucaultiana, a los modelos jurídico y represivo del poder (Foucault, 2000). De este modo, sostiene que “...la juventud está signada por «el gran NO», es negada (modelo jurídico) o negativizada (modelo represivo), se le niega existencia como sujeto total (en transición, incompleto, ni niño ni adulto) o se negativizan sus prácticas (juventud problema, juventud gris, joven desviado, tribu juvenil, ser rebelde, delincuente, etc.)” (Chávez, 2005:26).

Desde estas representaciones sociales se configuran subtextos de sexualidad, género y generación que permean las políticas públicas de salud sexual destinadas a AyJ. De este modo, desde imaginarios de jóvenes desinformadxs, “con actitudes riesgosas”, “no aptxs” para tomar sus propias decisiones; las políticas en salud sexual se guían a informar y prevenir “situaciones de riesgo”, como enfermedades y embarazos, y hasta definir cuáles son las decisiones que tienen que tomar lxs AyJ para no interrumpir trayectorias de vida “saludables”, “esperadas” y “deseadas”. Pero ¿saludables, esperables y deseables para quién? Retomaremos estas discusiones en el apartado 5.

3.2 ¿Qué son las políticas públicas en salud sexual?

Las políticas públicas refieren a procesos políticos y sociales que se desarrollan en un lugar y tiempo determinado, es decir están histórica y socialmente situadas, y suponen la configuración de un campo de disputa de múltiples actores involucradxs¹² y

¹⁰ Se entiende por representaciones sociales a “una forma de conocimiento de lo cotidiano. Básicamente la noción de representación social está tomada de los desarrollos de Denise Jodelet (1986) desde la psicología social, para quien, [es un] conocimiento práctico. Al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por sernos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad (Jodelet, 1986).” (Chávez, 2005:12)

¹¹ Véase Chávez, M. 2005 “Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea”; pág. 14 a 17.

¹² Se entiende por actores a toda organización, grupo e individuo con capacidad de intervención.

paradigmas de conocimientos, visiones del mundo e intereses distintos. Es decir, que son el resultado de un proceso social, político, económico y cultural en el que participan diferentes actores sociales (Nirenberg, 2010).

Retomando los aportes de Oszlak y O'Donnell (1976) la política pública puede comprenderse como un proceso social que se recorre en torno a una "cuestión", es decir, asuntos "socialmente problematizados", que se incorporan a la agenda de problemas socialmente vigentes. En ese proceso, existirán tantas tomas de posiciones como actores relevantes se hayan involucrado. Sin embargo el posicionamiento del Estado – ya sea de omisión u acción – configura ya una política, que a su vez puede reconfigurar, resolver o disolver una cuestión. De este modo, el término "política pública" será entendido como "un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil" (Oszlak y O'Donnell, 1976:565).

De todas maneras, las decisiones o acciones del Estado no son unívocas, homogéneas ni inmutables; ya que en su interior coexisten multiplicidad de actores y dispositivos con perspectivas diferentes respecto de una misma cuestión. Es el gobierno quien sintetiza esas diferencias, dándole a la política pública una direccionalidad y curso específico.

Como señala Medellín Torres (1997), "la política pública es la dirección que sigue un Estado al ejercer la facultad de gobernar" (p.10). De este modo, es entendida como el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para dar respuesta a los problemas que en un momento determinado diversos actores, y el propio gobierno, consideran prioritarios. Lo que los gobiernos hacen, y dejan de hacer, para hacer frente a los problemas socialmente vigentes.

El presente trabajo tiene como objeto de estudio a las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, haciendo foco en la población adolescente y joven.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende a la salud de manera integral, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946). En este sentido, la salud es el resultado de una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales. Según la Declaración de Alma Ata la salud es un derecho humano fundamental, "y el logro del

grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (Alma Ata, 1978).

Siguiendo las anteriores citas, se entiende a la salud de manera integral y como un derecho. Sin embargo, creemos que hablar de “un estado de completo bienestar” es una idealización. Floreal Ferrara enuncia al respecto que, la salud no tiene que ver con la adaptación sino con la lucha por resolver conflictos. Para este autor la salud es “la lucha por alcanzar un 'óptimo vital' tendiente a que el hombre y la mujer, los niños y las niñas sean felices y puedan avanzar, desarrollarse continuamente en su vida” (Ferrara, 2005:30). De tal forma, la salud surge de la actuación de las personas frente a sus conflictos y a la solución de los mismos, aunque para ello deban respetar o modificar la situación física, mental o social en la que viven.

Por otro lado, y en concordancia con la definición de la OMS, la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de El Cairo 1994, entiende a la salud reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. De este modo, la salud reproductiva entraña la capacidad de procrear y disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Incluye también la salud sexual, abordando el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no sólo el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (Párrafo 7.2 de Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 5-13 de setiembre de 1994).

De esta definición emerge un subtexto de sexualidad que afirma que “la salud sexual es salud reproductiva” negando cualquier otro tipo de prácticas y expresiones sexuales posibles que no tengan por fin la reproducción. La reproducción puede ser una parte de la sexualidad, pero no siempre lo es¹³. Por eso, preferimos hablar de políticas de salud sexual en lugar de salud sexual y reproductiva, entendiendo que la reproducción es, o mejor dicho, puede ser (o no) una parte de la sexualidad, y no al revés como está planteada en la anterior cita.

¹³ Retomaremos estas discusiones en los siguientes apartados.

Teniendo en cuenta todo lo antedicho, se entiende a las políticas de salud sexual como aquellas políticas públicas dirigidas al bienestar físico, mental y social de la población, en el ámbito de la sexualidad. Ahora bien, ¿qué es la sexualidad?

3.3 ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexualidad? (o La sexualidad como producto de relaciones sociales de poder.)

*“Vivir es vivir una vida políticamente, en relación con el poder, en relación con los otros” (Butler, *Deshacer el género*, 2006: 65).*

Una de las definiciones más difundidas de sexualidad es la de la OMS, que la considera como un aspecto central de las personas a lo largo de la vida, desde que nacen hasta que mueren. Muchas veces se asocia el término como sinónimo de sexo, genitalidad, relaciones sexuales o reproducción, sin embargo, el concepto de sexualidad es mucho más amplio e integral. Incluye al erotismo, el placer, la intimidad, la orientación sexual, las identidades y los roles o estereotipos de género. Se experimenta y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones, aunque no todas ellas se vivencian o expresan siempre (OMS, 2006).

La sexualidad es una construcción social que se desarrolla en la interacción con otras personas -en la familia, las instituciones por las que se transita, los grupos sociales y la sociedad en general- y está influida tanto por factores biológicos como por aspectos psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

En palabras de Graciela Morgade (2011), la sexualidad “está en todas partes” porque es una dimensión de la construcción de la subjetividad, donde “devenir sujeto” es, entre otras cuestiones, “construirse socialmente en un cuerpo sexuado” (Morgade, 2006:40). Esta construcción no es algo “estanco” que se da de una vez y para siempre, sino que se encuentra en un constante fluir, que “está siendo”. La forma en la que experimentamos con nuestros cuerpos es un constante devenir imprevisible, que puede cambiar con las experiencias que vamos teniendo a lo largo del tiempo. Es decir, que la sexualidad puede variar a lo largo de la vida (PNSIA, 2017).

Entender a la sexualidad de manera integral, es concebirla desde una mirada amplia, que tiene en cuenta los aspectos biológicos pero además también los

psicológicos, sociales, culturales, afectivos, morales, etc. De este modo, el concepto de sexualidad “trasciende ampliamente a la genitalidad, a la cuestión biológica y fisiológica del sexo y constituye el modo particular de habitar el cuerpo sexuado en una etapa de la vida, en un momento social, en una cultura [...] se trata del cuerpo como producto histórico” (Morgade, 2006:40). De esta manera, las distintas determinaciones sociales, económicas, culturales, simbólicas, de género, étnicas, religiosas, de generación, de clase sociales, etc., intervienen en el modo en el que cada persona vive y expresa su sexualidad, y por ello pensar a la sexualidad como una cuestión “natural” es un reduccionismo. Según Morgade, la biologización de las prácticas socio-históricas, establecidas como “naturales”, es un recurso utilizado para la pervivencia de las relaciones de poder y de saber hegemónicas¹⁴ en que se inscriben los cuerpos.

Siguiendo a Foucault (1998), concebimos al poder como una relación de fuerzas. No es algo que se da, ni se intercambia, ni se retoma, no le pertenece a alguien ni se encuentra localizado en un lugar particular, ni en una institución ni en el Estado, no se puede almacenar ni apropiar, sino que está en todas partes, se ejerce en una red de relaciones sociales, y nos atraviesa en tanto individuos inmersos en esta, estando siempre en situación de sufrirlo y, también, de ejercerlo. De esta manera, el poder transita por los individuos, y por ello, no podemos ser considerados por fuera de las relaciones de poder.

El poder es aceptado y se consolida en la medida en que “no sólo pesa como potencia que dice no, sino que cala de hecho; produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos; hay que considerarlo una red productiva que pasa a través de todo el cuerpo social en lugar de una instancia negativa que tiene por función reprimir” (Foucault, 2000:137). De este modo, el poder no sólo funciona en términos coactivos, violentos sino que también produce discursos, efectos de verdad, saber y conocimiento.

El poder no existe en un único acto, “Esto es así porque la construcción del poder no sólo se realiza en el tiempo, sino que es en sí misma un proceso temporal que opera

¹⁴ Según Gramsci (1891-1937) la hegemonía existe cuando los sectores dominantes no sólo son capaces de coaccionar a sectores dominados, sino que logra ejercer control total en las formas de relación y producción de éstos y el resto de la sociedad. Este dominio no se basa exclusivamente en la capacidad de las clases dominantes de coaccionar a los sectores dominados, de alcanzar su obediencia y subordinación a través del ejercicio de la fuerza, sino también a través del consenso. Así, muchas veces este proceso no posee un carácter explícito, sino que más bien se da de manera sutil. En ese sentido, la clase social subordinada adopta las concepciones de la clase dominante y las incorpora a su repertorio ideológico, hecho ligado a lo que comúnmente se denomina “sentido común”.

a través de la reiteración de normas, llegando a emerger bajo su agencia tanto lxs "sujetxs" como los "actos". De esta manera, no habrá ningún poder que actúe solo, hay una actuación reiterada que se hace poder en virtud de su persistencia e inestabilidad" (Butler, 2002:28). De este modo, el poder es aquello que, de alguna manera, produce la naturalización y la normalización de ciertas relaciones sociales (Foucault, 1998).

Las relaciones entre la sexualidad y el poder se entrelazan para constituir la naturalización y normalización de lo sexual, y las formas que deben adoptar sus manifestaciones: delimitando los cuerpos, identidades, expresiones y prácticas sexo-afectivas legítimas, naturales, normales, aceptables de lo ilegítimo, anormal, pecaminoso o patológico. De este modo, la sexualidad se encuentra atravesada por mecanismos de control y disciplinamiento, y discursos que la producen y constituyen.

Retomando los aportes de Foucault, se sostiene que la sexualidad es una cuestión política, y que el significado que se le otorgue al concepto de sexualidad, las dimensiones que se incluyen en esas definiciones, los discursos de verdad y normas que regulan "qué" hacer con la sexualidad y "cómo" vivirla, son producto de relaciones sociales de poder.

De esta forma, existen diferentes formas de entender a la sexualidad. A continuación, se mencionan aquellos modelos que se consideran relevantes para el análisis.

3.4 Modelos de sexualidad: Sexualidad asociada a lo biológico-reproductivo Vs. Sexualidad integral con enfoque de género y derechos humanos.

Retomando la categorización de Morgade (2006, 2011), existen modelos tradicionales que asocian la sexualidad con la reproducción y un único modelo de familia posible, monogámico y patriarcal, legitimado sobre la división jerárquica y binaria varón/mujer. La autora denomina a estos modelos como: biólogo, bio-médico y moralista.

El modelo biólogo, reduce a la sexualidad a sus aspectos anatómicos y fisiológicos, dejando por fuera los elementos vinculados al disfrute del cuerpo, el placer, las emociones y las relaciones humanas. Bajo este paradigma la sexualidad se reduce al desarrollo de los órganos sexuales y al encuentro de sólo dos órganos sexuales posibles, los "femeninos" y los "masculinos", en relaciones sexuales para la reproducción. Según

Diana Maffía (2003) “Una sexualidad aplicada a la reproducción reduce las relaciones sexuales a la penetración del pene del varón en la vagina de la mujer. Cualquier otra práctica será viciosa y pecadora. El fin de la etapa reproductiva (o el no inicio del ciclo menstrual)¹⁵ en las mujeres elimina inmediatamente su sexualidad” (pág. 8). De este modo, bajo esta mirada de la sexualidad, el foco está puesto en la “edad reproductiva”, eliminando la sexualidad en la niñez y en la vejez, y la existencia de cualquier otra práctica sexual que no tenga por fin la reproducción.

Este abordaje biólogo suele complementarse con una perspectiva “médica” o “bio-médica” que cobra fuerza en los 80 con la pandemia del VIH/SIDA y la preocupación por los altos índices de embarazo en la adolescencia.

El modelo biomédico aborda la sexualidad desde lo biológico y poniendo énfasis, además, en las relaciones sexuales y sus riesgos, en la “amenaza” de las enfermedades y los “efectos no deseados”, sin contemplar no sólo el contenido asociado a los sentimientos y las relaciones humanas, sino además, a los “efectos deseados” que una sexualidad saludable aporta al proceso de construcción de la subjetividad humana. Así, se hace hincapié en la prevención de “conductas riesgosas”, prevención de infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS) asociada a las conductas y la prevención de embarazos, en especial en la adolescencia, visto como enfermedad, castigo o reparación de necesidades insatisfechas (Morgade, 2011). Además, establece la existencia de un saber académico-médico “legítimo, veraz, confiable y autorizado” para hablar de sexualidad, implicando al mismo tiempo, el reconocimiento de un “no saber” en otras áreas “no médicas”. Volviendo a Foucault, se trata de otra forma de despolitizar a la sexualidad e instaurar relaciones de saber-poder.

Según Eduardo Menéndez este saber médico se fundamenta en lo que denomina como modelo médico hegemónico (MMH). Se entiende por MMH al “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”

¹⁵ El entre paréntesis es nuestro.

(Menéndez, 1988:1). El rasgo estructural dominante del MMH es el biologismo, que constituye el factor que garantiza la cientificidad del modelo, y subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros factores explicativos posibles. En consecuencia, “Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo causal, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad” (Menéndez, 1988:2). De esta forma, bajo el amparo de “la ciencia”, el discurso bio-médico produce saberes –exclusiones y jerarquías- sobre el cuerpo humano y la diferencia sexual desde una lógica dicotómica y binaria -clasificando a las personas como “varones” y “mujeres”– desde lo biológico, la genitalidad y la reproducción, como un modelo de verdad. Así, la ciencia en su producción de saberes produce poderes¹⁶.

Por último, el modelo moralizante se centra en el “deber ser”, es decir, en la idea de que existe una forma “correcta” de hacer las cosas. Está basado en sistemas normativos y prescripciones morales consideradas universales y, por ende, válidas para todas las personas. Las conductas que se salen de lo “natural” son clasificadas como “anormales o no naturales”. Nuevamente se realiza una asociación entre lo “natural” y lo biológico, como si fuese algo pre-social que está o viene “dado”. Desde posturas religiosas, lo que no se ajusta a esta categorización es considerado como un “pecado”, persiguiendo y condenando a las prácticas sexuales, identidades y expresiones de género que no se corresponden con la división binaria. Desde posturas médicas es visto como patología o enfermedad. Ejemplo de esto, es la patologización de la homosexualidad y la transexualidad incluida en la clasificación de enfermedades mentales por la OMS, hasta hace algunos años¹⁷.

Alejándose de estas concepciones tradicionales de entender a la sexualidad, que la asocian a aspectos biológicos y reproductivos, el presente trabajo parte de una concepción de sexualidad integral con enfoque de género y derechos humanos, creyendo firmemente que no existe sexualidad integral sin enfoque de género ni derechos humanos.

¹⁶ Retomaremos el debate sobre la producción de la diferencia sexual y la naturalización del sexo en el apartado 3.5.

¹⁷ Si bien tanto la homosexualidad (en 1990), y la transexualidad (en 2018) fueron sacadas por la OMS de la clasificación de las enfermedades mentales; estos imaginarios siguen perdurando en muchas partes de la sociedad, efectores de salud y discursos médicos.

Como se mencionó anteriormente, pensar la sexualidad de manera integral es entenderla de manera amplia incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales, afectivos y reproductivos, las dimensiones del placer, el deseo y el disfrute; la prevención de la violencia y abuso sexual. Es pensarla como algo íntimo y personal y, al mismo tiempo, como una construcción permanente en el vínculo y la interacción con otros, influenciada tanto por vivencias y expresiones personales como por determinantes socio-culturales y relaciones de poder hegemónicas.

La comprensión de la sexualidad desde un enfoque de género parte de entender que nuestros cuerpos están inmersos en una red de relaciones sociales y culturales que le dan sentido, y que las prácticas que realizamos están fuertemente condicionadas por relaciones de género hegemónicas. Morgade (2011) expresa que al introducir la noción de “desigualdad”, la perspectiva de género, acompañada posteriormente por los estudios de la diversidad sexual, cristaliza las relaciones de poder que la construcción social de la sexualidad implica. Esto supone analizar los modos en que operan los mandatos, prejuicios y discursos acerca de cuáles son las formas “adecuadas” o no de vivir y expresar la sexualidad.

Pensar la sexualidad con enfoque de género, implica, además, el conocimiento del propio cuerpo y de los discursos sociales y de poder en los que está enmarcado, abordando los mitos que lo determinan y los modos de dominación más usuales, estableciendo que existen diversas formas de vivir la sexualidad, e impulsar relaciones basadas en el respeto y la igualdad, sin violencia, coacción ni discriminación. Es por esto que el marco de los derechos humanos constituye otro de los ejes fundamentales de la sexualidad con enfoque de género, ya que se parte de la premisa que todas las personas son sujetos de derechos, con igual dignidad, por su misma condición humana.

No obstante, como señala Luciano Fabbri (2013) “La historia del concepto de género y los diversos usos que le han sido asignados es mucho más compleja de lo que comúnmente se conoce” (Fabbri, 2013:59). Esto quiere decir, que no existe una única forma de entender al género, ni que hay un solo “enfoque de género” posible.

3.5 Enfoque de Género

3.5.1 ¿Qué es el Enfoque de Género?

Fabbri (2013) afirma, retomando a Haraway (1995), que “todos los significados feministas modernos de género parten de Simone de Beauvoir” y su célebre frase “No se nace mujer, se llega a serlo” (Beauvoir, 1949); y que a grandes rasgos se podría decir que el concepto género, “...intenta describir un fenómeno de carácter cultural (lo que se concibe como “masculino” y “femenino” no es natural y universal sino que es construido y difiere según las culturas, las razas, las religiones), histórico (lo que cada cultura entiende cómo “masculino” y “femenino” varía de acuerdo a los diferentes momentos históricos) y relacional (lo que se entiende por masculino se define *en relación* a lo que se entiende por femenino, y viceversa, en un horizonte de significaciones mutuas)” (Fabbri, 2013:60).

A los fines de esta investigación, nos interesa identificar dos enfoques de género opuestos: un enfoque de género hegemónico/ binario que permea las políticas públicas en salud sexual y los indicadores que se construyen para analizarla, con una comprensión que naturaliza al sexo (se sostiene que la bi-categorización sexual “macho”/ “hembra” es meramente biológica), al cisexismo (se presupone que todas las personas son, o deben ser, cisgénero¹⁸), el heterosexismo (se cree que las personas son, o deben ser, heterosexuales), el coitocentrismo (se considera que si las relaciones sexuales no culminan en penetración no son relaciones sexuales), el monosexismo (presupone que todas las personas se sienten atraídas solamente por un género), la monogamia (que presupone que la mayoría de las personas tienen relaciones sexuales estables con una sola persona), el alosexismo (supone que todas las personas sienten atracción y deseo sexual, desconociendo la asexualidad) y el androcentrismo (donde se otorga al varón-cis-heterosexual y a su punto de vista una posición central en el mundo); y un enfoque de género contrahegemónico y crítico de estas posturas.

Desde este enfoque de género contra-hegemónico se retoma a las teorías feministas, “definidas como un saber indisolublemente ligado con un movimiento

¹⁸ El término “cis” refiere a aquellas personas que se identifican con el género asignado al nacer, mientras que el concepto “trans” comprende a las personas que viven en un género diferente al asignado al nacer, aquellas que eligen el tránsito entre los géneros, o no se identifican con ninguno. El prefijo “cis” significa “de este lado” mientras que “trans”, “del otro lado”.

político que problematiza sobre todo desde un punto de vista epistemológico, inédito, la relación que todo saber mantiene con una posición de poder, al que a cambio refuerza, invierte o modifica” (Dorlin, 2009:10-11).

El cuestionamiento de las epistemologías feministas es político, y se alza contra los efectos de poder de los discursos científicos totalizadores, dominantes, sobre el cuerpo y el habla de las mujeres (Dorlin, 2009), lo “femenino” y las sexualidades disidentes. Se ponen en tela de juicio ciertas presuposiciones básicas de la epistemología androcéntrica, argumentando que no es posible hacer una teoría generalizada que ignore el contexto de lxs sujetxs que las desarrollan.

Así, mientras que desde una epistemología tradicional, “el sujetx del conocimiento” es una abstracción con facultades universales e incontaminadas de razonamiento y sensación, desde una epistemología feminista es un individuo histórico particular cuyo cuerpo, intereses, emociones y razón están constituidxs por su contexto histórico concreto. La relevancia del sujetx cognoscente implica que el conocimiento es siempre “situado” (Haraway, 1991), es decir, que está condicionado por el sujetx y su situación particular (espacio-temporal, histórica, social y cultural) que inevitablemente influye en su pensamiento racional y en el conocimiento que construye; y que los métodos de justificación de ese conocimiento son siempre contextuales (González García y Pérez Sedeño, 2002).

De este modo, recurrimos a las teorías feministas del discurso a fin de analizar las prácticas discursivas y reconocer -de manera crítica- los subtextos de sexualidad, género y generación, identificando lo que hay detrás –aquello no dicho pero que se puede intuir- en los discursos -científicos, médicos y/o estatales- que permean y configuran los indicadores predominantes desde los cuales se analizan y miden las políticas públicas de salud sexual en la adolescencia y juventud. Se pretende alcanzar esta meta analítica, consultando publicaciones y estudios especializados, estadísticas y fuentes primarias de información.

3.5.2. Genealogía de los conceptos Sexo y Género.

Contrariamente a como se supone, el concepto de género no fue creado por las feministas, sino que surge de los estudios médicos y psicológicos con relación a los

estudios de la intersexualidad¹⁹, y el interés sobre la adecuación del sexo a las dos únicas posibilidades correspondientes a la bicategorización sexual heteronormativa²⁰ de los cuerpos: la de ser clasificadx como “macho” o “hembra”. En estos estudios, se propone distinguir entre sexo biológico y género, para diferenciar el sexo (o las diferencias fisiológicas, hormonales y anatómicas) de la identidad sexual de lxs individuxs, producto de una construcción cultural.

Dicha categoría fue entonces recuperada por la teoría feminista²¹, marcando la distinción entre el sexo, asociado a lo biológico, y el género como las características, valores y roles atribuidos cultural e históricamente en función de la diferencia sexual. Esta distinción entre sexo y género posibilitó el cuestionamiento de los estereotipos de género con los que nos criamos y aprendemos a ser varones o mujeres en una sociedad que tiene ciertas expectativas y mandatos sobre nosotrxs, incluso antes de nacer; y denunciar las relaciones sociales desiguales entre hombres y mujeres, sostenidas por culturas que otorgan diferentes oportunidades a mujeres y a varones. De este modo, se reconoce la existencia de desigualdades entre las personas por su género, producto de la presencia de relaciones de poder, roles, mandatos, estereotipos y prejuicios sociales, originadas de la consideración de la supremacía de “lo masculino” sobre “lo femenino”, en un momento socio-histórico determinado. Esta jerarquía se plasma en la producción y reproducción de funciones - productivas o de trabajo/reproductivas o de cuidado - y ámbitos – público/privado u hogareño²²- a lo que se suman características

¹⁹ John Money y Robert Stoller son dos de los grandes referentes de estos estudios.

²⁰ Se entiende por heteronormatividad a la presunción de que todas las personas son heterosexuales. Cathy J. Cohen (2005) define la heteronormatividad como la práctica y las instituciones “que legitiman y privilegian la heterosexualidad y las relaciones heterosexuales como fundamentales y ‘naturales’ dentro de la sociedad”

²¹ Una de las primeras obras, que señala la emergencia del concepto de género en la teoría feminista, es *Sex, Gender and Society* (1972) de Ann Oakley.

²² El concepto de división sexual del trabajo permite analizar con mayor claridad los roles sociales diferenciados para varones y mujeres. “Esta división, que se considera una construcción cultural y, por tanto, susceptible de ser modificada, determina cómo los roles se distribuyen en la sociedad: las mujeres estarían a cargo de la reproducción social y los hombres de las tareas productivas. El problema radica en que esta división establece relaciones jerárquicas de poder. En esta ecuación la mayoría de las mujeres quedan recluidas a la ejecución de tareas sin visibilidad ni reconocimiento social, el trabajo doméstico es un ejemplo de ello. Y como las relaciones de género conforman una matriz cultural, esta diferenciación y desvalorización del trabajo femenino, se traslada al ámbito público y del mercado laboral en el que las mujeres ocupan, en su mayoría, los empleos más precarios y peor remunerados. El círculo vicioso de la desigualdad generada por la obligatoriedad social del trabajo doméstico, particularmente de cuidado, por parte de las mujeres, explica en gran medida la ausencia de las mujeres en la política y en la toma de decisiones en general.” (CEPAL, 2011). De este modo, a división sexual del trabajo va a resultar en la separación del espacio público y privado, donde el espacio público va a identificarse como “... el lugar que genera ingresos, la acción colectiva, el poder, es decir, el lugar donde se produce y transcurre la historia, y el mundo privado como el de lo doméstico, del trabajo no remunerado ni reconocido como tal, las relaciones familiares parentales, los afectos, la vida cotidiana. El primero masculino; el segundo, femenino.” (De Barbieri Teresita, 1991 citado en CUS 2017:5).

de fortaleza y debilidad, profundizando diferencias y desigualdades. De esta manera, y sobre esta idea de lo que deben ser “los varones” y “las mujeres” se construyen representaciones sociales de género que en nuestra sociedad se cristalizan en estereotipos y roles que producen y refuerzan un pensamiento binario: mujer-varón /débil-fuerte/ cuidadora-proveedor/ sensibilidad-razón, etc.

Sin embargo, esta concepción que asocia al sexo como “lo natural” y al género como “lo cultural”, que es la que en muchos ámbitos sigue hegemonizando los estudios de género en la actualidad, tiene sus limitaciones. Estas limitantes han sido señaladas fundamentalmente por la teoría *queer* y la perspectiva posestructuralista del género, que cuestionó que en el afán de denunciar lo innatural de las desigualdades de género, se afirmó la naturalidad del sexo. Judith Butler, una de sus mayores referentes, problematiza el concepto binario de género -masculino/femenino- y postula que el sexo no es algo dado biológicamente, la base sobre la cual el género es construido, sino que el sexo mismo es un ideal regulativo que se materializa en un cuerpo biológico a partir de prácticas reiterativas y reguladas normalmente.

Según Dorlin (2009) “Al desnaturalizar el género también se cosificó la naturalidad del sexo. Al privilegiar la distinción entre sexo y género se descuidó totalmente la distinción entre “sexuación” y sexo, entre un proceso biológico y su reducción categorial a los sexos “macho” y “hembra”, la cual consiste en una naturalización de una relación social” (p. 36). Al respecto, la autora sostiene que “el sexo fue definido según un modelo bicategorial, con la ayuda de diferentes campos conceptuales: la fisiopatología del temperamento, la anatomía de los aparatos genitales y luego de las gónadas (los testículos o los ovarios), la información hormonal (hormonas llamadas “femeninas” y “masculinas”), la genética (los cromosomas XX, XY)” (Dorlin, 2009:37). Estas diversas características fisiológicas, anatómicas y cromosómicas fueron el fundamento de la distinción entre sólo dos sexos: “macho” o “hembra”. De este modo “... “macho” y “hembra” (al igual que “lo masculino” y “lo femenino”) tampoco son categorías naturales, sino que son el producto de la reducción del proceso biológico de sexuación de lxs sujetxs (en su compleja combinación de los niveles fisiológicos, anatómicos y cromosómicos) a solo dos sexos (macho/hembra)” (Fabbri, 2014:147). Es decir, que el sexo, al igual que el género, también es una construcción socio-cultural.

Según Anne Fausto-Sterling (2006) la clasificación de los fenómenos de sexuación en dos sexos es errónea, porque “el sexo de un cuerpo es un asunto demasiado complejo. No hay blanco o negro, sino grados de diferencia” (p. 17). Esto no significa que toda clasificación es imposible, sino que si tenemos en cuenta el conjunto de los niveles de sexuación (fisiológico, anatómico, cromosómico) existen mucho más que sólo dos sexos (macho/hembra) (Dorlin, 2009).

3.5.4 Del binarismo sexo- género al reconocimiento de la diversidad humana.

Desde las ciencias médicas, sexológicas y psicológicas se desarrollaron conceptos que se fueron instalando y naturalizando para entender lo humano, sobre la base de una supuesta complementariedad que tiene su centro de interés en la reproducción: genitalidad de macho o hembra, formas masculinas o femeninas e identidades de varón o de mujer (PNSSyPR, 2015). Sobre la base de estas premisas se instauró en la sociedad un sistema de organización social denominado “binarismo sexo – genérico”, a través del cual se clasificó a sus miembros en dos formas opuestas, estandarizando la diversidad humana. La división entre varones y mujeres fue una primera jerarquización, asociando la genitalidad (macho/hembra) con una forma o rol social determinado (masculino/femenino) y una orientación sexual (heterosexual). Se partió de la concepción de que al existir dos conjuntos de genitales (vulva y pene), gónadas (ovarios y testículos) y cromosomas (XX y XY) sólo debe haber dos sexos y dos roles sociales. No obstante, no todas las personas que nacen con pene son varones ni todas las personas que nacen con vagina son mujeres. Así, las identidades trans (mujeres trans, varones trans, travestis, entre otras variantes posibles²³) ponen en jaque la relación directa entre sexo y género y advierten la necesidad de comenzar a pensar en términos de identidad y expresión de género.

Al mismo tiempo, hablar de sólo dos sexos es disciplinar aspectos muy complejos de la sexualidad humana. La variedad de sistemas genitales de las personas muestra que la división en sólo dos grupos es artificial. Según Maffia (2003) “Tan fuerte es el dogma sobre la dicotomía anatómica, que cuando no se la encuentra se la produce. Cuando los genitales son ambiguos, no se revisa la idea de la naturaleza dual de los genitales sino

²³ Las identidades travestis, transexuales y transgéneros – entre otras menos visibilizadas como cross-dressers, drag-queens, drag-kings, sin género y gen-derqueer- conviven bajo la expresión “trans” como síntesis, aunque cada una responde a distintas estrategias conceptuales, vivenciales y políticas.

que se disciplinan para que se ajusten al dogma...”²⁴ (pág. 6) De este modo, las personas intersexuales, con biología “incierto”, deben pasar por tratamientos quirúrgicos u hormonales para poder ser clasificadas en el binario macho/hembra y cumplir así con los “estándares de normalidad”. Elsa Dorlin expresa al respecto que “El problema no es que el cuerpo no tiene sexo o no es sexuado, lo es; el problema no es que el proceso fisio-anatómico de sexuación no funcionó, funcionó; el problema, para los médicos es que funcionó mal: no dio lugar a una identidad sexual identificable como “macho” o “hembra”. Por eso la intervención consiste en intervenir sobre esos cuerpos intersexos para asignarles, no un sexo (ya tienen uno) sino el buen sexo... ese “buen sexo” consiste esencialmente en un aparato genital macho o hembra “plausible”, en un comportamiento sexual “coherente”, comenzando por el comportamiento sexual que debe ser “normalmente” heterosexual²⁵” (Dorlin, 2009:31). La consideración médica de un clítoris “demasiado grande” o un pene “demasiado pequeño” es fundamento para practicar intervenciones quirúrgicas en edades tempranas, no por una cuestión de salud sino para “adecuar” su cuerpo a los parámetros culturales binarios sexo – genéricos. Este acto violento se basa en una división totalizadora no natural, sino naturalizada, que responde a formas culturales de percibir, valorar y constituir los cuerpos y las subjetividades (PNSSyPR, 2015:28). En ocasiones estas decisiones son tomadas por médicos y adultxs con la intención de evitar “sufrimientos futuros” y no parten de la voluntad ni el consentimiento de quien habita esa corporalidad, siendo un verdadero atropellamiento de los derechos humanos²⁶.

Ante la vulneración de derechos y la discriminación de las sexualidades disidentes, nos cuestionamos, siguiendo a Fausto-Sterling (2006) “¿por qué debería preocuparnos que una «mujer» (con sus mamas, su vagina, su útero, sus ovarios y su

²⁴ Y agrega: “...Pero además del sexo anatómico, se supone que el sexo cromosómico también es dicotómico (XX o XY) ajustándose a la genitalidad. Nuevamente, cuando eso no ocurre, el dogma no se revisa. Las hormonas completan este menú biológico.”(Maffia D., 2003:6)

²⁵ En 1985, Krafft Ebing designa al término “heterosexual” como instinto sexual que termina en la procreación, contrario a “instinto sexual patológico”. Al respecto dice Dorlin que, “la finalidad procreativa permanece inconsciente en el acto sexual, pero desde entonces permite distinguir el acto sexual “desviado”, “patológico” y el acto sexual “natural” y “normal” (y que) todas las patologías sexuales, comenzando por la homosexualidad, y todo acto no procreador serán definidos como perversión al instinto sexual. La heterosexualidad, pues, tiene como postulado la diferencia sexual (p.34).

²⁶ Ante la vulneración de los derechos humanos de las personas LGTBI, se establecieron una serie de principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género, denominados Principios de Yogyakarta. Para más información véase: <http://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/> (visto 02/03/2019).

menstruación) tenga un «clítoris» lo bastante grande para penetrar a otra mujer? (...) La respuesta: para mantener la división de géneros, debemos controlar los cuerpos que se salen de la norma. Puesto que los intersexuales encarnan literalmente ambos sexos, su existencia debilita las convicciones sobre las diferencias sexuales” (p.23) Por esto mismo es importante que una ciencia feminista refleje una política alternativa del cuerpo y la ciencia misma.

Por el lado del género la complejidad no es menor. A los roles de género (masculino o femenino, variables socialmente) se agrega la identidad de género subjetiva de una persona, es decir, la autopercepción o vivencia interna e individual del género que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer (mujer-cis, varón-cis, mujer-trans, varon-trans entre otras posibilidades) ; la expresión de género con la que nos presentamos ante lxs demás, manifestada a través del nombre, vestimenta, actitudes, etc., la orientación sexual o atracción emocional, afectiva y/o sexual que siente una persona por otra, que puede ser del mismo género (heterosexual), del género opuesto (homosexual), de más de un género (bisexual, pansexual, entre otras posibilidades) o de ninguno (asexual); y otras sutiles distinciones que podemos ir formulando para decodificar esta complejidad y comprenderla.

Según Diana Maffía (2003) “Afirmar que los sexos son dos, es afirmar también que todos estos elementos irán encolumnados, que el sujeto tendrá la identidad subjetiva de género de su sexo anatómico y cromosómico, lo expresará y aceptará los roles correspondientes, y hará una elección heterosexual” (pág. 6). De esta manera el "sexo", "género", "identidad de género", “expresión de género” y “orientación sexual” se asumen como alineados: a un varón biológico se lo supone masculino en aspecto, carácter y comportamiento, al que le atrae el sexo opuesto. A una mujer biológica se la presume con aspecto, carácter y comportamiento femenino, a la que le atraen los varones. Toda excepción a este binarismo es condenada y/o señalada como patología, anomalía, anormalidad, trastorno o pecado; “se considerará perverso, desviado, enfermo, antinatural, y será combatido con la espada, la cruz, la pluma, el bisturí y la palabra” (Maffia, 2003:6). Retomando a Morgade, se entiende a la biologización como un recurso de las sociedades de control que disciplina a los cuerpos, donde “...la negación de que en toda forma de clasificación de lo natural están subyaciendo categorías sociales de significación, lleva a clasificar como “anormales” a todas las

formas de combinación de caracteres sexuales externos e internos (los “intersexos”, en donde se combina lo masculino con lo femenino) o “abyectas” a todas las formas de elección de objeto sexual no funcionales a la reproducción de la especie (los “lgbt”, o sea gays, lesbianas, bisexuales, y todas las formas trans de transexualidad)” (Morgade, 2011:20). De esta manera, ciertas prácticas, orientaciones sexuales e identidades de género gozan de mayor legitimidad en cierto contexto social, cultural y/o político y terminan constituyéndose como “normales”, mientras otras se estigmatizan.

Salir de la lógica binaria implica dejar de pensar linealmente y aceptar la posibilidad de que no existan universales, ni trascendencias, ni identidades fijas...” (Fischer Pfaeffle en Maffia D. 2003:11). La diversidad de cuerpos y las distintas experiencias, percepciones, expresiones e identidades, cuestionan aquellas asociaciones automáticas entre los cuerpos y las expresiones de género. Los modos de vivir las sexualidades son tan múltiples y variadas como personas existen. El sexo biológico, la identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual representan cuatro características individuales diferentes e independientes una de otra y pueden ocurrir en una amplia gama de posibles combinaciones (PNSSyPR, 2015).

Se puede ser varón con vagina y mujer con pene, o tener un sexo o género no-binario; porque la identidad de género y las formas de expresarla se construyen a partir de la manera en cómo nos autopercebimos y no a partir de la genitalidad de nuestro cuerpo. Es importante además distinguir entre identidad de género y expresión, porque la identidad no siempre puede ser expresada en el contexto en el que vivimos, más en la adolescencia y juventud. Y al mismo tiempo la forma en que decidamos asumir y/o expresar nuestra identidad de género no se relaciona con la orientación sexual, es decir con quien nos atrae: una mujer-cis puede verse atraída por un varón-cis, por una mujer-cis, por una persona trans, por ninguna de estas opciones o inclusive por todas ellas a la vez. Además, tener prácticas sexuales con personas de una u otra genitalidad no implica necesariamente definirse como heterosexual, lesbiana, gay o bisexual; así, una persona que se define heterosexual puede tener prácticas sexuales con personas del mismo género; y como el deseo está en permanente construcción, nuestra orientación sexual puede ir variando a lo largo de nuestra vida.

Muchas veces las personas no se identifican o ajustan a ninguna de las terminologías disponibles, o las van cambiando y/o tensionando en distintos momentos. Sin embargo, creemos que la autoidentificación es un derecho personal importante.

No obstante, desde el enfoque hegemónico hetero-cis-sexista se rechaza, estigmatiza, niega y/o excluye a las orientaciones sexuales e identidades de género disidentes LGTBI²⁷. Se presenta a la heterosexualidad como ley universal, natural y obligatoria para la construcción de relaciones sociales y afectivas. Se afirma que la heterosexualidad es el único modelo válido y que todas las relaciones sexo-afectivas deben establecerse entre varones-cis y mujeres-cis. Esta concepción se reproduce en las instituciones del Estado, en las prácticas y discursos médicos, en los textos científicos, permeando así los subtextos de género de las políticas de salud sexual. De este modo, bajo estas concepciones, las políticas públicas en salud sexual van a priorizar la promoción y prevención de la salud sexual entre personas cis-heterosexuales. Retomaremos estas discusiones en el punto 5.

3.6. Enfoque de Derechos Humanos.

El Enfoque de Derechos Humanos es un marco conceptual para el desarrollo humano, que en el ámbito jurídico, se basa en el reconocimiento del marco normativo de derechos humanos, y en el ámbito operativo, se orienta a la promoción y protección de los derechos humanos (DDHH) (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos, 2006)

Los DDHH son considerados garantías jurídicas universales que protegen a lxs individuos y a los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y la dignidad humana (Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los derechos humanos, 2012: 12). Resultan de un consenso político de la mayoría de los Estados logrado a través de la suscripción, como Estados Parte, de tratados, pactos y convenciones internacionales. De este modo, el enfoque de los DDHH, es un nuevo paradigma que se basa en la garantía de los derechos

²⁷ LGTBI es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersex. Se ha establecido como una expresión de auto-identificación colectiva, adoptada por la mayoría de las comunidades en muchos países del mundo. En sentido amplio, abarca a las comunidades no incluidas en las cinco letras, enfatizando la diversidad sexual y de identidades de género incluyendo a las personas que tienen un sexo, orientación sexual o un género no aceptado por la heteronormatividad y binarismo tradicionales (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2018)

fundamentales inherentes a todas las personas, amparadas por las constituciones, las convenciones y pactos internacionales.

La perspectiva de DDHH y el concepto de desarrollo humano comparten la preocupación por los resultados necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas, y la mejora de procesos, mecanismos y orientaciones de políticas públicas que den cuenta del empoderamiento de las personas que se encuentran en situaciones más desfavorables, en especial mujeres y jóvenes en general.

Desde el enfoque de DDHH se reivindica el papel del Estado como garante de derechos y se alienta a lxs titulares de derechos a reivindicarlos. La aplicación del enfoque de DDHH en las políticas sociales en general, y en las políticas de salud sexual en la adolescencia en particular, “introduce una perspectiva transformadora que busca desplazar las ideas y enfoques tradicionales de necesidades y beneficiarios, propias del campo de la voluntad discrecional del Estado en materia social (asistencialismo), por una matriz que garantiza derechos y sujetos titulares de derechos con poder para exigir su cumplimiento (protección social de los derechos humanos)” (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, 2018:34). De este modo, en este paradigma, el centro de las políticas y del desarrollo ya no son lxs beneficiarios/destinatarios “pasivos” y sus necesidades, sino lxs titulares/portadores de DDHH “activos” y sus derechos. Bajo esta concepción niñas, adolescentes y jóvenes son considerados como sujetos de derechos, con poder y autonomía para ejercer su derecho a la salud y a la salud sexual, exigir su cumplimiento y controlar el quehacer del Estado a tal fin. De esta forma, las políticas dirigidas a NNyA son miradas desde un paradigma de protección de derechos y no desde un enfoque tutelar²⁸.

Asimismo, desde el enfoque de derechos, la salud y los derechos sexuales y reproductivos son considerados DDHH.

3.6.1. Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos Fundamentales.

Hablar de salud sexual, reproductiva y no reproductiva, lleva implícita la necesidad de reconocer derechos que garanticen la obtención de información, el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles;

²⁸ El paradigma de protección de derechos y tutelar son explicados en mayor detalle en el apartado de “Adolescencias y Juventudes: Sujetos claves en las políticas de salud sexual” de este trabajo.

y a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las personas las máximas posibilidades de tener hijxs sanos (Párrafo 7.2 de Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 5-13 de setiembre de 1994). Estos derechos han sido conceptualizados como derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en la autonomía de las personas para tomar decisiones acerca de su vida, su sexualidad, su cuerpo, su reproducción, su salud y su bienestar. Mientras que los derechos sexuales involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libre, placentera, independiente de la reproducción, sin presiones, riesgos, violencias ni discriminación; los derechos reproductivos refieren a la posibilidad de decidir si tener o no tener hijxs, cuántos y con quién tenerlos, para lo que se precisa disponer de información y de los medios oportunos. Abarca también el derecho a la atención de la salud durante el embarazo, el parto y el posparto (MSAL, 2013).

En el marco de los derechos sexuales y reproductivos se sostiene que todas las personas tienen derecho a:

- Disfrutar una vida sexual saludable, placentera, sin presiones, coacción ni violencias.
- Vivir la orientación sexual e identidad de género libremente, sin ningún tipo de discriminación.
- Obtener información clara, completa y oportuna sobre salud sexual y reproductiva, expresada en términos sencillos y comprensibles, para tomar decisiones libres y autónomas sobre salud sexual.
- Recibir educación sexual.
- Acceder a atención integral de la salud sexual y reproductiva, de manera respetuosa y confidencial.
- Elegir si tener o no hijxs, el número de hijxs, cuándo tenerlos, con quién y con qué intervalo entre uno y otro.
- Acceder y elegir métodos anticonceptivos seguros.
- Acceder a abortos seguros.

Desde esta mirada, se concibe a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos como DDHH fundamentales.

3.6.2 Algunos principios de los Derechos Humanos.

Los DDHH son derechos universales, inherentes a la dignidad humana. Son indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables. A los fines de esta investigación, se exponen algunos de sus principios:

Universalidad, igualdad y no discriminación: significa que el derecho se define para toda la población, independientemente de su condición u origen, preservando y respetando la diversidad humana, la igualdad y la no discriminación. En este sentido, los derechos sexuales son derechos inherentes a todas las personas, sin importar la edad, género, clase social, raza o etnia.

Integralidad: implica entender y tratar los problemas sociales con un sentido amplio, involucrando todas las áreas constitutivas de dichos problemas. Refiere, a su vez, a la necesidad de garantizar la interdependencia de los derechos, en la medida que están estrechamente interrelacionados, y el disfrute de uno puede ser dependiente o contribuir al disfrute de otros. Por ello, está asociada a los conceptos de indivisibilidad –los derechos no pueden ser fragmentados en su ejercicio, garantía o protección- y complementariedad (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, 2018). En relación a la salud, existe una íntima relación entre salud física, mental y social; en el tratamiento de la enfermedad y la prevención; y entre los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud, dignidad, igualdad y no discriminación, autonomía, integridad personal, intimidad, a la vida y a estar libre de violencia en el ejercicio de la sexualidad. A su vez, el derecho a la salud y salud sexual requiere de la satisfacción del derecho a la información, educación y participación.

Progresividad: significa que los avances en contenido y garantías de protección de los DDHH deben ser graduales en el marco de un proceso creciente. Esto implica que las políticas públicas no pueden limitar el contenido de esos derechos a un mínimo, sino que deben progresar con el correr del tiempo. Por esto, las políticas sociales no pueden ser regresivas, es decir volver atrás en decisiones o intervenciones públicas que pusieron en funcionamiento derechos sociales con determinados contenidos y alcances (Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, 2018).

Participación Directa: tiene como horizonte la participación social activa, entendida como la capacidad de incidir políticamente en las decisiones colectivas que afectan nuestra vida en sociedad. En relación a la adolescencia, se apunta a garantizar

la participación directa y significativa de sus asuntos, pretendiendo culminar con la “sustitución de su voluntad” derivada de la intervención exclusiva de lxs adultos en los procesos de toma de decisiones. Para garantizar la participación efectiva se deben potenciar las capacidades de autodeterminación, autonomía individual y contar con la información necesaria para la toma de decisiones.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN, 1989) agrega como principios rectores que guían las políticas relacionadas con NNyA a la Autonomía progresiva y el Interés Superior del Niño.

El principio de autonomía progresiva reconoce que las personas consolidan de manera progresiva su capacidad de discernimiento, es decir, la habilidad para comprender información, aplicarla a una situación particular, definir alternativas de acción y, finalmente, tomar decisiones. Este reconocimiento, implica un cambio en el abordaje de la “capacidad” como concepto habilitante para el ejercicio de derechos, que “obliga a partir de la base de que todas las personas son capaces y pueden ejercer sus derechos de forma directa, pero algunas requieren un acompañamiento –asistencia- adecuado a su capacidad de discernimiento individual” (PNSIA, 2015:19). El ejercicio de la autonomía es progresivo e individual, no guarda relación directa con la edad ni con los tiempos transcurridos sino que se desarrolla de manera diferente en cada persona dependiendo de su contexto, recursos -materiales, intelectuales y sociales- y características individuales, por lo que no puede ser limitado arbitrariamente por la ley. De este modo, tanto el Estado como quienes tienen roles de responsabilidad frente a NNyA deben ejercer -en consonancia con la evolución de sus facultades- las responsabilidades de dirección y orientación apropiadas para que NNyA ejerzan sus derechos (artículo 5 CDN, 1989).

Por otro lado, en el marco de la CDN, el Interés Superior del Niño pasa de ser aquello que los adultxs identificaban como la decisión o el mejor interés de NNyA, a integrarse primordialmente por la voluntad de lxs titulares del derecho y las alternativas que mejor garanticen el ejercicio de sus derechos (Bruñol, 1997). Este principio cobra especial relevancia, cuando se presentan desacuerdos entre la opinión de NNyA y quienes acompañan el proceso de toma de decisiones, guiando la resolución de conflictos hacia la opción que garantice el ejercicio de los derechos de NNyA. Esto significa, por ejemplo, que cuando NNyA soliciten una práctica con la que quienes

ejercen labores de cuidado no están de acuerdo - como el acceso a anticonceptivos, educación sexual o la interrupción de un embarazo - su solicitud deberá ser aceptada por los servicios de salud, garantizando que se trate de una decisión informada de quien la solicita (Bruñol, 1997).

3.6.3. Marco normativo de salud sexual de adolescentes y jóvenes

A nivel internacional y nacional, se fueron desarrollando políticas, programas, lineamientos y metas específicas de salud sexual, focalizadas en la adolescencia y juventud. Estos lineamientos tomaron fuerza y relevancia, a partir de la mencionada CDN (1989), que reconoce a NNyA como sujetos de derecho, incluyendo el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se acentuó la necesidad de considerar a AyJ como sujetos de derechos sexuales y reproductivos. Esto fue reforzado también por la Declaración del Milenio de 2000, que fijó 2 de los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en relación a la salud sexual y reproductiva²⁹, en la Cumbre del Milenio de 2005, durante la cual se sostuvo que la salud sexual y reproductiva es clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano y en la Cumbre de Desarrollo Sostenible de 2015, donde la salud sexual y reproductiva, y la igualdad de género³⁰ se hicieron presentes entre los 17 objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

²⁹ El objetivo 5 “mejorar la salud materna” y el 6 “Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades”. En cuanto al primero, se menciona como meta la reducción de la tasa de mortalidad materna y el acceso de la salud reproductiva, haciendo hincapié en dos indicadores de salud en la adolescencia: la “reducción de la cantidad de embarazos de adolescentes, lo cual deja a más madres jóvenes en situación de riesgo” y “la pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes”. En cuanto al segundo se observa que “muchas jóvenes siguen sin saber cómo protegerse contra el VIH”. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml> y <http://www.un.org/es/millenniumgoals/aids.shtml>

³⁰ En el objetivo 3 “salud y bienestar” se destaca: reducir la tasa mundial de mortalidad materna, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, poner fin a las epidemias del SIDA y otras enfermedades transmisibles, y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; y en el objetivo 5 “igualdad de género” se menciona: poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo, eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación, eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina, y asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>

Uno de los fundamentos claves para esta especificidad de políticas se encuentra en que en la mayoría de los países la edad es considerada como una barrera más para el acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que provoca que niñas, adolescentes y jóvenes sean más vulnerables al respecto (Párrafo 7.3. Conferencia Internacional sobre la Población El Cairo, 1994; Párrafo 95. Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995). Atendiendo a ello, los Tratados de Derechos Humanos fundamentan la centralidad de la atención de la salud sexual y reproductiva en la infancia, adolescencia y juventud³¹

En nuestro país, el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva, han sido reconocidos como DDHH fundamentales, protegidos por la Constitución Nacional, Tratados Internacionales de DDHH, leyes nacionales y otras Declaraciones y Conferencias Internacionales suscriptas por Argentina.

En 1994, por medio de la Reforma de la Constitución Nacional, se otorga jerarquía constitucional a diversos documentos y tratados internacionales sobre DDHH, que contienen específicamente el derecho a la salud y a la salud sexual. Los más relevantes en la materia son:

La **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)** reconoce a NNyA como sujetos de derecho, protegiendo su derecho a gozar del más alto nivel posible de salud, incluida la educación y servicios en salud sexual y reproductiva. Obliga a los Estados a alcanzar el más alto nivel posible de salud de NNyA y adoptar medidas para desarrollar la educación y los servicios en materia de planificación familiar (art. 4 y 24), protegerlos contra toda forma de discriminación (art. 2), promover su interés superior (art. 3), a reconocer la evolución de sus capacidades para asumir niveles de responsabilidad cada

³¹ En relación a ello, la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (1994) reconoció, en el párrafo 7.3 del programa de acción, que "se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre mujeres y hombres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable", teniendo en cuenta el derecho de AyJ al acceso a la información, educación sexual, y a servicios de salud respetuosos, que garanticen el consentimiento informado, la intimidad y confidencialidad de la consulta (Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995). En 2013, el Comité de los Derechos del Niño (CDN) recomendó a los Estados que todos los programas y políticas que afecten a la salud de NNyA deben fundarse en un enfoque amplio inspirado en la igualdad de género que garantice la plena participación política de la mujer; su empoderamiento social y económico; el reconocimiento de la igualdad de derechos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; y la igualdad en el acceso a la información, la educación, la justicia y la seguridad, incluida la eliminación de todas las formas de violencia sexual y basada en el género; y reconociendo la necesidad de tomar medidas para mejorar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y procurar la toma de decisiones autónomas, el comité recomendó además, que se permita a NNyA acceder a tratamientos e intervenciones médicas sin necesidad de permiso de un adulto: como la prueba del VIH, atención en servicios de salud sexual y reproductiva, educación en salud sexual, métodos anticonceptivos y abortos seguros (CDN, observación general n° 15, 2013).

vez mayores (art. 5), garantizar el derecho de expresar su opinión libremente, teniéndose en cuenta su opinión (art. 12) y velar para que tengan acceso a información que tenga por fin promover su bienestar y su salud física y mental (art. 17).

El **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que garantiza el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud (art. 12) y gozar de los beneficios del progreso científico (art. 125 b).

La **Convención Americana sobre Derechos Humanos**, que establece el derecho de lxs adolescentes a las medidas de protección que requieran por parte de su familia, la sociedad y el Estado (art. 19); y la **Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer**.

Asimismo, existen normas nacionales que reconocen el derecho a la salud y salud sexual de AyJ. Las más relevantes son:

Ley 26061 (2005) Protección Integral de los Derechos de NNyA: presenta el marco general de aplicación local de la CDN y establece tanto los derechos de NNyA, como las obligaciones que corresponden al Estado para su protección. Protege el derecho a la salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva, y el derecho a opinar y elegir.

Ley 25.673 (2002) crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable: contempla la provisión de información y asesoramiento sobre anticonceptivos y su entrega gratuita en todos los servicios públicos de salud, así como por la seguridad social y los seguros de salud privados; atención y prevención de cáncer génito-mamario, atención de la violencia y prevención y atención de VIH/SIDA e ITS. Abarca a la población en general, sin discriminación alguna, por lo que incluye a AyJ, estableciendo el derecho a que reciban información sobre sexualidad y reproducción, así como a la anticoncepción transitoria.

Ley 26.150 (2006) crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral: reconoce el derecho a recibir de forma transversal educación sexual integral en todas las instituciones educativas del país, públicas o privadas, confesionales o laicas, en todos los niveles y modalidades. Desarrolla el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de NNyA.

Ley 26130 (2006) Anticoncepción Quirúrgica: garantiza el derecho de toda persona mayor de 18 años a acceder a la realización de las prácticas denominadas

“ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Aclara que no se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz.

Ley 25808 (2003) Derecho de las adolescentes embarazadas y adolescentes que son mamás o papás a continuar estudiando: modifica el artículo 1º de la ley 25584, y prohíbe a los directivos o responsables de los establecimientos educativos impedir o perturbar los estudios de estudiantes embarazadas, madres y padres.

Ley 26845 (2009) Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales: contiene las obligaciones relacionadas con la garantía del derecho de mujeres, niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia. Establece los tipos de violencia, definiendo, entre otras a la violencia institucional (que puede ser ejercida dentro del sistema de salud), la violencia sexual, violencia contra la libertad reproductiva y violencia obstétrica (que pueden sufrir las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio).

Ley 26529 (2009) Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado: protege el derecho a la atención de la salud de NNyA sin ningún tipo de discriminación, a recibir un trato digno y respetuoso de sus convicciones, y a que se respete la intimidad, autonomía y la confidencialidad de la consulta con profesionales de la salud.

Ley 23798 (1990) Ley Nacional de Sida: tiene como fin garantizar el respeto de los derechos de las personas viviendo con VIH, estableciendo que en ningún caso pueden producirse marginación, estigmatización, degradación o humillación de las mismas. Dispone que el Estado debe garantizar el acceso al diagnóstico, de forma confidencial y gratuita.

Artículo 86 del Código Penal (1921) Interrupción Legal del Embarazo (ILE) o Abortos No Punibles (ANP): dispone dos causales en donde se puede interrumpir legalmente un embarazo: si hay peligro para la vida o la salud de la mujer o si el embarazo es producto de una violación. Como lo indica el fallo F.A.L. de marzo de 2012, en estos casos el aborto es legal y debe ser garantizado por los servicios de salud sin necesidad de denuncia ni de autorización judicial.

Ley 26743 (2012) Identidad de Género: reconoce el derecho de todas las personas a ser reconocidas y tratadas de acuerdo a su identidad de género, y a ser identificadas de esa manera en sus documentos personales. En el caso de NNyA deben acompañarse para la toma de la decisión. Además, a fin de garantizar el derecho a la salud integral, establece el acceso gratuito a prácticas -intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales- que las personas trans deseen realizar para adaptar su cuerpo a su género autopercebido.

Ley 25.929 (2004) de Parto Respetado: establece los derechos en relación al embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.

Ley 26.618 (2010) de Matrimonio Igualitario: permite a todas las personas contraer matrimonio con personas del mismo o diferente género.

Por otra parte, entre 1996 y 2002 doce jurisdicciones aprobaron leyes provinciales referidas a la salud sexual y reproductiva, generando normativas propias para garantizar acciones en la temática. De esta manera, las provincias de Chaco (1996), Mendoza (1996), Neuquén (1997), Misiones (1998), Jujuy (1999), Chubut (1999), San Juan (2000), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000), Río Negro (2000), Santa Fe (2001), Tierra del Fuego (2001) y La Rioja (2002)³², sancionaron leyes que crean, en su mayoría, programas provinciales o servicios de asesoramiento, atención y provisión de métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer génito-mamario y enfermedades de transmisión sexual (PNSSyPR, 2011).

³²Chaco Ley provincial N° 4276 Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable (1996); Mendoza Ley provincial N° 6433 Programa Provincial de Salud Reproductiva (1996); Neuquén Ley provincial N° 2222 Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (1997); Misiones Decreto N° 92/98 Programa Provincial de Planificación Familiar Integral (1998); Jujuy Ley provincial N° 5133 Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de ETS (1999); Chubut Ley provincial N° 4545 Programa de Salud Sexual y Reproductiva (1999); San Juan Resolución 628/00 (2000); CABA Ley provincial N° 418 Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2000); Río Negro Ley provincial N° 3450 Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana (2000); Santa Fe Ley provincial N° 11888 Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2001); Tierra del Fuego Ley provincial N° 509 Régimen Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (2001); La Rioja Ley provincial N° 7049 (2002).

4. Capítulo II. INDICADORES DE SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

4.1. La producción de información como insumo básico para la toma de decisiones en el ciclo de la política pública.

La producción de información de calidad y políticamente relevante resulta clave para la gestión estratégica de los gobiernos. Tanto la planificación, diseño, implementación y evaluación de políticas públicas requieren contar con herramientas que faciliten la toma de decisiones para mejorar la gestión, los resultados y el impacto de dichas políticas.

En este sentido y dada la complejidad cada vez mayor de las sociedades actuales, y por lo tanto, de las políticas públicas a ser implementadas, los sistemas de información se tornan herramientas fundamentales para procesar la cantidad de variables involucradas (Bernasconi Guffanti et. al., 2016), y facilitar así la toma de decisiones a lo largo del ciclo de las políticas.

El ciclo de las políticas públicas, es un modelo teórico-analítico que identifica distintas etapas o fases diferentes en el análisis de políticas: el momento de la construcción de la agenda -que supone la emergencia del problema, su definición y su inserción en el conjunto de cuestiones priorizadas en el programa de decisión y actuación del poder público-, la formulación/diseño de la política -es decir la fase en que una vez consideradas alternativas de intervención se adopta una decisión sobre la estrategia fundamental a concretar, definiendo objetivos, recursos, plazos y resultados esperados de la política a implementar³³-, la ejecución/implementación o la puesta en práctica de la política pública – que consiste en el conjunto de acciones destinadas a alcanzar los objetivos establecidos – el seguimiento/monitoreo –o el proceso sistemático de supervisión de la ejecución de actividades, que busca suministrar información para corregir acciones y asegurar el logro de los objetivos establecidos - la evaluación – que consiste en el análisis de los efectos producidos en la sociedad, especialmente en lo que se refiere a las realizaciones obtenidas y las consecuencias previstas y no previstas - y eventualmente la finalización o extinción de la política misma (Díaz, 1997).

³³ Una técnica utilizada para la determinación y análisis de alternativas y el establecimiento de prioridades es la elaboración de diagnósticos de “estado de situación”, que muestre el estado de situación inicial de un problema y sirva para elaborar/diseñar posibles resoluciones.

En todas estas etapas, que solo se presentan de manera sucesiva a efectos metodológicos, resulta vital contar con información de calidad. La información y conocimiento actualizado, sistematizado y desagregado sobre el estado de situación de salud sexual de la población, y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, mejora las capacidades de formulación, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas en dicha materia. De este modo, la información cobra una importancia política fundamental a la hora de marcar el rumbo de las políticas de salud sexual en la adolescencia y juventud, definiendo así lo que se ve y lo que no se ve, lo que se prioriza y lo que no, lo que merece atención y acción y lo que se puede omitir.

4.2 ¿Qué son los indicadores?

Los indicadores son instrumentos contruidos a partir de un conjunto de valores numéricos o de categorías ordinales o nominales, que sintetizan aspectos importantes de un fenómeno con propósitos analíticos (Naciones Unidas, 1975). Es una medida estadística de un aspecto determinado de la realidad, que expresa las propiedades de un fenómeno o situación del que interesa conocer el estado en el que se encuentra.

Una de las definiciones más utilizadas expresa que los indicadores “son estadísticas, serie estadística o cualquier forma de pronóstico que nos facilita estudiar dónde estamos y hacia dónde nos dirigimos con respecto a determinados objetivos y metas, así como evaluar programas específicos y evaluar su impacto” (Bauer 1966 citado por Horn, 1993). Gracias a la información que proporcionan, los indicadores deben considerarse como herramientas que ayudan a dar respuestas a problemas sociales y contribuyen a la toma de decisiones de políticas públicas sustentadas en datos concretos. Un dato no es lo mismo que un indicador. Las observaciones organizadas sistemáticamente proveen datos y estadísticas, que contienen información numérica y pueden ser ordenados en indicadores, diseñados para el análisis social, político y económico (Adaptación de Horn, 1993 citado en CEPAL, 2005).

Los indicadores de salud capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones³⁴ del estado de salud y del desempeño de un sistema de salud, intentando describir y monitorear la situación de salud de una población determinada.

³⁴ Los atributos refieren a las características o cualidades de la salud; y las dimensiones de la salud comprenden el bienestar físico, emocional, espiritual, ambiental, mental y social.

El uso de indicadores en el ámbito de la salud tiene como objetivo sustentar la toma de decisiones en el ámbito de la salud, para mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades injustas y evitables (OPS, 2018).

Siguiendo al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la generación y uso sistemático de indicadores para los derechos humanos permite advertir posibles violaciones, generando señales a las políticas para garantizar las libertades humanas, determinar qué actores están influyendo en la realización de los derechos, promover consenso social en torno a la temática, formulando mejores políticas así como vigilando la concreción de progresos (PNUD, 2000:89). Al respecto el informe sobre el Desarrollo Humano del año 2000 remarca que el desarrollo de indicadores de derechos humanos tiene como objetivo verificar si el Estado respeta, protege y garantiza los derechos humanos, y si promueve que se cumplan sus principios fundamentales (universalidad y no discriminación en el goce de los derechos, participación, etc)³⁵.

Por último, los indicadores de género son herramientas que sirven para medir los cambios producidos en las relaciones de género (CEPAL, 2006:22). Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), su utilidad radica en que:

- Son una poderosa herramienta de información que hace visible la magnitud y la intensidad de las distintas formas de inequidad de género.
- Ofrecen respuestas a problemas específicos que se han planteado sobre la forma diferenciada en que mujeres y hombres se ven afectados en distintos ámbitos de la vida.
- Ofrecen estimaciones de magnitud de las contribuciones que realizan las mujeres y hombres en ciertos campos específicos.
- Son un mecanismo eficiente para apoyar la toma de decisiones políticas, evaluar los resultados de aquellas que ya han sido implementadas, monitorear los avances, retrocesos o estancamientos de estas acciones en el tiempo para promover la equidad.

³⁵ Los indicadores de derechos humanos evalúan si las personas viven con dignidad y libertad, pero su eje está puesto en la medición de las obligaciones que asume el Estado en el cumplimiento de dichos derechos (ODNyA, 2013)

- Ayudan a la identificación de las diferentes causas subyacentes que pueden estar incidiendo en la manifestación de los aspectos de inequidad, permitiendo actuar sobre éstos para promover los cambios.
- Ofrecen una importante fuente de retroalimentación para la generación de estadísticas de género que no han sido identificadas como fuente de inequidad; informan sobre la necesidad de mejorar los métodos y las clasificaciones requeridas para reflejar la realidad de género.
- Proveen una base imparcial y comparable para la evaluación del progreso hacia las metas acordadas para mejorar la situación de las mujeres en distintas reuniones internacionales.
- Permiten que la opinión pública se sensibilice y visualice los problemas de género promoviendo un cambio de roles y de estereotipos en la sociedad. (CEPAL, 2006:22-23).

En la explicación de las utilidades de los indicadores de género que propone la CEPAL se observan algunos subtextos de género hegemónicos/binarios que reducen las “relaciones de género” entre mujeres-cis y varones-cis. Así, los propios organismos que promueven la utilización de indicadores con perspectiva de género se encuentran atravesados por subtextos hegemónicos/binarios, que invisibilizan y niegan las múltiples identidades y expresiones de género existentes, y simultáneamente, como operan las inequidades de género en las personas LGTBI.

No obstante todo lo expuesto, es importante aclarar que los indicadores son sólo herramientas y no objetivos en sí mismos. Por sí solos no resolverán problemáticas, aunque sí contribuirán a la visibilización –o invisibilización- de las mismas, contribuyendo al análisis de las políticas.

4.3. Algunas reflexiones en torno a la construcción de la información

Los indicadores deben cumplir con ciertas condiciones: ser específicos (estar vinculados con los objetivos que se planteen), claros (de fácil comprensión), medibles (en particular, cuantificables), relevantes para la aplicación de políticas, permitiendo establecer metas y convertirlas en acciones), estar disponibles por varios años con el fin de que se pueda observar el comportamiento del fenómeno a través del tiempo, ser válidos (la medición exacta de un comportamiento, práctica, tarea, que es el producto o

resultado esperado de la intervención), confiables (consistentemente medible a lo largo del tiempo, de la misma forma, por diferentes observadores) y comparables.

Si bien la selección de los indicadores debe depender de los objetivos, y no de la disponibilidad de información proveniente de encuestas, censos y/o registros administrativos; es preciso que puedan ser medibles a partir del acervo de los datos disponibles (ODNyA, 2013). Esto quiere decir que si bien es importante pensar cuáles son los datos efectivos que queremos recolectar a través de la construcción de indicadores, es relevante también planificar de qué manera se van a conseguir; ya que si no se consiguen los datos no hay indicador. Varios de los indicadores propuestos por el OSSyR de Argentina presentan esta problemática: si bien nombran el indicador, se encuentran “sin datos” y sin fuente primaria de información.

Esto nos hace preguntarnos que no haya datos; ¿es un dato? La ausencia de datos puede deberse a que existen situaciones nuevas que aún no han ingresado en la agenda pública, o cuando lo han hecho, sus instituciones estatales no han comenzado aún a transformarse para producir información y conocimiento sobre el tema; o que hay sub-registros de temáticas complejas, difíciles de medir, como las relacionadas con el abuso, el maltrato y la violencia; o temas que al ser ilegales dificultan su tratamiento y registro, como el caso del aborto; o en donde simplemente no hay voluntad, definición o priorización política para abordar esas temáticas.

Pocos datos hay sobre diversidad sexual. En “estado de salud de las y los adolescentes 2016” el PNSIA aclara que no se dispone de información oficial que pueda dar cuenta de indicadores de salud específicos para la comunidad LGTBI; y que los datos disponibles son producto de diferentes estudios realizados por organizaciones no gubernamentales, investigadores e instituciones; que por la escala de los mismos no pueden ser utilizados como representativos del estado de salud de la población (PNSIA, 2017). Poco conocimiento hay sobre el acceso a la salud de las personas trans e intersexuales, o la cantidad de personas LGTBI que existen. Ahora bien, haciendo nuestras las palabras de Amalia Fischer Pfaeffle, nos parece importante aclarar que aún si fuera una sola persona, la cantidad no importa, porque no necesitamos tener datos estadísticos suficientemente representativos para que la existencia de algo pueda ser tomada en cuenta. Las personas LGTBI no son únicamente estadísticas, son subjetividades, que tienen derechos y que le son negadxs, no importa si existe un

número pequeño o grande en el mundo, lo importante es que puedan ejercer sus derechos (Fischer Pfaeffle en Maffía, 2013).

En relación a esto, también se observa que existen datos pero muchos no están desagregados, o los criterios que se toman para desagregar no coinciden entre los registros disponibles³⁶. Creemos que la desagregación de la información es fundamental para dar cuenta del cumplimiento de derechos humanos, ya que sólo así se puede visualizar el real acceso y goce de los derechos por parte de los grupos más vulnerables y por tanto, formular políticas públicas que modifiquen dicha situación con criterio de equidad, género e inclusión (ODNyA de Santa Fe, 2013).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los datos siempre son producidos desde una determinada posición de conocimiento. De este modo, el enfoque del que partamos para mirar los datos influirá en nuestra forma de conocer. Así, según como se miren los datos pueden ser utilizados para aseverar cosas diferentes y, a veces, hasta contradictorias entre sí³⁷. En este punto nos parece central entender que no existe dato a priori al conocimiento, ni al sujeto que conoce. Y que, en este sentido, los datos e indicadores con los que se analiza la política de salud sexual en AyJ, son tales por la mirada de salud, sexualidad, género, adolescencia y juventudes que los antecede.

4.4. Indicadores de Salud Sexual preponderantes en Argentina. Énfasis en la población adolescente (10 a 19).

Las distintas publicaciones consultadas mencionan de diferente modo a los indicadores que analizan. Por ese motivo, el siguiente listado es una adaptación propia, que intenta aunar los criterios que se observan de manera predominante, con el objetivo de analizarlos.

Para ver el detalle de los indicadores que se presentan por programa u organismo véase el Anexo Nº 1 del presente informe “Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018” y las fuentes primarias

³⁶ Por ejemplo los tramos etarios que distinguen la niñez, la adolescencia y la juventud, varían según los estudios e indicadores; dificultando la comparación de los datos relevados.

³⁷ Por ej., en el análisis de la ENSSyR realizado por el PNSSyPR, los “tipos de MACs” son clasificados de diferentes formas según el indicador a analizar y lo que se quiere demostrar. En “MAC utilizado principalmente, mujeres sexualmente activas” se dice que el uso de “métodos tradicionales”, entre los que se tiene en cuenta al ritmo, retiro, lactancia, método del moco cervical, yuyos, hierbas o tés y otros, resultan de una escasa significación a nivel nacional; y en los “métodos utilizados cuando la mujer queda embarazada” aparecen como uno de los más utilizados (PNSSyPR, 2013).

de información consultadas para el análisis, que se detallan en la bibliografía del presente informe.

4.4.1 Embarazo o Fecundidad (y sus causas y consecuencias.)

Una de las temáticas recurrentes en los estudios de salud sexual en la adolescencia y juventud es la del embarazo o fecundidad.

La Tasa de Fecundidad Adolescente -de 10 a 19 años- es uno de los indicadores de salud sexual en la adolescencia con más seguimiento en Argentina³⁸. Las fuentes de información que se utilizan son el INDEC y la DEIS (Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19). El Ministerio de Salud define a la tasa de fecundidad como el “número de nacidos vivos registrados en la población “femenina” de un grupo de edad específico (10 a 19) de una zona geográfica dada en un año dado, sobre la población “femenina” de ese grupo de edad de la zona geográfica dada en mitad del mismo año por 1000” (DEIS, 2018:14). Según datos del PNSIA (2016), en 1954 se empiezan a publicar en el país las estadísticas de fecundidad según edad.

Actualmente, se mide la Tasa de fecundidad adolescente temprana (menores de 14) y la Tasa de fecundidad adolescente tardía (de 15 a 19 años), y la evolución que la misma va teniendo a través de los años. Esta distinción se fundamenta sobre la base de que los embarazos en menores de 15 años merecen una preocupación especial, no sólo por el mayor riesgo físico -de muerte- y las consecuencias sociales que conlleva un embarazo a tan temprana edad, sino porque gran parte de estos casos son producto de relaciones forzadas, no consentidas y abuso sexual³⁹.

Más allá de esta división, en todos los análisis, una elevada tasa de fecundidad adolescente (sin importar la distinción de edades que pueden ir desde los 10 –o menos- hasta los 19 años) es vista siempre como un problema a erradicar, siendo un objetivo fundamental de las políticas de salud sexual en la adolescencia la reducción de la misma.

³⁸ La reducción de la tasa adolescente se relaciona a nivel mundial con el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio (ODM) 2000, donde se hace hincapié en: la “reducción de la cantidad de embarazos de adolescentes”, que deja a más madres jóvenes en situación de riesgo y, a la “pobreza y la falta de educación” que perpetúan las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes.

³⁹ Aún en casos de relaciones sexuales consentidas, se puede hablar de un “embarazo infantil forzado” (Chiarotti, 2016) cuando se da en el marco de relaciones desiguales, donde media algún tipo de abuso de poder o donde las adolescentes no tienen un pleno conocimiento de a qué están consintiendo (Giusti y Pantelides, 1991 citado en UNICEF 2017:8)

Además de la distinción por edad, se prioriza a nivel país, la diferenciación por residencia de la “madre” (mayormente por provincia), con el fin de visibilizar las “inequidades provinciales en salud”. Asimismo, la fecundidad es relacionada con otros indicadores, que buscan investigar sus “causas” y “consecuencias”. Entre los más mencionados se encuentran: el “nivel educativo”, donde se acentúa la distinción del nivel de escolaridad alcanzado en “mujeres madres” y “no madres” (siendo los niveles educativos alcanzados por las primeras menores en relación a las segundas); y la “vulnerabilidad”, donde se toma como referencia el nivel de ingresos y/o las características de la vivienda (siendo las clases sociales bajas y vulnerables las que tienen mayor “incidencia de embarazo”). La elección y análisis de estas variables busca señalar que el embarazo en menores de 20 años es un problema de salud pública e inequidad social. Ahora, para lxs AyJ que cursan un embarazo ¿siempre es un problema?

Hay posturas que sostienen que si bien hay casos en que lxs adolescentes deciden o desean ese embarazo; también debe caracterizarse como un problema porque: a) son decisiones muy relevantes que no se pueden tomar a esa edad (“la persona es muy chica para saber qué es lo que le conviene”); b) el embarazo en la adolescencia perjudica sus planes futuros, la posibilidad de conseguir un trabajo, seguir estudios, y en consecuencia mantiene o aumenta su nivel de vulnerabilidad c) hay mayores riesgos para la salud de la madre y el feto en gestación y d) que el mandato materno del sistema patriarcal condiciona, y a veces “obliga”, a esas mujeres a desear la maternidad, como único proyecto de vida posible, y le estaríamos quitando así otras posibilidades.

No obstante –exceptuando los casos de personas menores de 15 años ya mencionados- existen estudios que señalan que no hay una vinculación necesaria y directa entre la “edad de la madre” y los “riesgos para la salud de la madre y el feto en gestación”. Al respecto, “Pantelides (2004) señala –entre otros autores– que luego de treinta años de investigación, existe sobrada evidencia de que los riesgos de salud para las madres adolescentes y sus hijos provienen en gran medida de las deficiencias nutricionales y la falta de atención médica y/o conductas de autocuidado que frecuentemente entraña la vida en condiciones de pobreza y no de la edad de las madres

per se⁴⁰” (Gogna, 2005:26). Asimismo, en relación al vínculo entre la maternidad joven y la vulnerabilidad, y la preocupación centrada en el argumento que afirma que la maternidad temprana es un “mecanismo de transmisión de la pobreza”, resulta retomando a Gogna (2005) relativizada. Según la autora “La evidencia puede ser leída en forma inversa: es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia” (Pantelides, 2004 citado en Gogna, 2005:26).

Teniendo en cuenta lo antedicho, y excluyendo las situaciones de abuso y violencia sexual, nos preguntamos: un embarazo entre los 16 y los 19 años ¿debe ser siempre caracterizado como un problema de salud a erradicar? ¿Qué pasa cuando un embarazo es parte del proyecto de vida de lxs adolescentes? ¿Acaso existen subtextos de generación que presuponen a lxs adolescentes como personas sin capacidad para la toma de decisiones autónomas? Retomaremos estas reflexiones en el capítulo III.

En relación a la fecundidad, se analiza además, la situación conyugal o de convivencia con la pareja, la planificación del embarazo (se habla de embarazo planificado/no planificado; intencional/ no intencional; buscado/no buscado o deseado/no deseado); y la repitencia del embarazo (si esas madres son nulíparas - mujeres que no han tenido un parto - o tiene entre 1 o 3 gestas previas). La fuente principal para la obtención de datos sistemáticos de estos indicadores es el SIP.

También se mide la atención en el embarazo -haciendo hincapié en la detección del embarazo y el número de controles de embarazos realizados-, en el parto -donde se presta atención a la institucionalización de los partos y al tipo de parto (cesárea/natural)- y el postparto. No hay menciones ni análisis de indicadores en relación al “parto respetado”⁴¹.

⁴⁰ Por ejemplo, una serie de artículos publicados en el año 2002 por la revista *International Journal of Epidemiology* denota un desplazamiento desde una visión que presentaba el embarazo en la adolescencia como un problema de salud pública hacia otra que señala que los problemas sanitarios están originados en la inequidad social más que en la edad de los jóvenes (Lawlor y Shaw, 2002; Scally, 2002; Rich-Edwards, 2002; Smith, 2002). Estudios recientes realizados en México con parturientas adolescentes muestran que ellas no corren riesgos importantes o significativamente superiores a los de las adultas (Román Pérez y otros, 2001, citado en Pantelides, 2004) (Gogna, 2005:26).

⁴¹ Según la Ley 25.929, toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; a ser tratada con respeto y tenga en consideración sus pautas culturales; a ser considerada como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto; al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer; a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijx y a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales; a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección

4.4.2. Inicio sexual.

Otro de los indicadores priorizados, relacionados con la adolescencia, juventud y salud sexual es el “inicio sexual”. Lo que se releva es la edad en años (o media de edad) de la primera relación sexual. Se suele distinguir la respuesta por sexo (varón –mujer), región geográfica y edad. Se analiza además, si hubo uso de MAC en la primera relación sexual. En la mayoría de los estudios, se hace hincapié en el análisis sobre la respuesta de las mujeres. También se indaga por situaciones de abuso y violencia sexual, examinando sobre la existencia de situaciones de coerción en la primera relación sexual y la “edad de las parejas sexuales de las mujeres que se inician sexualmente”.

En la mayoría de los estudios el inicio de relaciones sexuales a “edades tempranas” es visto como una situación de “riesgo” a disminuir o erradicar. De este modo, bajo la pregunta por el “inicio sexual”, subyace una mirada biomédica de reducción de riesgo, y discursos que asocian que lxs AyJ que comienzan a tener relaciones sexuales están más expuestos al “riesgo” de tener un embarazo no deseado o a contraer alguna infección sexual. Además, es un indicador que busca identificar situaciones de coerción y abuso sexual, con el fundamento de que en diversos estudios se ha demostrado que cuanto menor es la edad del inicio sexual mayor es la proporción de relaciones sexuales no queridas y de relaciones forzadas físicamente (Geldstein y Pantelides, 2003; Manzellu y Pantelides, 2007) muchas de las cuáles terminan en un embarazo “no buscado”. En ambos casos, subyace el objetivo de retrasar las relaciones sexuales, que guiarán las políticas de salud sexual en esta población.

Asimismo, considerando la globalidad de indicadores, y la relación que se hace en la mayoría de los análisis y fuentes primarias de información entre la “iniciación sexual” y el “uso de MAC”, y la centralidad dada a las respuestas de las mujeres, la pregunta por el inicio sexual refiere principalmente al inicio de relaciones sexuales coitales en mujeres cis-heterosexuales.

Las fuentes mencionadas son la ENSSyR 2013, la ENNyS 2005 y EMSE 2007 y 2012. Si bien en todas las encuestas se realizaron preguntas tanto a mujeres como varones, la mayoría de los estudios y análisis hacen hincapié en las respuestas brindadas por las “mujeres”. Ante esto nos preguntamos, ¿Por qué importan más las respuestas

durante el trabajo de parto, parto y postparto; a tener a su lado a su hijx durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales; entre otros.

de las mujeres que la de los varones? ¿Qué tipo de mujeres parecen ser las que importan? ¿Se presume algún tipo de orientación sexual e identidad de género de las mismas? Retomaremos estas reflexiones en el capítulo III (punto 5).

4.4.3 Métodos Anticonceptivos (MAC)

Las preguntas referidas a métodos anticonceptivos - métodos para prevenir o evitar el embarazo - se encuentran en la mayoría de los análisis de salud sexual de AyJ.

Uno de los indicadores que más se repite es el de “conocimiento de MAC”, entendido como el conocimiento que las personas tienen de los distintos métodos anticonceptivos que existen. La única fuente de información relevada es la ENNSyR 2013, cuya población de análisis es la de mujeres de 14 a 49 y varones de 14 a 59 años. Los estudios priorizan el conocimiento de MAC de las “mujeres en edad reproductiva” o “sexualmente activas” (14 a 49 años) y en la población adolescente (10 a 19). Se distingue para el total del país y por regiones.

El PNSSyPR desagrega este indicador, distinguiendo: por tipo de método, grupo de edad (14 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49), nivel de ingresos (bajo, medio, alto) y nivel educativo alcanzado (primario incompleto/completo, secundario incompleto/completo, terciario o universitario incompleto/completo).

Además, se analiza el “uso de MAC”, en mujeres y varones. En algunos casos se realiza la distinción entre “uso de MAC” y “uso de preservativo”, haciendo hincapié en que el preservativo además de prevenir embarazos previene de infecciones de transmisión sexual⁴². Las fuentes de información mencionadas son la EMSE y la ENNSyR. Si bien ambas encuestas se realizaron a varones y mujeres, en los estudios se priorizan los datos de las mujeres. También prevalece el análisis de datos de población adolescente.

Algunos análisis detallan los MAC utilizados, haciendo hincapié en el “tipo de MAC utilizado (hormonal, barrera, etc.)”, la “decisión sobre el uso de los MAC”, y “causas de no uso de MAC”. Se hace hincapié en las respuestas de las mujeres, distinguidas por región geográfica, grupos de edad e ingreso.

⁴² En relación a ello, el cuestionario de la EMSE indaga sobre “cuantos adolescentes utilizaron condón en su última relación”, “cuantos utilizaron condón siempre” y “cuantos utilizaron siempre algún otro método anticonceptivo”, distinguiendo las respuestas por sexo y edad.

Además se diferencia la anticoncepción en la primer relación sexual, anticoncepción en los embarazos no planificados y anticoncepción post evento obstétrico (post-parto o post-aborto). En relación a ello, se habla de “calidad en el Uso de MAC” o porcentaje de uso de MAC cuando la “mujer” quedó embarazada (detallando cuál era el MAC utilizado).

Por último, se menciona la “obtención de MAC”, haciendo hincapié en la gratuidad en el acceso a MAC y lugar de obtención.

Si bien las fuentes de información (ENNyS y EMSE) preguntan sobre uso de MAC en mujeres y varones, la mayoría de los estudios toman para el análisis las respuestas de las mujeres, relacionándolas con los datos sobre embarazos. En relación al uso de MAC, no se aclara si los varones o mujeres son personas cis o trans, ni las prácticas sexuales que realiza, ni su orientación sexual. De este modo, se puede inferir que -ante la ausencia explícita de tal información- los citados estudios refieren a mujeres y varones cis-heterosexuales (puesto que son lxs sujetxs tácitos de casi todos los estudios al respecto, salvo aclaración explícita).

4.4.4. Mortalidad Materna.

La Mortalidad Materna (MM) refleja el riesgo de morir de las “mujeres” durante la gestación, el parto y el puerperio. Se define como “muerte materna”, a la defunción de una “mujer” mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales (DEIS). El Ministerio de Salud establece la MM considerando el número de defunciones por “causas maternas” acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado sobre el número de nacidos vivos registrados en la población por área geográfica dada durante el mismo año (DEIS).

En relación a ello, el indicador con mayor consideración es el de Tasa de mortalidad materna, diferenciándose entre el total de la población y la población adolescente, con énfasis en menores de 15. Esta distinción se fundamenta en base a que el riesgo de enfermar y morir como producto del embarazo, parto y postparto, son mayores en las personas menores de 15 años. La tasa de mortalidad materna es un

indicador que se monitorea anualmente en nuestro país, buscando la reducción de la misma, en concordancia con los objetivos de desarrollo de Naciones Unidas - los ODM 2000 y los ODS 2015.

Otro indicador relevante es el de las “causas de las muertes maternas”, distinguiendo entre causas directas e indirectas, donde las “causas obstétricas directas” son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias antes mencionada; y las “causas obstétricas indirectas” son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona mediante el mismo. En los análisis se hace hincapié en una de las causas directas de mortalidad, que son las “muertes por aborto”, por ser la causa más significativa de MM (fuente: DEIS, MSN).

4.4.5. Mortalidad Perinatal e Infantil y Nacidos Vivos Pre-término y Bajo Peso.

Dentro de los indicadores de salud sexual, se analiza el período perinatal, concebido como el lapso de tiempo entre la semana 22 de gestación⁴³ y el parto, incluyendo los 7 días después del nacimiento. Principalmente se mide la Tasa de mortalidad perinatal, que refiere al número de muertes perinatales⁴⁴ cada 1000 nacimientos (DEIS), según edad de la “madre” y lugar de residencia. La distinción por edad es relevante ya que, en la mayoría de los estudios, que siguen los análisis de la OMS, se concibe que el índice de muertes perinatales es mayor en los casos de “embarazos adolescentes”, en particular en menores de 15 años.

Asimismo, se sostiene que los casos de mortalidad perinatal y fetal se relacionan con partos pre-término y bajo peso al nacer. En relación a esto se sostiene que “Si bien la mayoría de estos casos (vivos y muertos) son partos pre-término, el peso al nacer es el camino final crucial en la cadena causal fatal. A medida que el peso se aleja de un nivel óptimo de sobrevivencia, el riesgo de muerte aumenta en forma exponencial” (DEIS, 2016:20).

⁴³ cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos.

⁴⁴ Se considera muerte perinatal a aquellas muertes fetales ocurridas desde la semana 22 de gestación y hasta 7 días después del nacimiento.

Conforme a ello, se mide la cantidad de “Nacidos Vivos (NV)” muy bajo peso (<1500 gr), bajo peso (< 2500gr) y pre-término (menos de 37 semanas de gestación) según edad de la madre. La mayoría de los estudios mencionan que las probabilidades de NV bajo peso, bajo peso extremo o pre-término, aumentan entre las hijas de adolescentes menores de 15 años en comparación al resto de las adolescentes y las adultas, aumentando la posibilidad de mortalidad perinatal e infantil.

La mortalidad infantil comprende la mortalidad de menores de un año. Dentro de esta, se encuentra la mortalidad neonatal, que es la ocurrida en el transcurso de los primeros 27 días de vida.

Tanto la tasa de mortalidad perinatal como la infantil se monitorean anualmente, buscando su reducción⁴⁵.

4.4.6. Aborto.

Actualmente nuestro país no cuenta con datos oficiales de aborto, debido a que según el Código Penal -exceptuando las causales que permiten la interrupción legal del embarazo (ILE) o Abortos No Punibles (ANP)⁴⁶- el aborto es un “delito contra la vida”, y en consecuencia, no existe un registro que lo cuantifique y que además distinga los abortos espontáneos de los inducidos. Al ser una práctica legalmente restringida la medición de la incidencia real del aborto en Argentina es muy compleja (Mario y Pantelides, 2009).

Más allá de esta complejidad, en Argentina se miden los “egresos hospitalarios por aborto”, es decir, el número de casos de hospitalizaciones por complicaciones de aborto (espontáneos e inducidos) en las instituciones de salud, distinguiendo por edad y jurisdicción. No obstante, este indicador presenta sus dificultades. Según Silvia Mario y Edith Pantelides (2009) “En general los registros de egresos hospitalarios se caracterizan por estar mal clasificados y ser incompletos debido a la penalización legal y social del aborto, tanto para la mujer como para el médico practicante. Debido a esta

⁴⁵ Estos indicadores concuerdan, a nivel mundial, con el cuarto objetivo de desarrollo del milenio para las Naciones Unidas y del objetivo tres de desarrollo sostenible, donde se explicita como meta el “poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años”.

⁴⁶El artículo 86 del Código Penal (1921) dispone dos causales en donde se puede interrumpir legalmente un embarazo: si hay peligro para la vida o la salud de la mujer o si el embarazo es producto de una violación. Como lo indica el fallo F.A.L. de marzo de 2012, en estos casos el aborto es legal y debe ser garantizado por los servicios de salud sin necesidad de denuncia ni de autorización judicial.

situación, muchas de las mujeres que buscan asistencia en los hospitales por complicaciones de un aborto inducido lo declaran como espontáneo y los médicos, por no contar con la declaración de la mujer o porque no existen evidencias de maniobras o no desean verse comprometidos, manifiestan que el aborto no tiene una causa específica o que es espontáneo (Mario y Pantelides, 2009:99)” Además, y en relación a la penalización legal y social del aborto, muchas jurisdicciones no informan sus datos. Por último, sólo se contabilizan las internaciones y no las atenciones por guardia, que han aumentado a partir de la creciente utilización del misoprostol.

Por otro lado, como se mencionó en el punto anterior, se miden las “muertes maternas por aborto”, es decir las muertes cuya causa se debe a un embarazo terminado en aborto (espontáneo o inducido)⁴⁷.

Los “egresos hospitalarios por aborto” y “muertes maternas por aborto”, son indicadores que se priorizan para la población de 10 a 19, mencionándose como fuentes a la publicación de “Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19” del DEIS y los Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico.

Por último, no existen datos oficiales que midan el acceso a la interrupción legal del embarazo, como garantía de derechos humanos, sexuales y reproductivos.

4.4.7. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Si bien la mayoría de las dimensiones de análisis son denominadas como “infecciones de transmisión sexual”, el énfasis en la mayoría de los estudios es puesto en el VIH/SIDA, y en segundo lugar, VDRL para sífilis. Se prioriza la “tasa de diagnósticos de VIH”, distinguiendo por edad, sexo –varón/mujer-, región y en mujeres embarazadas –y la cantidad de “bebés de madres con VIH” que son diagnosticadas con el virus por la “transmisión vertical”- y el “conocimiento de prácticas preventivas contra el VIH/SIDA”, con el objetivo de mejorar el acceso a la información como forma de prevención de la transmisión. Este último se relaciona con el objetivo 6 “Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades” de los ODM 2000, bajo la observación de que “muchas gente joven sigue sin saber cómo protegerse contra el VIH” (ODM, 2000).

⁴⁷ Para este indicador se utilizan los diagnósticos del O000 al O008 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), cuya sección es denominada como “embarazo terminado en aborto”.

En los Boletines Epidemiológicos, se hace hincapié en la cantidad de personas que viven con VIH, los porcentajes que conocen su diagnóstico y, de estas últimas, las que están en tratamiento; los “diagnósticos tardíos” –que se realizan en una etapa avanzada de la infección- y “defunciones por SIDA”; buscando reducir los casos de VIH y mejorar el acceso al diagnóstico oportuno. En la mayoría de estos indicadores se distingue por sexo –varón/mujer- y región.

Además se prioriza el indicador de “prevalencia de VIH” –que discrimina los porcentajes de la población que vive con VIH con mayor prevalencia en Argentina-, donde se hace hincapié en “mujeres trans” y “hombres que tienen sexo con hombres”, entre otras categorías que incluyen: trabajadorxs sexuales y o en situación de prostitución, personas en contexto de encierro, y jóvenes y adultxs de toda la población.

Se destaca a las publicaciones de VIH, por ser pioneras en la incorporación de la diversidad sexual a los indicadores de salud sexual, sin embargo en algunas de las categorizaciones que se realizan –como en la mencionada anteriormente- estas distinciones no tienen que ver con una diferenciación entre sexo-género de toda la población, sino que lxs asocia e identifica como poblaciones de riesgo, asociando la sexualidad de determinadas orientaciones sexuales o identidades como “más riesgosas”, aumentando su vulnerabilidad y exclusión. Estas ideas subyacen en algunos materiales de promoción de salud sexual actuales que tienen entre sus objetivos, eliminar los mitos de que el VIH o determinadas ITS son transmitidas por un determinado “estereotipo” de personas, sino que es algo que nos puede pasar a todxs, sin importar la clase social ni el género⁴⁸.

Por último, se destaca el indicador “vías de transmisión de VIH” en varones y en mujeres, donde la gran mayoría de las infecciones se producen por relaciones sexuales sin protección, en especial con varones. Entre las opciones de respuesta⁴⁹, se destaca la opción de “transmisión perinatal” en varones -visibilizando la existencia de varones-trans con capacidad de gestar- y que haya opciones de relaciones sexuales tanto con mujeres como con varones. Pero, en mujeres no está disponible la opción de “relaciones

⁴⁸ Ejemplo de esto es el manual “experiencias para armar” del PNSSyPR, que contiene entre sus juegos actividades específicas de promoción de VIH para “derribar mitos” al respecto. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000598cnt-experiencias-para-armar-baja.pdf>

⁴⁹ Relaciones sexuales sin protección con varones, relaciones sexuales sin protección con mujeres, transmisión perinatal, uso compartido de drogas inyectables

sexuales sin protección con mujeres” invisibilizando las relaciones sexuales entre mujeres y reforzando el mito de que no hay posibilidades de transmisión de ITS-VIH en sexo entre mujeres.

4.4.8. Violencia

Si bien los indicadores de violencia son complejos de medir, los análisis identifican algunos indicadores que se relacionan con la violencia, el abuso y la coerción. Entre los más mencionados se encuentra la “situación de coerción en la primera relación sexual” (ENSSyR, 2013). Se menciona el interés por tener datos de abuso sexual, en especial como causa del embarazo en adolescentes menores de 15, pero no hay registros oficiales ni sistematizados –ni del sistema de salud ni de justicia⁵⁰- que puedan brindar aproximaciones sobre los mismos más allá de algunos estudios específicos⁵¹.

Tampoco se hace referencia –con estadísticas oficiales- a la garantía -o vulneración- de los derechos sexuales y reproductivos de la población: como el acceso a información, educación sexual, a los MAC elegidos, al parto respetado o a la interrupción legal del embarazo en niñas abusadas sexualmente que son forzadas a continuar con su embarazo. Actualmente, existen leyes que permiten exigir la garantía de estos derechos sexuales y reproductivos –concebidos como derechos humanos fundamentales-, por lo que garantizarlos o no, no es sólo una “buena práctica” médica o profesional, sino que las prácticas que no se garantiza, violan leyes y vulneran derechos; motivo por el cuál creemos que esto también podría ser analizado desde una perspectiva de “violencias”.

Por último, en las publicaciones y organismos analizados, no se mencionan datos sobre “violencia de género” ni sobre consentimiento en las relaciones sexuales.

⁵⁰ el sistema de justicia sólo se basa en las denuncias formales que no siempre se realizan, de manera que el número de denuncias no da cuenta de la ocurrencia real del evento (PNSIA – CUS, 2016)

⁵¹ Uno de los estudios más referenciados al respecto, es realizado por Binstock y Gogna (2013) “Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia”. Este señala que los embarazos en menores de 15 años se inscriben en historias de vida atravesadas por la violencia.

5. Capítulo III. ¿QUÉ MIRAN LXS QUE MIRAN? ANÁLISIS DE LOS SUBTEXTOS DE SEXUALIDAD, GÉNERO Y GENERACIÓN DE LOS INDICADORES DE SALUD SEXUAL.

Al realizar una primera aproximación a los estudios sobre salud sexual que se han realizado en estos últimos años en Argentina, llama la atención, con sólo ver sus títulos e índices, que la gran mayoría hablan preponderantemente de mujeres cis heterosexuales, adolescentes y reproducción.

“Fecundidad y maternidad adolescente”, “anticoncepción y maternidad”, “inicio sexual”, ¿A qué edad se comienza a tener relaciones sexuales? ¿Se usan anticonceptivos en la primera relación sexual? ¿Las adolescentes tienen mayor riesgo de morir durante la gestación, parto, y posparto que una madre mayor de 20 años? Los fetos de las jóvenes que cursan un embarazo ¿tienen mayor riesgo de morir? ¿Cuántas personas tienen VIH? Estas parecieran ser las ideas y preguntas que guían a la mayoría de los análisis en salud sexual. En menor proporción, y en los últimos años, se observa que emergen algunas publicaciones relacionadas a la diversidad sexual, masculinidades y violencia de género.

Al mismo tiempo, la mayoría de los programas y estudios de salud sexual postulan tener una mirada integral de la sexualidad con enfoque de género y derechos humanos. No obstante, esto no se ve reflejado en la información que producen ni en los indicadores que priorizan para el análisis de las políticas de salud sexual. Es en este sentido que observamos un desfase entre las perspectivas que enuncian los programas y los datos e indicadores que construyen, miden y analizan. Se habla de salud sexual integral con enfoque de género y derechos humanos, pero luego, al definir cuáles son los datos e indicadores que se priorizan, sólo se focaliza en fecundidad, reproducción y métodos anticonceptivos con una fuerte mirada bio-médica asociada a la reducción de riesgos (infecciones y embarazos).

Si cuestionamos acerca de si estos programas y estudios tienen enfoque de género y derechos humanos, y una concepción integral de la sexualidad, en la totalidad o mayoría de los casos deberíamos responder afirmativamente. Sin embargo, al analizar las características de los indicadores que priorizan para estudiar las políticas de salud sexual, nos preguntamos ¿desde qué enfoque de género y generación es que se analizan las políticas públicas en salud sexual? ¿Qué enfoque de género se postula si se

privilegian conceptos hetero-cis-sexistas? ¿Qué concepto de adolescentes y jóvenes se establece si prima una mirada adulto-céntrica y tutelar? ¿Qué mirada de sexualidad prima si se priorizan indicadores reproductivos? ¿Qué sujetxs destinatarixs son tácitamente configuradxs por esas miradas y enfoques?

En torno a estas preguntas, nos proponemos analizar -de manera crítica- los subtextos - “aquello no dicho, pero que se puede intuir” (Munévar, 2014) - de sexualidad, género y generación que permean las políticas públicas en salud sexual destinadas a AyJ, y los indicadores que se construyen para analizarla. Intentando develar si tras los enunciados existen comprensiones hegemónicas de la sexualidad (biologista y reproductiva), del género (cis-hetero-coito-alo-sexista) y de las adolescencias y juventudes (adultocéntrica), se construyeron las siguientes variables de análisis:

- Incapacitación de Adolescencias y Juventudes.
- Adolescencias y Juventudes en transición (o como “seres del futuro”).
- Hetero-sexismo y Coitocentrismo: Sexualidad asociada a la reproducción.
- Cissexismo: o la presunción del cisgénero como lo “normal”.
- Mujerismo de la salud sexual.

Como en toda construcción de conocimiento, las variables propuestas representan una decisión, que no pretenden agotar ni acabar todas las variantes posibles de análisis en torno a la sexualidad de las personas. Sin embargo, esperamos que contribuyan a cuestionar las formas hegemónicas en las que se sostienen y reproducen los análisis de salud sexual en la adolescencia y juventud.

A continuación, reflexionaremos en relación a cada una de las variables propuestas, definiéndolas teóricamente, revisando de manera crítica los datos e indicadores relevados al respecto, y señalando lo que posibilitarían visibilizar en términos de salud sexual integral con enfoque de género y DDHH.

5.1. Incapacitación de Adolescencias y Juventudes.

Desde una mirada adultocéntrica se incapacita a lxs AyJ, considerándolxs ineptxs e inexpertxs para hacerse cargo de sus propios asuntos y decisiones. De este modo, lxs adultxs – progenitores, representantes o el Estado - toman las decisiones en su nombre, siendo su voluntad sustituida para protegerlxs “supuestamente” en su propio beneficio. No obstante, pensar las políticas de salud sexual tanto desde un paradigma de

promoción de derechos como desde un enfoque de juventudes, implica reconocer a AyJ como sujetxs activxs de derechos, es decir, como actores sociales y políticos, con participación activa y efectiva.

Esto significa, en primer lugar, entender que son portadores de derechos humanos universales -inherentes a cada persona sin distinción de edad, género, clase social, etnia, raza o religión- incluyendo derechos sexuales y reproductivos, que se basan en la toma de decisiones autónomas e informadas sobre salud sexual⁵²; y en segundo lugar, garantizar su participación directa, escuchar sus voces teniendo en cuenta lo que piensan, dicen, opinan y deciden lxs jóvenes y no lo que lxs adultxs opinan o quieren que lxs jóvenes sean o decidan. En este sentido, creemos que no reconocer, juzgar, inhabilitar o interpretar siempre como un error o problema la toma de decisiones autónomas e informadas de salud sexual de AyJ por el simple hecho de “ser chicxs”, pretende incapacitar a AyJ, vulnerando sus derechos humanos fundamentales.

Al indagar sobre los indicadores que se utilizan para el análisis de las políticas de salud sexual en AyJ, se observan subtextos que funcionan como mecanismos que incapacitan la toma de decisiones autónomas, bajo imaginarios de AyJ desinformadxs, riesgosxs e irresponsables, y saberes hegemónicos bio-médicos, que permean y guían a las políticas públicas a informar, prevenir, retrasar y/o evitar “conductas o situaciones riesgosas” de salud sexual en la adolescencia y juventud, enfocando en prevención de ITS/ETS y embarazos. De este modo, bajo estos imaginarios y saberes supuestos, se permean subtextos de generación que cuestionan y “desempoderan” las decisiones de AyJ en relación a su salud y salud sexual.

En la construcción y análisis de los indicadores hegemónicos de salud sexual de AyJ se ponen en tela de juicio, desde una mirada adulto-céntrica, las decisiones que toman AyJ en relación a su sexualidad: desde comenzar a tener relaciones sexuales y mantenerlas en el tiempo, tener hijxs, obtener información de salud sexual, usar o no preservativos y/o métodos anticonceptivos y el tipo de método elegido, entre otras.

El inicio y mantenimiento de relaciones sexuales en la adolescencia y juventud son percibidos como indicadores “negativos”, asociados a una “práctica generadora

⁵² Algunos derechos sexuales y reproductivos fundamentales son: recibir educación sexual y/o información clara, completa y oportuna sobre salud sexual, acceder a atención confidencial y amigable, a prácticas médicas y anticonceptivos de manera autónoma, a fin de elegir si tener o no hijxs, cuándo tenerlos y con quién.

potencial de un riesgo”. Desde discursos bio-médicos se enuncia que cuanto antes se comience o se mantengan relaciones sexuales se está más expuesto al “riesgo” de tener un embarazo no deseado o a contraer alguna infección sexual. Por ejemplo, la EMSE 2007 declara que “los adolescentes que comienzan a tener relaciones sexuales a edades tempranas las mantienen con más compañeros (...) que han podido estar expuestos al VIH y que tienen más probabilidades de no haber utilizado condones” (MSAL, 2008).

Al mismo tiempo que la “tasa de fecundidad adolescente” sea uno de los indicadores más seguidos a nivel país -con el objetivo subyacente de que es necesario reducir la totalidad de esos casos- y que el embarazo sea siempre visto como un problema -en una edad donde los “riesgos” son similares a otras edades- bajo el ideario de que es una “decisión muy relevante que no pueden tomar solxs a esa edad” sin importar sus deseos o proyectos de vida, o inclusive ante el cuestionamiento de esos deseos, con argumentos que sostienen “que son muy chicxs para saber lo que quieren”; inhabilita y deslegitima cualquier decisión informada, consciente, deseada y elegida al respecto que puedan tener AyJ.

La asociación entre relaciones sexuales y riesgo, permea los discursos de los análisis de las políticas de salud sexual, especialmente en esta etapa de la vida, bajo el subtexto de jóvenes incapacitadx-desinformadx-riesgosxs-irresponsables, que guían a poner el foco de las políticas de salud sexual en esta población⁵³. Ahora, ¿por qué es más relevante la población adolescente y joven en las políticas de salud sexual?

La mirada bio-médica de asociar salud sexual con relaciones sexuales y reducción de riesgo, justifica algunos discursos que sostienen que hay que abordar el tema en la adolescencia y juventud, porque son concebidas como un momento biológico en donde se producen cambios hormonales y surge el deseo por tener relaciones sexuales. Esta mirada, sumada a los preconceptos y estereotipos adultocéntricos en torno a la adolescencia, refuerza la perspectiva de que “son las únicas personas que necesitan esa información y no la saben”. En la niñez “no se debe hablar de determinados temas porque aún son chicxs para interesarse por esas cosas”, y en la adultez se supone que son “demasiado grandes” y no tienen nada que aprender sobre sexualidad. Bajo estas

⁵³ Como ya mencionamos, esta focalización se observa en la cantidad de estudios relacionados a sexualidad y adolescencia, y a la existencia de indicadores específicos para este grupo etéreo, como son: los indicadores seleccionados para población de 10 a 19 -en donde priman indicadores asociados a sexualidad y mortalidad- y la “tasa de fecundidad adolescente”, como uno de los indicadores más monitoreados.

premisas, la mayoría de las acciones de educación sexual y campañas de información son pensadas y dirigidas para AyJ, invisibilizando la sexualidad de niñxs, adultxs y adultxs mayores. No obstante, paralelamente, el derecho a recibir información clara y oportuna sobre salud sexual en esta población, genera resistencias en determinadxs adultxs para abordar – o que se aborden - estas temáticas⁵⁴.

El indicador sobre el “acuerdo del adulto responsable con que se brinde información sobre salud sexual en la escuela” relevado por la ENCOVA 2011-2012 hace referencia a esta controversia. Este indicador piensa la problemática desde la mirada de lxs adultxs, sobre un tema que es un derecho humano fundamental de AyJ, como es el derecho a recibir información completa, clara y oportuna sobre salud sexual, para la toma de decisiones libres, informadas y autónomas⁵⁵. Sin embargo, bajo el supuesto de incapacidad, estos derechos son vulnerados. Desde el enfoque de juventudes y promoción de derechos, no debería importar lo que crean lxs adultxs sino lo que AyJ piensen y digan al respecto. En este sentido, si bien se relevan algunos indicadores en relación a la obtención de información de salud sexual por parte de AyJ, muchas de estas variables no son analizadas en profundidad (exceptuando conocimiento de MAC e ITS) ni vistas como promoción de derechos⁵⁶.

En cuanto a la utilización de MAC y el preservativo, y teniendo en cuenta que en las encuestas la pregunta se realiza a personas que ya han tenido relaciones sexuales o se saca de las bases de datos de personas que tuvieron una gesta (SIP), los análisis ven de manera positiva el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en AyJ que ya tuvieron –o tienen- relaciones sexuales, siendo uno de los objetivos de las políticas públicas elevar estos indicadores. A nivel general, bajo estos supuestos subyace el respeto por el derecho a “acceder y elegir métodos anticonceptivos seguros para decidir si tener o no hijxs, cuántos, cuándo y con quién”.

⁵⁴ El movimiento “con mis hijxs no te metas” mencionado en la introducción de este estudio es un ejemplo de esta resistencia.

⁵⁵ Según el principio de interés superior del Niñx de la CDN, en los casos en los que NNyA soliciten información o prácticas médicas con la que sus progenitorxs o tutorxs no estén de acuerdo, como puede ser la educación sexual, debe primar el respeto y la garantía de derechos de NNyA, garantizando que se trate de una decisión informada de quien la solicita.

⁵⁶ El programa SUMAR tiene como indicador “promoción de derechos y cuidados de salud” en población de 10 a 14 años, pero no hay sistematización de datos y análisis realizados al respecto (sirven para la facturación de prestaciones del programa). El programa ESI tiene publicaciones del estado de situación de formación en educación sexual integral, pero en su gran mayoría se relevan capacitaciones realizadas a lxs docentes, y no a lxs estudiantes.

Sin embargo, en primer lugar, se desconoce que se piensa sobre el uso de MAC y preservativos en Ayl que no tienen relaciones sexuales, negando la posibilidad del uso de preservativos en prácticas de auto-exploración –masturbación- o en la existencia de relaciones sexuales planificadas, en las que se comenzó con el uso de MAC pero no hubo relación sexual.

En segundo lugar, se observa la ausencia del enfoque de derechos a la hora de analizar la toma de decisiones en relación al uso de MAC. Por ejemplo, en el apartado de “decisión sobre uso de MAC”, la ENSSyR 2013 pregunta: “¿Quién tomó la decisión acerca del método principal que utiliza?, siendo una de las opciones “el profesional de la salud”⁵⁷. En el análisis de la respuesta dada por “mujeres adolescentes”, se concluye que “sólo el 2,2% de las mujeres de entre 14 y 19 años recurren a un profesional de la salud”, añadiendo que “la ausencia de orientación médica respecto del uso de MAC en todos los rangos de edad y en este en particular es un dato para tener en cuenta al momento del diseño e implementación de políticas públicas en la materia” (PNSSyPR, 2013:49). Detrás de estas conclusiones, en donde se intuye preocupación por los datos obtenidos, subyace un subtexto que dice que “el médico” es la persona más idónea para decidir sobre la salud de las personas en general, y en especial, de las personas jóvenes (porque no sólo es médicx, es adultx y médicx). Se trata de otra forma de despolitizar a la sexualidad e instaurar y legitimar relaciones de saber-poder, desempoderando las decisiones informadas y autónomas de lxs jóvenes.

No es lo mismo que la decisión la tome “el profesional de la salud” a que se oriente sobre el uso de MAC, brindando información completa, clara y oportuna. No acceder a la información limita la capacidad de decidir autónomamente el método a elegir según las necesidades y deseos de lxs usuarixs; eso en ningún caso puede ser comparable a que “el médico” elija por otra persona. Además, esta información no es un saber exclusivo de lxs médicxs. Que entre las opciones de respuesta no estén las familias, pares, docentes u otras personas, marca cómo el MMH está presente en estos tipos de análisis, haciéndonos creer que “el médico” sabe más sobre salud que cualquier otra persona, inclusive lxs propixs usuarixs del sistema de salud.

⁵⁷ Las opciones de respuesta para el formulario de mujeres de la ENNSyR 2013 son: “usted junto a la persona con quien tiene relaciones”, “usted sola”, “la persona con quien tiene relaciones”, “profesional de la salud” y “otros”.

Desde la concepción de AyJ como sujetxs activos de derechos, lxs adultxs - familias, educadores, profesionales de la salud- deben acompañar y facilitar la llegada de información completa sobre salud sexual, pero nunca tomar decisiones por y sobre AyJ, porque nadie sabe más que unx mismx sobre su cuerpo, costumbres y deseos; y la decisión de cómo cuidar de nuestros cuerpos es nuestra y de nadie más, sin importar la edad⁵⁸.

Por otro lado, llama la atención que ninguna de las preguntas de las encuestas realizadas a AyJ tenga por finalidad determinar la calidad de la atención en salud sexual que han recibido, y si la misma fue respetuosa y confidencial; o si han podido acceder a anticonceptivos y prácticas médicas de forma autónoma, sin importar su edad. El eje está puesto en las “responsabilidades” de AyJ -usuarixs del sistema de salud- preguntando sobre lo que hacen y dejan de hacer, pero no se consulta sobre la responsabilidad y obligaciones de los equipos de salud que atienden jóvenes.

Por último, y en relación con la participación activa de AyJ, es interesante ver cómo se completan los cuestionarios de las encuestas dirigidas a esta población. Atento a ello -exceptuando el formulario de la ENCOVA 2011-2012 destinado a NNyA de 5 a 17 años, donde se aclara que no debe ser respondida por ellxs, sino por “la madre o principal encargadx de la niña, niño o adolescente” (MDS, 2013:20) perpetuándose una mirada tutelar-, la mayoría de los cuestionarios fueron contestados de manera directa, a través de una entrevista o formulario auto-administrado por AyJ, aunque no siempre fueron realizadas en un ámbito de confidencialidad⁵⁹, lo que creemos que influye en las respuestas y vulnera derechos.

Como se mencionó, existen leyes que permiten exigir la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, y derechos del paciente –confidencialidad, respeto, no discriminación- por lo que si no se garantiza, no es sólo una “mala práctica” profesional, sino que vulnera derechos.

⁵⁸ Tanto los principios de autonomía progresiva y el interés superior del niño, parten de la base de que NNyA son titulares de derechos. El principio de autonomía progresiva, parte de la base de que todas las personas son capaces de ejercer sus derechos de forma directa, aunque algunas requieren un acompañamiento adecuado a su capacidad, necesidades y deseos para ejercerlos. El interés superior del niño, protege a NNyA ante conflictos de intereses entre NNyA y tutores, dando primacía a la garantía de los derechos de NNyA ante las voluntades de lxs adultos.

⁵⁹ En la ENNyS 2005, se aclara que el cuestionario para mujeres de 10 a 49 años se completa en forma de auto-reporte, consignándose al final del cuestionario si la entrevista logró realizarse en condiciones de privacidad para la encuestada.

A modo de conclusión, se observa que en la construcción y análisis de los indicadores de salud sexual subyacen subtextos adultocéntricos que cuestionan e incapacitan la toma de decisiones autónomas de AyJ en torno a su salud sexual – obtener información, tener relaciones sexuales, tener hijxs, elegir un MAC, etc.- vulnerando derechos, en lugar de acompañar –empoderar- a AyJ, para que esas decisiones sean informadas.

Adoptar nuestra mirada de salud sexual integral con enfoque de género y derechos humanos al análisis y evaluación de las políticas de salud sexual, permitiría ampliar la mirada, entendiendo que brindar información necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas debe ser un objetivo de las políticas públicas en todas las edades, incluso en la infancia, en lxs adultxs y los adultxs mayores, cuya sexualidad queda invisibilizada y negada.

Ampliar la mirada implicaría no hablar sólo de prevención de riesgos, sino abordar la sexualidad desde el lugar del placer y las relaciones con otrxs, y como un derecho humano fundamental, intrínseco a la vida de las personas. Actualmente, si bien se enuncia un enfoque de derechos, esto no se ve reflejado en los análisis y los indicadores que se construyen para ello. Se observa así un desfase entre lo que se enuncia y lo que se hace. Pocos indicadores hacen foco en relevar la garantía de derechos sexuales y reproductivos de AyJ: si reciben o no educación sexual y/o información clara, completa y oportuna sobre salud sexual; si acceden o no a atención confidencial y amigable en efectores de salud; si obtienen los anticonceptivos que eligen de manera informada y autónoma; si pueden elegir si tener hijxs o no; si pueden acceder sin el acompañamiento de una persona adulta a la atención en salud y la calidad de atención que reciben (confidencial, respetuosa, sin discriminación).

5.2 Adolescencias y Juventudes en transición (o como “seres del futuro”).

La idea de que las decisiones que tomen hoy AyJ en relación a su salud sexual favorezcan, perjudiquen o pongan en riesgo sus “planes futuros”, se fundamenta desde una mirada que señala a lxs jóvenes como sujetos en transición. Desde esta perspectiva, se plantea a la juventud como una etapa de preparación para ingresar al mundo adulto (Duarte Quapper, 2000).

El Plan ENIA (2017-2019), aclara en su fundamentación por qué hace foco en la población adolescente, entendiendo a ésta como etapa de transición hacia la vida adulta. “Desde el enfoque de las transiciones existen eventos claves que tendrán un peso crucial en las trayectorias futuras (Trucco y Ullmann 2015), la finalización de la educación media, el inicio de la vida laboral, la salida del hogar de origen, la formación de un hogar propio y el comienzo de la vida sexual y reproductiva. La temporalidad, secuencia y calidad de los eventos en el pasaje de la vida adulta determinarán en gran medida las trayectorias futuras de los adolescentes” (Plan ENIA, 2017:7)⁶⁰.

En esta idea de “trayectorias de calidad”, necesarias en una secuencia y tiempos determinados, subyace una mirada adultocéntrica, desde las cuáles se pre-configuran discursos de trayectorias “normales”, “lineales” y “homogéneas” que se espera que AyJ cumplan para “su propio beneficio” y “un futuro mejor”, sin tener en cuenta las vivencias y deseos de lxs propios jóvenes. Desde este lugar, se enuncian y “definen” las decisiones “correctas” que tienen que tomar AyJ para no interrumpir trayectorias de vida “saludables”, “esperadas” y “deseadas”. Pero ¿saludables, esperables y deseables para quién? Retomando a Duarte Quapper (2000), las trayectorias jóvenes se señalan en referencia al parámetro central: lo adulto. Así, “lo juvenil pierde importancia en sí mismo, y siempre será evaluado en función de lo que el mundo adulto ha parametrizado como lo que debe ser” (p. 63).

El enfoque de las transiciones subyace en los indicadores⁶¹ que se priorizan para el análisis de la salud sexual y reproductiva en población adolescente y joven. En el análisis de indicadores relacionados al “inicio sexual”, “embarazo”, “convivencia en pareja”, “necesidad de uso de MAC”, “elección de MAC”, y “nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres madres y no madres”; se mide el estado de situación de trayectorias “esperables” y “deseables”. Detrás de estos indicadores, existe un subtexto tácito que considera el cumplimiento de estas etapas prefijadas y secuenciales -en

⁶⁰ Se pone como ejemplo la mirada del Plan ENIA, pero otras publicaciones analizadas presentan la misma perspectiva. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Juventud realiza un análisis de las transiciones, exponiendo como objetivo caracterizar los principales comportamientos de lxs jóvenes enfocándose en el pasaje de la adolescencia a la adultez, considerando para ello cinco eventos: la salida del hogar de origen, el primer hijo nacido vivo, la primera unión conyugal, la salida de la escuela media y el inicio de la vida laboral (ENJ, 2014).

⁶¹ Además, el Ministerio de Salud, monitorea de forma anual, “estadísticas vitales” o básicos que se consideran esenciales de todas las personas, estos son: nacer –por lo que se mide embarazos, fecundidad y partos-, morir –donde se hace hincapié en defunciones fetales- y situación conyugal -matrimonios y convivencia en pareja- (DEIS).

determinados tiempos biológicos- como lo “normal” y “exitoso”, y como fracaso, error o problema todo lo que escape a estas estructuras.

Así, en los análisis de los indicadores se busca atrasar la edad de inicio de las relaciones sexuales a fin de evitar riesgos, y prorrogar la edad del embarazo -buscando reducir la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes- bajo el supuesto de que son “eventos cruciales” que deben cumplirse en un momento determinado a futuro, sin contemplar la posibilidad de que las personas nunca deseen tener relaciones sexuales o hijxs.

Según el Plan ENIA: “De todos los eventos que se analizan en la lógica de las transiciones la tenencia del primer hijo es – particularmente para las mujeres – el más ‘inelástico’” (Filardo, 2015 citado en Plan ENIA, 2017:7), ya que es infrecuente la reversibilidad del estado de “ser madre” una vez que nace el primer hijo. La tenencia del primer hijo en la adolescencia se configura como un evento particularmente relevante dado las responsabilidades que conlleva y el impacto que tiene sobre otros hitos de transición, como la inserción laboral y la terminalidad educativa, lo que los aleja de los principales espacios de inserción social y construcción de ciudadanía (Plan ENIA, 2017). De este modo, se espera que lxs jóvenes cumplan con una serie de etapas pre-fijadas y pre-concebidas, desde una mirada adultocéntrica, moralista, de clase media, blanca y urbana⁶², que sostiene que para tener hijxs hay que terminar los estudios, trabajar, estar en pareja estable, convivir y/o casarse.

Según el OSSyR de Argentina, el indicador “necesidad de anticoncepción cubierta” refiere a la “proporción de mujeres entre 15 y 49 años que están casadas o en pareja y han cubierto su necesidad de planificación familiar, es decir, que no desean tener más hijos o quieren esperar al menos dos años antes de embarazarse” (OSSyR Argentina). En esta descripción, la necesidad de uso de MAC –o “planificación familiar”- supone que las únicas personas que pueden tener relaciones sexuales con posibilidad de embarazo son aquellas que están en pareja o casadas.

Además, en el indicador “porcentaje de mujeres que se van con un MAC de la internación”, se analiza que existen AyJ que no acceden al MAC de su elección,

⁶² Se hace referencia a lo urbano, porque no existen encuestas de salud sexual que hayan contenido centros urbanos de menos de 2.000 habitantes. Cuestión, que invisibiliza las experiencias y vivencias de las personas que viven en la ruralidad.

principalmente las que optan por MAC de largo plazo, en particular DIU e implantes subdérmicos (PNSIA, 2016). Sin embargo, no se menciona entre las opciones a los anticonceptivos quirúrgicos - como la ligadura de trompas de falopio y la vasectomía - disponible para mayores de 18 años. Entendemos que la ausencia de estos MAC se basa en la creencia subyacente de que son métodos que no pueden “interesar a esta edad”, bajo supuestos que dicen que “más adelante” van a querer tener hijxs y si acceden desde muy temprano a esta práctica médica, “se pueden arrepentir”. No obstante, desde nuestra mirada, la elección de tener un hijx o no tenerlx es un derecho humano fundamental, sin importar la edad. Esto significa que juzgar y “condenar” siempre esas decisiones, obstaculizarlas y/o impedir las es un acto de violencia y vulneración de derechos.

Desde el enfoque de las transiciones, se relaciona a AyJ como “seres del futuro”, es decir, como aquellxs que más adelante asumirán los roles adultos que la sociedad necesita (Duarte Quapper, 2000). Pero desde el enfoque de juventudes, lxs jóvenes no son futuro, ¡son presente! Mariana Chaves (2005) sostiene que cuando una persona joven es concebidx como un ser del futuro es presentadx como un ser de un tiempo inexistente: “El pasado no le pertenece porque no estaba, el presente no le pertenece porque no está listo, y el futuro es un tiempo que no se vive, sólo se sueña, es un tiempo utópico. Ahí son puestos los jóvenes, y así quedan eliminados del hoy” (pág. 16). Chaves sostiene además, que otra forma en la que aparece esta representación es el difundido eslogan de que lxs jóvenes de hoy no tienen futuro, o no les interesa, o no tienen proyectos para el mañana. “En esta demanda de proyecto para mañana suelen no leerse como proyecto las expectativas de futuro de lxs jóvenes (su tiempo utópico, sus sueños no tienen validez de proyecto), y sólo se espera —se acepta como respuesta válida— la repetición de una receta ya fracasada o un decir de memoria cómo funciona la reproducción del sistema social” (Chaves, 2005:16).

A modo de conclusión, se observa que en la construcción de indicadores de salud sexual de AyJ existen subtextos adultocéntricos que permean las políticas públicas, donde se espera el cumplimiento de etapas pre-fijadas y pre-concebidas en torno a la sexualidad de AyJ. El cumplimiento de etapas-fijas, “normadas” y “esperadas” guían a las políticas de salud sexual en AyJ a sostener: la postergación del inicio de relaciones sexuales como ideal regulativo para evitar situaciones de riesgo —como las ITS y los

embarazos-; la prórroga del embarazo, concebido como riesgo y un proyecto de vida “anormal” en esa edad; la presunción de que las relaciones sexuales se dan en un contexto de pareja o matrimonio, y la exclusión de los métodos quirúrgicos -ligadura tubaria y vasectomía- como MACs disponibles para AyJ, bajo el presupuesto de que “no es para población joven y/o que no ha tenido hijxs porque después se pueden arrepentir”.

Pensar de manera amplia, y con enfoque de derechos y juventudes, permitiría entender que no existe una única forma de ser joven, que las trayectorias juveniles no son lineales y que el Estado debe intentar alcanzar y contener todas estas formas diversas y plurales de vivir la juventud, entendiendo que cada unx tiene una historia y contexto diferente. Esto significa que no se pueden “homogeneizar” todas las vivencias y trayectorias posibles, en sus variados contextos socio-culturales, sino que hay posibilidades múltiples e igualmente válidas.

5.3. Heterosexismo y Coitocentrismo: Sexualidad asociada a la reproducción.

Si observamos los indicadores de salud sexual mencionados en el capítulo anterior, a simple vista se destaca la relevancia puesta en la reproducción: fecundidad, métodos anticonceptivos, inicio sexual, aborto y mortalidad materna son temáticas preponderantes en los análisis. El foco está puesto en las relaciones sexuales heterosexuales con capacidad de reproducir, dejando por fuera en estos análisis las prácticas y formas de relacionarse de muchísimas personas, y construyendo nociones hegemónicas de sexualidad que asocian a la misma de manera casi exclusiva con la reproducción. El vínculo entre sexualidad y reproducción está tan arraigado que en muchos de los análisis no se tiene en cuenta que en las relaciones sexuales existen otras prácticas que buscan únicamente el placer. La asociación con la reproducción, relaciona además a la sexualidad con la práctica sexual de penetración pene-vulva entre personas heterosexuales, reforzando construcciones hegemónicas de género hetero-cis-coito-sexistas.

En la mayoría de los estudios se prioriza el análisis del “conocimiento, uso y acceso a los métodos anticonceptivos”, expresando preocupación ante el desconocimiento y no uso de los mismos. Ante casos de desconocimiento o baja tasa de uso de MAC, se “enciende la alerta” ante la posibilidad que haya una mayor cantidad de

embarazos no deseados. Por ejemplo, en el análisis sobre la ENSSyR 2013 se concluye que “la baja tasa de uso de MAC junto con la escasa cantidad de mujeres que declaran motivos de no uso asociados al embarazo y la alta proporción de quienes dicen no usar por ‘no querer usarlos’ podría estar indicando una mayor presencia relativa de embarazos no deseados” (PNSSyPR, 2013). En este caso se observa como la explicación o consecuencia posible ante el no uso de MAC de mujeres “sexualmente activas” es la posibilidad de embarazos no buscados, no hay otras opciones, no hay otras prácticas sexuales posibles ni orientaciones sexuales en donde no haya necesidad de métodos anticonceptivos. La sexualidad queda reducida a la relación coital heterosexual con el fin de la procreación, dejando de lado las prácticas sexuales en las que no existe posibilidad de reproducción.

El propio cuestionario de la ENNSyR no contempla otras variables. En las opciones de respuestas a la pregunta ¿por qué no utiliza MAC? no existe una razón explícita de que no los necesita o en que su vida sexual activa no hay posibilidad de un embarazo⁶³. Para las mujeres-cis que tienen sexo con mujeres-cis o varones-cis que tienen sexo con varones-cis, o cualquier persona que tiene sexo sin penetración o contacto entre el pene y vulva, estas opciones de por qué no usan MAC les resultan ajenas; y niegan e invisibilizan la forma en que viven su sexualidad. También se observan subtextos alosexistas, que desconocen la existencia de personas asexuales.

En el caso de “mujeres que nunca usaron MAC” (ENNSyR 2013), tampoco se indaga en otras posibilidades, ni se interroga en los análisis por qué no quiere utilizarlos desde una mirada más amplia e integral que contemple la diversidad sexual y la asexualidad. Todos los análisis leen estos números con miedo y preocupación, como algo a remediar desde una perspectiva biomédica hegemónica que condena las conductas que se salen de lo “normal”. Desde este lugar, se sostienen subtextos de género hegemónicos hetero-sexistas, que suponen a la heterosexualidad como norma para la construcción de relaciones sociales y sexo-afectivas, que se establecen de manera “natural” entre varones-cis y mujeres-cis.

⁶³ Las opciones de respuesta consideradas son: “Desea quedar embarazada, La pareja no quiere, Teme que le hagan daño a la salud, No tiene dinero para comprarlos, No conoce los métodos, Razones religiosas, Cree que no puede quedar embarazada, No le gusta usarlos/no quiere, En el centro de salud nunca tienen, Otras razones (especificar)” (ENSSyR 2013, Cuestionario Mujeres, Pregunta 22).

Sólo en algunos indicadores relacionados a VIH se mencionan otro tipo de prácticas sexuales, como la de “hombres que tienen sexo con hombres” (HSH), pero no hay indicadores que visibilicen prácticas sexuales entre mujeres. En las categorías del indicador “vías de transmisión de VIH”⁶⁴ en varones se menciona a las relaciones sexuales tanto con mujeres como con varones. Pero, en mujeres no está disponible la opción de “relaciones sexuales sin protección con mujeres” invisibilizando las relaciones sexuales entre éstas, y reforzando el mito de que no hay posibilidades de transmisión de ITS-VIH en sexo entre mujeres. Según saberes médicos, la penetración anal es la práctica sexual de mayor riesgo en cuanto a la transmisión del VIH para hombres y mujeres; la penetración vaginal implica un riesgo menor, y el sexo oral, caricias y besos implican un riesgo pequeño o inexistente en lo que se refiere a la infección o transmisión del VIH. Teniendo en cuenta estos supuestos médicos, se intuye que en la categorización anterior hay subtextos de género que creen que el sexo entre mujeres se basa en caricias y besos, desconociendo la amplitud de las prácticas sexuales posibles entre mujeres-cis donde se incluye la posibilidad de penetración -con juguetes sexuales u otras partes del cuerpo- y las relaciones de mujeres-cis con mujeres-trans. Así, se siguen asociando determinadas prácticas sexuales con determinados géneros.

Otro indicador a problematizar es el de “inicio sexual”. ¿Qué hay detrás de la pregunta por el “inicio sexual”? ¿Nuestra sexualidad tiene un “inicio”?

Los propios programas y organizaciones que definen a la sexualidad de manera integral, luego miden y evalúan el “inicio sexual” con un nombre que debería al menos generar controversia con lo que creemos que se sostiene desde una mirada integral de la sexualidad, porque la sexualidad no inicia ni termina nunca; “la sexualidad está siendo siempre”. Pero más allá de eso, si dejamos de hablar de inicio sexual, y hablamos de “relaciones sexuales”, tampoco se aclara mucho la cuestión. Preguntas como “¿alguna vez tuviste relaciones sexuales?” o “¿ha tenido su primera relación sexual?”; ¿a qué se están refiriendo en verdad? Desde una mirada integral, una relación sexual se puede definir como el contacto que realizan al menos dos personas con el objetivo de dar o recibir placer sexual. Abarca muchas prácticas sexuales, no limitándose sólo al coito o

⁶⁴ Las categorías de análisis para el indicador “vías de transmisión de VIH” son: Relaciones sexuales sin protección con varones, relaciones sexuales sin protección con mujeres, transmisión perinatal, uso compartido de drogas inyectables (Boletín Epidemiológico VIH).

penetración vaginal o anal, sino que comprende contacto, caricias y besos en las zonas erógenas del cuerpo -aquellas que por su sensibilidad provocan sensaciones de placer al ser estimuladas- que no se reducen a la zona genital, y pueden ser diferentes según cada persona.

Es verdad que ni en los análisis ni en las fuentes primarias de información hay un apartado en el que explique lo que se entiende por “relaciones sexuales”. Sin embargo, en la mayoría de estas fuentes, se relaciona la pregunta del “inicio sexual” y de las relaciones sexuales en general con el uso de métodos anticonceptivos y del preservativo.

Se ve con preocupación el “no uso de MAC en la primera relación sexual”, generándose razonamientos y respuestas lineales: “si no se usó método anticonceptivo en la primera relación sexual hay posibilidad de embarazo”, “si las relaciones sexuales se dan cada vez a más temprana edad se favorecen los embarazos precoces”; por lo que entendemos que vuelve a surgir el subtexto de género hegemónico hetero-coito-sexista, que presupone a las relaciones sexuales como prácticas entre personas heterosexuales en las que hay coito o penetración del pene de un varón-cis en la vulva de una mujer-cis. De este modo, si no hay penetración pene-vulva pareciera que no hay inicio sexual ni relación sexual. Es decir, considerando la globalidad de indicadores bajo la pregunta por el inicio sexual y las relaciones sexuales, emerge un subtexto que indica que las relaciones sexuales involucran relaciones coitales -con penetración- desconociendo lo amplio de la sexualidad humana. En relación a ello, se observa también que no hay ningún indicador en relación a la masturbación.

Además, como señalamos, se pregunta por el uso del preservativo masculino o condón. Se hace la distinción del preservativo con el resto de los métodos anticonceptivos, porque además de ser un MAC, es un método de barrera que se utiliza para la prevención de infecciones de transmisión sexual en el contacto de pene-vulva, pene-ano, boca-pene. Sin embargo, no se menciona otro de los métodos de barrera: la barrera de látex o campo de látex, utilizado para prevenir infecciones en el contacto de boca-vulva, boca-ano y vulva-vulva. Si bien el campo de látex puede ser confeccionado con un preservativo “masculino”, creemos que la ausencia explícita de la pregunta y del tema en los análisis, invisibiliza este tipo de métodos y este tipo de prácticas sexuales, que son realizadas fundamentalmente por y para personas que tienen vulva. Así, desde

subtextos hegemónicos, ciertas prácticas sexuales son reconocidas y “normalizadas” en los discursos y análisis, y otras se ocultan y se esconden reforzando, en definitiva, su “abyección⁶⁵”.

Otros de los términos a problematizar en el análisis de los subtextos de género que permean la construcción de indicadores de salud sexual, es el de “edad reproductiva” y “vida sexual activa”. Ambos conceptos jerarquizan el coito-centrismo, la reproducción y la cis-heterosexualidad.

Según el OSSyR de Argentina, se entiende por “mujeres en edad reproductiva” a todas las mujeres de 15 a 49 años que están en riesgo de embarazarse (sexualmente activas y no están embarazadas, con amenorrea o son infértiles). Hablar de “mujeres en edad reproductiva” vuelve a asociar exclusivamente a la sexualidad con relaciones sexuales cis-heterosexuales, coito-sexuales y capacidad gestante. No todas las mujeres de 15 a 49 años que mantienen relaciones sexuales y no están embarazadas o son infértiles tienen capacidad gestante, por cuestiones biológicas -una mujer trans no tiene capacidad de gestar- o porque las prácticas sexuales que realiza no tienen posibilidad de reproducción.

La población destinataria de la ENSSyR fueron denominadas como “personas en edad reproductiva” o “sexualmente activa” (mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 59). Esta distinción, marcada por la edad biológica en la que se supone la capacidad gestante, hace foco en población de una determinada edad, eliminando la sexualidad en la niñez y la vejez; y supone la cis-heterosexualidad, anulando la existencia de cualquier otra práctica sexual que no tenga por fin la reproducción.

Creemos que estas características que definen a la población objetivo de la única encuesta exclusiva de salud sexual realizada en el país, dice mucho de cuáles son las miradas tras la concepción de lo que se considera relevante sobre “salud sexual”. Si bien se incluyen preguntas que van más allá de las “relaciones sexuales” y la “fecundidad” -relativas a prácticas de cuidado de salud o educación sexual-, la población a la que está

⁶⁵ La abyección implica literalmente la acción de arrojar fuera, desechar, excluir y, por lo tanto, supone y produce un terreno de acción desde el cual se establece la diferencia. Butler señala la presencia de lo abyecto en “aquellas zonas ‘invivibles’, ‘inhabitables’ de la vida social que, sin embargo, están densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de los sujetos, pero cuya condición de vivir bajo el signo de lo ‘invivible’ es necesaria para circunscribir la esfera de los sujetos. De este modo, los “seres abyectos” son aquellos que no son “sujetos”, pero que forman el exterior constitutivo del campo de los sujetos (Buttler, 2002:19-20).

destinada revela que sigue primando una mirada de la sexualidad asociada a la reproducción.

A modo de conclusión, se observa que en la construcción de indicadores de salud sexual de AyJ existen subtextos de sexualidad asociada a la reproducción y subtextos de género heterosexistas, coitosexistas y alosexistas que permean las políticas públicas.

De este modo, y bajo estas concepciones, las políticas públicas en salud sexual priorizan la promoción y prevención de la salud sexual entre personas cis-heterosexuales, haciendo eje en el conocimiento, uso y acceso a los métodos anticonceptivos; y a aspectos asociados a la fecundidad y reproducción de las personas. Al mismo tiempo, ciertas prácticas y orientaciones sexuales terminan constituyéndose como “normales” y “legítimas”, mientras otras se niegan, silencian, excluyen y estigmatizan. A través de la “normalización” de la heterosexualidad, se reproducen relaciones de poder y saber hegemónicas que llevan a clasificar como “abyectas” a todas las formas de deseo u atracción sexual no funcionales a la reproducción (homosexuales, lesbianas, bisexuales, asexuales).

Pensar en políticas de salud sexual con mirada integral, enfoque de género y derechos humanos implicaría romper con concepciones lineales y binarias de la sexualidad y el género, construyendo indicadores que respeten la multiplicidad de modos de vivir, transitar y expresar la sexualidad; que van mucho más allá de la reproducción.

Ampliar la mirada permitiría visibilizar actividades, prácticas, orientaciones sexuales y diversas formas sexo-afectivas de relacionarse; que ayuden a derribar prejuicios, tabúes y mitos en relación a la sexualidad y respetar derechos –como la autonomía en las decisiones relacionadas a la sexualidad, el cuerpo y la orientación sexual- garantizados por normativas internacionales y nacionales.

Al mismo tiempo, reconocer la multiplicidad de formas de vivir la sexualidad posibilitaría generar estrategias de prevención y promoción adecuadas a las actividades, relaciones y prácticas que se realizan, consiguiendo mensajes más oportunos para la población; y en todas las etapas de la vida.

5.4. Cissexismo: o la presunción del cisgénero como lo “normal”.

La concepción hegemónica del género parte del modelo de la diferencia sexual y el binarismo de género. Es decir, la variedad de cuerpos sexuados son bicategorizados en dos conjuntos de genitales (vulva/pene), gónadas (ovarios/testículos), cromosomas (XX/XY), sexos (macho/hembra) y géneros (varón/mujer). No obstante, desde una concepción crítica y feminista de género, se entiende que hablar de sólo dos sexos es disciplinar aspectos muy complejos de la sexualidad humana; que tanto el sexo como el género son construcciones culturales, y que la auto-identificación con un sexo o género determinado –o con ninguno de ellos- es un derecho humano fundamental.

En los registros, formularios y sistemas informáticos con los que se construyen la mayoría de los indicadores, se distingue la información según “sexo”, con dos categorías únicas posibles: “mujer” o “varón”. El caso de los indicadores de salud sexual, por más que sean realizados desde organismos que se declaran con “enfoque de género y derechos humanos”, no es una excepción⁶⁶.

Esta división binaria, totalizadora y no natural, construida y naturalizada, responde a formas culturales hegemónicas de percibir, valorar y constituir los cuerpos y las subjetividades. Desde este lugar, “nuestra mirada del mundo está comprometida con una serie de concepciones muy conservadoras sobre el género y el sexo, con lo cual nuestras instituciones (...), se aferran dogmáticamente a la idea de que existen dos sexos, dos géneros, y que están conectados por una especie de necesidad biológica” (Entrevista a Blas Radi, 2018).

Siguiendo con este presupuesto, todos los indicadores de salud sexual relevados presentan sólo dos opciones en las categorías “sexo” y “género”, negando y silenciando subjetividades intersexuales, no binarias y trans⁶⁷, y vulnerando derechos sexuales como el derecho a la identidad y auto-identificación de género. De esta forma, en los indicadores de salud sexual se ponen en circulación nociones hegemónicas sobre el género, lxs cuerpos y las subjetividades; que reproducen imaginarios, discursos y

⁶⁶ Como excepción, en el año 2012 se realiza la Primera Encuesta Sobre Población Trans, con una prueba piloto en el partido de La Matanza, provincia de Bs.As, pero tal experiencia no fue replicada en el resto del país. Además, la misma no es referenciada por ninguna de las publicaciones en análisis.

⁶⁷ Se entiende por intersexuales a las personas que presentan conjuntamente caracteres sexuales masculinos y femeninos; no binarias como las personas que no se identifican ni con el género femenino ni masculino, y personas trans a las personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer.

saberes que sostienen la existencia de sólo dos sexos posibles, “normales”, “naturales” y “visibles”. Así, a través de la “normalización” de ciertos cuerpos e identidades, se reproducen relaciones de poder y saber hegemónicas que naturalizan al sexo, llevando a clasificar como “anormales” a las personas que no se auto-identifican con el sexo asignado al nacer (trans) o con ningún género (no binarias) y a los cuerpos que no quedan contenidos en las clasificaciones binarias de “macho” y “hembra” (intersexuales).

La invisibilización de estos cuerpos y subjetividades en los análisis de salud sexual son reflejo de cómo se siguen “patologizando” estas situaciones en la práctica médica. Por ejemplo, ante sexos considerados “ambiguos” o simplemente un “clítoris demasiado largo o un pene demasiado corto” (Fischer Pffafle, 2003; Cabral, 2003) se realizan intervenciones quirúrgicas –en la niñez y la adolescencia- para “adaptar los genitales a las medidas que se estipulan aceptables” (Maffia y Cabral, 2003); y poder clasificar estos cuerpos como “varón” o “mujer”. Según Cabral (2003): “Las intervenciones normalizadoras (...) son necesarias para sostener el legado experiencial de la especie, que autoriza y reconoce sólo un repertorio limitado de identidades posibles, articuladas en vivencias de lo corporal que pertenecen, en nuestra experiencia, más a la cultura, a los psiquiatras y a los médicos (...) antes que a las mismas personas intersex que -excepto en contadas oportunidades- nunca son consultadas en la modificación quirúrgica de sus genitales (...) ni de su identidad de género” (pág. 120).

Como excepción a esta regla general de indicadores binarios en relación al sexo y al género, la Dirección de SIDA y ETS, tanto en sus Boletines Epidemiológicos como en los Planes Estratégicos, menciona como “población clave” a personas trans y HSH, bajo el indicador de “población con mayor prevalencia de VIH en el país”. Sin embargo, lo que a primera vista pareciera ser un avance en cuanto a promoción de derechos e inclusión de la diversidad sexual en los indicadores de salud sexual, deja de serlo si observamos las otras categorías del indicador mencionado -usuarios de drogas inyectables, trabajadorxs sexuales, personas en contexto de encierro, y jóvenes y adultos de toda la población (DSETSHyT, 2018:10)-, que asocian a la diversidad sexual como una población “de riesgo” y “riesgosa”, favoreciendo la discriminación, rechazo y exclusión del colectivo LGTBI. Además, en esta categorización existe un presupuesto

tácito cis-heterocentrista en la categoría “jóvenes y adultos de toda la población”, que asocia a la cis-heterosexualidad con lo “natural” y “normal”.

Una de las razones de la escasa existencia de datos de la población LGTBI es que en las fuentes primarias de información –incluidos los CENSOS nacionales – sólo hay dos opciones para la categoría “sexo” -mujer/varón- y no se distingue la variable “género”. En las encuestas de los organismos estatales no se pregunta sobre la identidad de género de las personas, y hay casos –como el de la ENSSyR 2013- en que se diseñan cuestionarios distintos para “varones” y “mujeres”. Las personas que no se ajustan a esta división quedan contabilizadas en los cuestionarios, pero no contenidas en base a su identidad auto-percibida, sino al sexo asignado al nacer en función de la interpretación cultural de su corporalidad y genitalidad. Esto no sólo invisibiliza su identidad, sino que condiciona sus trayectorias sexuales y de salud -entre otras-, produciendo información estadística y epidemiológica sesgada, que limita la productividad para el diseño de políticas públicas adecuadas.

Ahora, ¿qué presupuestos existen detrás de esta distinción entre sexos?

El primer subtexto que se observa es biológico. En relación a ello, en la distinción entre “machos” y “hembras”, se presume que las mujeres tienen mamas, vulva, ovarios, útero; y los varones tienen pecho, pene y testículos. Siguiendo estos supuestos, en el cuestionario de la ENSSyR se desarrollaron apartados específicos correspondientes a los cuidados y prevención de la salud adecuadas con las características que se presuponen de los cuerpos: por ejemplo, en el cuestionario de mujeres se pregunta sobre mamografías, PAP, y embarazo; y en el de varones no, desconociendo la diversidad de cuerpos posibles y lo complejo del proceso de sexuación.

En relación a esto, y como se mencionó en el apartado anterior, también podemos identificar un subtexto reproductivo, que supone que las mujeres tienen capacidad de gestar y los varones no. De este modo, las preguntas relativas al embarazo, aparecerán en el cuestionario de mujeres en primera persona y en la de los varones como una posibilidad que existe al relacionarse con una mujer. Así, por ejemplo, mientras que a las mujeres se les pregunta “¿ha estado embarazada alguna vez?” (ENNSyR, Preg. 7.1:2013), a los varones se les consulta: “¿alguna mujer ha quedado embarazada de usted alguna vez? (ENNSyR, Preg. 6.1:2013). Esto también se ve reflejado en nombres y definiciones de indicadores que asocian a la fecundidad con

“mujer” o “madre”, como la “tasa de fecundidad” -definida como el “número de nacidos vivos de mujeres madres” (DEIS)- la “cobertura de atención prenatal”, que “alude al porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal capacitado por cuestiones relativas al embarazo” (OSSyR Argentina), o “el porcentaje de uso de MAC cuando la mujer quedó embarazada” (PNSSyR, 2013). Bajo estas preguntas e indicadores subyace un subtexto de género que expresa que las únicas personas con capacidad de embarazarse son las “mujeres”, omitiendo la existencia de intersexuales, personas no binarias y varones trans que tienen capacidad de gestar.

A modo de conclusión, se observa que en la construcción de indicadores de salud sexual de AyJ existen subtextos de género cis-sexistas que permean las políticas públicas y guían a sostener la existencia de sólo dos sexos posibles, bajo un “ideal regulativo de cuerpos deseables” (Cabral, 2003), que llevan a clasificar como “anormal” a los cuerpos e identidades que no cumplen con los criterios culturalmente definidos de normalidad: personas intersexuales, trans y no binarias.

El diseño de cuestionarios, preguntas e indicadores binarios y cis-sexistas, presuponen que todas las personas son mujeres-cis o varones-cis, desconociendo, negando y excluyendo la pluralidad de vivir y expresar la sexualidad; que son derechos fundamentales de las personas. Así, mantener indicadores binarios cis-sexistas para el análisis de la sexualidad de las personas es una forma de violencia, exclusión y vulneración de derechos.

Ampliar la mirada permitiría visibilizar, respetar y legitimar todas las formas posibles y válidas de vivir, transitar y expresar la sexualidad que son tantas como personas existen, garantizando derechos humanos fundamentales contenidos en normativas específicas de nuestro país, como la Ley N° 26.743 de Identidad de Género: el derecho a la identidad, a la autonomía corporal, a decidir sobre el propio cuerpo y – sólo en los casos que las propias personas lo requieran- a realizarse tratamientos médicos seguros y gratuitos para modificar sus cuerpos. En relación a esto, para garantizar el derecho a la salud integral de las personas trans y al acceso gratuito a intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales para “adecuar” su cuerpo al género autopercebido –información que actualmente no existe de manera oficial ni sistemática- deberían ampliarse los análisis con nuevos indicadores que permitan visibilizar y monitorear el estado de situación del cumplimiento de estos derechos.

Al mismo tiempo, desde el punto de vista de la salud, se dejan de lado preguntas y análisis necesarias para la prevención y promoción de la salud de la población, relativas a controles y cuidados, como por ejemplo preguntas relativas al PAP o al embarazo, que sólo figuran en los cuestionarios e indicadores de mujeres, pero que es necesaria para todas las personas con útero o con capacidad de gestar, como pueden ser el caso de varones trans o intersexuales.

5.5. “Mujerismo” de la salud sexual.

Los datos e indicadores de salud sexual que se priorizan en nuestro país reflejan a las “mujeres” como las principales destinatarias de las políticas de salud sexual.

Se prioriza la información sobre éstas, tanto cuando las fuentes de información disponibles definen *a priori* como población de análisis sólo a mujeres (como el caso de la ENNyS⁶⁸, la ENCOVA⁶⁹ o el SIP⁷⁰), como cuando existen fuentes de información con datos disponibles de “mujeres” y “varones” pero se analizan y difunden principalmente los de las mujeres (como el caso del PNSSyPR que analizó la ENSSyPR 2013 -una encuesta cuya población objetivo fueron mujeres y varones- y sólo tuvo en cuenta las respuestas de las mujeres).

Ahora cabe preguntarnos: ¿de qué mujeres estamos hablando? ¿Qué datos se priorizan en relación a ellas?

En primer lugar, se hace hincapié fundamentalmente en el análisis de indicadores relacionados al inicio sexual, fecundidad, MAC y mortalidad materna; haciendo eje en aspectos biológicos y reproductivos.

La mayoría de los nombres y definiciones de los indicadores de salud sexual asocian la reproducción y la fecundidad con la “mujer”. Así, la “tasa de fecundidad” refiere al número de nacidos vivos registrados en la población de “mujeres”, siendo la “tasa de fecundidad adolescente” el “número de nacidos vivos de mujeres de 10-19 años de edad” (PNSIA). Al mismo tiempo se vincula a las mujeres con el uso de MAC,

⁶⁸ La ENNyS utilizó 5 cuestionarios: 1) Datos socio-demográfico y del hogar (y antropometría de los niños n. provincial); 2) Niños de 6 a 23 meses; 3) Niños de 2 a 5 años; 4) Mujeres de 10 a 49 años y 5) Embarazadas.

⁶⁹ La ENCOVA utilizó 4 cuestionarios: 1 cuestionario para el hogar y uno específico para cada grupo poblacional (N de 0 a 4 - NNyA de 5 a 17 - Mujeres de 15 a 49)

⁷⁰ En el SIP se registran datos de personas gestantes que tuvieron algún evento obstétrico (parto o aborto) que son, en la gran mayoría de los casos, mujeres-cis. Ante estos eventos se solicitan y registran información específica de salud sexual, como: resultados de estudios de ITS (VDRL, HIV, Hepatitis B, entre otros) y datos obstétricos (si el embarazo fue planeado, si estaba usando MAC al momento del embarazo, si tiene gestas previas).

relacionándola como la persona “responsable” en el cuidado de las relaciones sexuales a través del uso de métodos anticonceptivos. De este modo, se identifican indicadores como “prevalencia de uso de MAC” que refieren al “porcentaje de mujeres en edad fértil que usan (o su pareja usa) un anticonceptivo” (OSSyR Argentina), y la “necesidad de anticoncepción cubierta” que reseña la “proporción de mujeres entre 15 y 49 años que están casadas o en pareja y han cubierto su necesidad de planificación familiar” (OSSyR Argentina). Se menciona, además, al “porcentaje de uso de MAC cuando la mujer quedó embarazada”; “embarazo en mujeres que quedan embarazadas utilizando MAC”; “porcentaje de mujeres que se van con un MAC de la internación”; “mujeres que nunca usaron MAC”; etc. En todos estos casos, el foco del discurso está puesto en mujeres-cis heterosexuales con capacidad y edad para reproducir. De esta manera, el cuidado en la salud sexual, tanto en las relaciones sexuales como en el embarazo, quedan asociados a la “mujer”.

En la priorización e identificación de estos indicadores subyace el subtexto de que el embarazo es algo “propio”, “natural”, “biológico” de la mujer -bajo el ideario de “mujer-madre”- y que como es ella la que puede quedar embarazada, la prevención y uso de MAC es su responsabilidad. Bajo la construcción de esos indicadores se reproducen estereotipos biologistas de “mujer-útero”, “mujer-cis” y “mujer-gestante”, con capacidad y edad para reproducir a través de relaciones sexuales heterosexuales. De esta forma, las nociones de “la mujer” y “lo femenino” se asocian a determinadas características biológicas atribuidas y preconcebidas en relación al sexo -presuponiendo las características de los órganos sexuales, hormonas, gónadas y cromosomas- y a su capacidad reproductiva asociada al ciclo menstrual (desde la primera menstruación hasta la menopausia).

Las características biológicas, la función reproductiva y los procesos fisiológicos de parto que se les presuponen a las mujeres, fundamentan una “ideología maternalista” (Munévar, 2014), donde se presume que todas las mujeres desean ser madres en algún momento de su vida. Así, los indicadores de salud sexual ponen en circulación nociones sobre “la mujer” bajo supuestos hegemónicos de género cis-heterosexistas y saberes médicos androcéntricos, puestos al servicio de controlar el cuerpo de la mujer y su “misión natural” de procrear y poner su cuerpo al servicio de la

“construcción de la nación”⁷¹ (Munévar, 2014). A través de supuestos científicos aceptados y sustentados por la biología, se vincula a la mujer con la nación por su responsabilidad en la reproducción de la población; y, en relación a ello, se reproducen saberes médicos –en especial los obstétricos y ginecológicos- que tienen como finalidad “asegurar la salvación individual y colectiva de los ciudadanos” (Munévar, 2014).

En relación a estos supuestos, existen indicadores que asocian a la reproducción y a la fecundidad de manera explícita con un “rol materno”, bajo el concepto de “mujer-madre”: “tasa de fecundidad según edad y residencia de la madre”, “nivel de escolaridad en mujeres madres y no madres”; “porcentaje de madres adolescentes que no se encuentran asociadas a un sistema de salud”; “porcentaje de madres que residen en hogares con menos de 4.500 de ingreso total mensual”; “porcentaje de adolescentes madres que viven con su pareja”; “porcentaje de mujeres madres que tuvieron un embarazo buscado”; etc. De esta forma, a una persona gestante se la presume automáticamente como “mujer” y como “madre”. Además, “el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio” es definido como “mortalidad materna” (DEIS), asociando el acto biológico de gestar y parir con ser “mujer” y “madre”. Sin embargo, no todas las personas gestantes son “mujeres” ni “madres” -como el caso de varones trans con capacidad de gestar o mujeres-cis que abortan o tienen un parto pero no maternan - ni todas las madres son personas gestantes, como el caso de madres adoptivas o co-maternidades lésbicas.

El rol de maternar asociada a la mujer aparece también en las encuestas. En la ENNSyR 2013 hay veces que la palabra mujer cambia por la de “madre”, sin embargo, esto no sucede con el varón, que es siempre varón o pareja, pero nunca “padre”. Por ejemplo, la pregunta N° 13 del apartado “embarazos y partos” del cuestionario de mujeres dice: “Y su pareja ¿piensa usted que quería tener ese hijo, quería esperar más tiempo o no quería tener ese hijo?”; la misma pregunta en el cuestionario de varones

⁷¹ Según Munévar “el ideal de nación quedó arraigado en un orden nacional caracterizado por la homogeneidad cultural, la uniformidad de la familia nuclear, la heteronormatividad de las parejas y la maternidad como el destino para las ciudadanas. Ese orden nacional (...) quedó arraigado a la idea de un Estado interventor que despliega sus fuerzas para asegurar la reproducción de la población mediante una serie de esquemas normativos. Estos esquemas defienden la centralidad de la maternidad resguardada por la ideología del amor romántico, y normalizan la vida de las mujeres como seres maternales en torno a los hijos como integrantes de la población nacional” (Munévar, 2014:102).

señala: “y la madre de su último nacido vivo ¿piensa usted que quería tener ese hijo, quería esperar más tiempo o no quería tener ese hijo?” (ENSSyR 2013).

Además, en los análisis, la salud de la mujer es vinculada -de forma directa- con el incremento de la población sana, de modo que factores como la edad y las condiciones de vida cobran relevancia para un “buen desarrollo de la nación”. Al mismo tiempo, se priorizan datos específicos de salud neonatal, perinatal e infantil, dentro de los indicadores de salud sexual; intentando disminuir los factores y causas que provocan mayores probabilidades de NV pretérminos, con bajo peso y/o mortalidad infantil.

Teniendo en cuenta lo antedicho, nos preguntamos: ¿cuáles son los indicadores de salud sexual de las mujeres más allá de la edad fértil?

Según la ENNSyR el uso del preservativo desciende con la edad, donde las mujeres mayores de 40 años tienen una probabilidad de uso menor que las más jóvenes. Estos cambios de conductas -que podrían argumentarse bajo el supuesto de que “como no hay posibilidad de embarazo, no es necesario adoptar prácticas de cuidado”- ¿importan para la elaboración, diseño y evaluación de las políticas públicas? Existen algunos indicadores más allá de la edad fértil, relacionados casi de manera exclusiva con la prevención de ITS y enfermedades. Sin embargo, pocas intervenciones y acciones políticas de salud sexual son llevadas a cabo para las personas adultas y adultas mayores. El foco de las políticas de salud sexual está puesto en indicadores reproductivos y, en consecuencia, en la población en edad reproductiva.

Atento a ello, las personas que se priorizan en los análisis de salud sexual son aquellas con la edad biológica para la reproducción. Y entre ellas, las más relevantes son las mujeres-cis-heterosexuales con “capacidad de gestar”, claves para la reproducción de la población. Ahora bien, ¿en realidad se privilegia a las mujeres?

Las mujeres y sus cuerpos son los principales destinatarios de las políticas de salud sexual, pero esas políticas de salud y cuidado -al estar reducidas a su capacidad gestante- es más de control, medicalización y disciplinamiento, que un privilegio. Siguiendo a Munévar, la salud de la mujer es clave porque se vincula de forma directa con el incremento de la población, por lo que es fundamental mantener las mejores condiciones de salud para las mujeres a fin de evitar “que el valioso patrimonio que lleva en su seno la mujer, sea expulsado prematuramente a causa de faltas y daños evitables” (Jaschke 1941:2 citado en Munevar, 2014:103). Es decir: son cuerpos “privilegiados”

para cumplir el rol de concebir y parir, y mantener así la “sana” reproducción de la población.

A modo de conclusión, se observa que, en los discursos que subyacen en la construcción y análisis de los indicadores de salud sexual, se permean saberes médicos especializados en la “mujer” -como objeto del saber médico- y especialidades médicas específicas -obstetricia, ginecología y tocoginecología⁷²- que reproducen imaginarios e ideales hegemónicos, que asocian a la mujer con la fecundidad, la reproducción y la responsable de los cuidados en salud sexual, que “maternalizan” -y “medicalizan”- a la mujer para garantizar la “sana reproducción de la población” (Munévar, 2014). De este modo, el MMH y patriarcal habilita al “médico” para que, con sus saberes, decida y actúe sobre los cuerpos y vidas de las mujeres⁷³.

Subvertir la mirada, permitiría incluir en los análisis de salud sexual indicadores más allá de la “edad fértil” que contengan a la pluralidad de formas de vivir y expresar la sexualidad -de ser “varón”, “mujer”, “trans” o persona no binaria, con múltiples orientaciones y deseos sexuales- que generen políticas inclusivas a toda la población. Además, permitiría romper con el estereotipo de que el cuidado de las relaciones sexuales, el embarazo y la fecundidad es responsabilidad exclusiva de las “mujeres”, y hablar de responsabilidades compartidas, y de la diversidad de formas de “maternar” y “paternar”.

Pensar políticas de salud sexual con enfoque de género y DDHH, permitiría cuestionar saberes y prácticas médicas que se imponen por sobre las experiencias, necesidades y deseos de las personas que deciden gestar, incluyendo en los análisis e indicadores de salud sexual datos relacionados al cumplimiento del “parto respetado”.

⁷² La ginecología es una especialidad médica que estudia las especificidades del cuerpo femenino, con énfasis en los órganos sexuales y la reproducción; el útero y sus enfermedades, incluidas las anomalías mentales y la obstetricia o tocología se centra en los partos, la fecundación y la etapa de gestación (Munévar, 2014)

⁷³ Para más información acerca de la construcción histórica de estos dispositivos de control sobre las mujeres y sus capacidades gestantes véase Foucault, M. (1998) “Historia de la Sexualidad I”.

6. Capítulo IV. ALGUNOS APORTES A LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES CON PERSPECTIVA DE SEXUALIDAD INTEGRAL, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS.

6.1 Reflexiones Finales.

La producción y uso de información estratégica de salud es un insumo clave para orientar y guiar la toma de decisiones en el ciclo de las políticas públicas -desde la construcción de la agenda, la formulación/diseño de la política, la ejecución/implementación, el seguimiento/monitoreo, hasta la evaluación-, movilizar recursos, reorganizar los servicios de atención, mejorar la gestión, los resultados y el impacto de dichas políticas.

De este modo, la información cobra una importancia política fundamental a la hora de marcar el rumbo de las políticas de salud sexual en la adolescencia y juventud, definiendo lo que se visibiliza, prioriza, merece atención y acción, de lo que queda invisibilizado, negado y, por tanto, queda ausente de la agenda de las políticas públicas en salud sexual.

Ahora bien, esta producción de información, esencial para marcar el rumbo de las políticas públicas, no es neutral. En la construcción y análisis de indicadores de salud sexual en la adolescencia y juventud –como en toda producción de conocimiento- subyacen miradas, enfoques y matices ideológicos, que inciden fuertemente en la manera en que se miran y analizan las políticas públicas. Al mismo tiempo, lo que se entiende por sexualidad, género, adolescencia y juventud, tampoco es neutral, sino que son construcciones socio-culturales, producto de relaciones sociales de poder.

Las relaciones entre la sexualidad y el poder se entrelazan para constituir la naturalización y normalización de lo sexual y las formas que deben adoptar sus manifestaciones, delimitando así los cuerpos, identidades, expresiones y prácticas sexo-afectivas como: legítimas/ilegítimas, normales/anormales, naturales/pecaminoso-patológico. De este modo, la sexualidad se encuentra atravesada por mecanismos de control y discursos hegemónicos de saber-poder-verdad que la producen y constituyen, regulando “qué” hacer con la sexualidad y “cómo” vivirla.

Teniendo en cuenta lo antedicho, resulta clave analizar de qué forma –y bajo que enfoques y supuestos- se construyen datos, indicadores e información sobre la salud sexual de adolescentes y jóvenes; identificando subtextos de sexualidad, género y

generación a fines de intuir imaginarios, saberes y creencias existentes detrás de la construcción de estos indicadores y análisis.

En relación a esto, actualmente la mayoría -sino todos- los programas y organismos públicos que abordan la salud sexual en la adolescencia y juventud declaran adoptar un enfoque de sexualidad integral con perspectiva de género, diversidad sexual y derechos humanos. No obstante, las concepciones que se encuentran en la mayoría de sus análisis e indicadores, se alejan de lo que concebimos como salud sexual integral con enfoque de género y derechos humanos, debido a que están atravesadas:

- por una mirada hegemónica adultocéntrica que no reconoce a AyJ como sujetxs de derechos, con autonomía para decidir sobre sus propios cuerpos y sexualidad.
- por un enfoque de las transiciones que concibe a lxs jóvenes en función de su “sano” desarrollo a futuro; y homogeneiza trayectorias y vivencias, desconociendo la diversidad y pluralidad de las personas.
- por construcciones hegemónicas de la sexualidad, que privilegian lo biológico y reproductivo.
- por subtextos hegemónicos de género instituidos por saberes y valores que naturalizan al sexo, el binarismo, la cissexualidad, la heteronormatividad, el coitocentrismo y la alosexualidad.

Así, desde una perspectiva adultocéntrica, se cuestiona e incapacita la toma de decisiones autónomas de AyJ en torno a su salud sexual, esperando el cumplimiento de etapas pre-fijadas y pre-concebidas, consideradas “saludables”, “esperables” y “deseables” para su propio bienestar. De este modo, se niega a lxs jóvenes como sujetxs autónomos de derecho; y se homogeneizan sus historias, contextos, expectativas, proyectos y trayectorias.

Desde miradas de sexualidad y género hegemónicas/binarias se restringe lo amplio y plural de vivir y expresar la sexualidad humana y la existencia de corporalidades de géneros disidentes y fluidos. La biologización y naturalización del sexo, la normalización de determinadas prácticas sexuales orientadas a la reproducción, la heterosexualidad y cis-sexualidad, son recursos utilizados para el mantenimiento de las relaciones de poder y saber hegemónicas en las que se inscriben los cuerpos y las subjetividades, que silencian y niegan múltiples prácticas, orientaciones sexuales,

identidades y expresiones de género. Al negar que en la clasificación biológica y natural del sexo subyacen categorías sociales y culturales de significación, se clasifica como “anormales” a todas las formas en las que el proceso de sexuación no es “concluyente” o en donde se combinan caracteres considerados de “macho” y “hembra” (lxs intersexuales), a las personas que no se autoidentifican con el sexo asignado al nacer (personas trans) o con ningún género (no binarias), y como “abyectas” a todas las formas de deseo u atracción sexual no funcionales a la reproducción (las personas gays, lesbianas, bisexuales, asexuales). De este modo, se niega la construcción socio-cultural del sexo y el género; la existencia de sexualidades múltiples, diversas y plurales, y el respeto por las diversas formas de vivir y expresar la sexualidad; vulnerando derechos sexuales y reproductivos considerados DDHH fundamentales, contemplados en normativas internacionales y nacionales.

Asimismo, la existencia de indicadores binarios que no contemplan la pluralidad y diversidad de las personas y sus orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género, dificulta fuertemente la identificación y visualización de estas subjetividades, vivencias y experiencias. Lo que no se dice, ni se escribe, ni se puede nombrar: es negado, excluido e invisibilizado. De esta forma, una multiplicidad de cuerpos, subjetividades y maneras de vivir la sexualidad de AyJ son silenciadas; opacando estas existencias de cara a la agendación, formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas. Al mismo tiempo, las personas que no se ajustan a la división binaria quedan contabilizadas en las estadísticas, pero no en base a su identidad auto-percibida, sino al sexo asignado al nacer en función de la interpretación cultural de su corporalidad y genitalidad. Esto no sólo invisibiliza su identidad, sino que condiciona sus trayectorias sexuales y de salud -entre otras-, produciendo información estadística y epidemiológica sesgada, que limita la productividad para el diseño de políticas públicas adecuadas.

Además, creemos que la identificación de la sexualidad acotada al encuentro sexual o relaciones sexuales ha estado -y continúa estando- presente en el sentido común de ayer y de hoy, y, por ende, filtró -durante décadas- prácticas médicas, estatales y pedagógicas vinculadas con la sexualidad y a los indicadores que se utilizan para analizar las políticas de salud sexual. Esta mirada impregna los análisis de salud sexual y sexualidad con aspectos biológicos y reproductivos, dejando de lado lo amplio de la sexualidad integral.

Al mismo tiempo, que muchos de estos indicadores y análisis dependan del Ministerio de Salud le ha dado una impronta médica. O, mejor dicho, y siguiendo a Menéndez, una impronta médica hegemónica que ha puesto al saber médico en el centro de todo el proceso de atención de salud de la población; deslegitimando los saberes que tienen las personas, y su autonomía para decidir sobre su cuerpo, salud y salud sexual.

Adoptar una mirada de salud sexual integral con enfoque de género y derechos humanos que permee los análisis de las políticas de salud sexual, permitiría contener indicadores que no hablen sólo de “relaciones sexuales” y “prevención de riesgos” o sean exclusivos de una determinada “etapa de la vida” -vinculada a la reproducción o la “edad fértil”-; abarcando la sexualidad en la niñez y en las personas adultas mayores. Permitiría generar indicadores que piensen a la sexualidad de manera amplia, incluyendo tanto las dimensiones del placer y el bienestar como el de la violencia, la coerción y el abuso sexual; y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Además, posibilitaría visibilizar, respetar y legitimar todas las formas posibles de vivir, transitar y expresar la sexualidad y el género; en trayectorias múltiples -no lineales ni etapistas- igualmente válidas.

Actualmente, si bien se enuncia un enfoque de derechos, esto no se ve reflejado en los análisis e indicadores que se construyen para medir las políticas de salud sexual. Se observa así un desfasaje entre lo que se enuncia y lo que se hace. Pocos indicadores hacen foco en relevar la garantía de derechos relacionados a la sexualidad de AyJ: si reciben o no educación sexual y/o información clara, completa y oportuna sobre salud sexual; si acceden o no a atención confidencial y amigable en efectores de salud; si obtienen los anticonceptivos que eligen de manera informada y autónoma, si pueden elegir si tener hijxs o no; la calidad de atención que reciben –confidencial, respetuosa, sin discriminación-; si se respeta su orientación sexual e identidad de género, etc. Creemos que una postura que defienda firmemente la salud sexual de manera integral, con enfoque de género y derechos humanos, debe encontrar la manera de que estas ideas se traduzcan a lo largo de toda la política pública, desde su diseño e implementación hasta su monitoreo y evaluación final.

En relación a esto, es necesario contemplar que, si bien existen programas y organismos gubernamentales que expresan en sus marcos teóricos tener enfoque de

género, diversidad sexual y derechos humanos, utilizan para sus análisis fuentes primarias de información realizadas por otras áreas que no tienen esta perspectiva, relacionadas en su mayoría con áreas de estadística. De esta forma, se observa que las fuentes primarias de información –incluidos los CENSOS Nacionales- se rigen por categorías de sexo binarias (varón/mujer), no preguntan por el género, y presumen determinados sexos biológicos con identidades, expresiones, prácticas y orientaciones sexuales basadas en categorías binarias y en asociación con la reproducción. Así, por ejemplo, a una persona asignada al nacer como “varón” por su sexo biológico se lo supone varón-cis, masculino y heterosexual.

Algunas preguntas nos surgen en torno a estas conclusiones: la necesidad de que los indicadores sean comparables, ¿habrá limitado la capacidad de generar nuevos indicadores que respondan a este cambio de paradigma de “garantía de derechos” en las políticas de salud sexual? ¿Habrá restringido la especialización de la información en distintos grupos poblacionales que trascienda la clasificación del sexo en varones-cis y mujeres-cis? Con el afán de sostener la “cientificidad” de los informes y publicaciones ¿se siguen repitiendo recetas y formas hegemónicas de entender a la salud sexual?

Para terminar, esperamos que el presente análisis contribuya al cuestionamiento de miradas “estereotipadas” y hegemónicas (adulto-céntricas, sexistas, clasistas, heteronormadas y patriarcales) que, generalmente, terminan culpabilizando a adolescentes, jóvenes, mujeres y sexualidades disidentes, diluyendo las responsabilidades de adultxs y varones cis. Asimismo, esperamos que ayude a “patear el tablero”, “dejar de repetir recetas caducas” y comenzar a generar indicadores en salud sexual que respeten las diversas formas de vivir y expresar la sexualidad de las personas, acorde a un enfoque de sexualidad integral, de género y feminista, con respeto y garantía de la igualdad, la diversidad y todos los demás derechos humanos fundamentales. En este sentido, a través de este estudio, se espera contribuir en la construcción de indicadores para el análisis de las políticas de salud sexual para AyJ, desde enfoques que garanticen los derechos humanos y recuperen las aportaciones críticas de los estudios de género y la diversidad sexual a los análisis de políticas públicas en salud.

A tal fin, consideramos que la inclusión de estas perspectivas críticas a la formación en la carrera de “Lic. en ciencia política” resulta clave, a fin de generar profesionales que puedan incluir en el análisis de las políticas públicas y las relaciones de poder, a las cuestiones de sexualidad, género y diversidad sexual, que ayuden a agendar y diseñar políticas públicas que fortalezcan la igualdad entre las personas.

Al mismo tiempo, es fundamental que los organismos gubernamentales y no gubernamentales encargados del seguimiento, monitoreo y evaluación de datos y políticas; y todas las áreas encargadas de generar información para la gestión y el diseño e implementación de políticas públicas, estén formadas en estas temáticas, a fin de garantizar indicadores de salud sexual con perspectiva de género y derechos humanos.

Generar indicadores de salud sexual integral con perspectiva de género y derechos humanos, no sólo representará una buena práctica científica o profesional, sino que garantizará derechos humanos fundamentales que tienen las personas por el mero hecho de ser persona.

7. BIBLIOGRAFÍA.

7.1. Bibliografía general.

BARRANCOS D. (2015) "Primer encuentro: Género, Sexualidades y Juventudes" en "RED DE INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON ADOLESCENCIA Y JUVENTUDES EN ROSARIO. Ciclo de encuentros y formación 2015. Adolescencia y Juventudes en Rosario. Ideas y debates compartidos." Gobierno de Santa Fe y Municipalidad de Rosario. pp. 19-42.

BERKINS, L. (2003) "Un itinerario político del travestismo" en Maffía, D. (comp) "Sexualidades Migrantes. Género y transgénero". Feminaria Editoria, Buenos Aires.

BERNASCONI GUFFANTI C. E., OTERO TAFURELLI A. E. y SURRECO WILLIAM R. (2016) "Gestión pública y sistemas de información: definición de procesos y herramientas para la toma de decisiones" en XXI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile.

BRUÑOL, M. C. (1997) "Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios." Infancia: Boletín del Instituto Interamericano del Niño. OEA. pp. 1-13

BUTLER, J (2002) "Cuerpos que importan" Sobre los límites materiales y discursivos del sexo. Paidós. Buenos Aires. Pp. 17-94.

BUTLER, J. (2006) "Deshacer el Género". Ediciones Paidós Ibérica, SA, Barcelona, España.

BUTLER, J. (2007) "El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad". Ediciones Paidós Ibérica, SA, Barcelona, España.

CABRAL, M. (2003) "Pensar la intersexualidad, hoy" en Maffía, D. (comp) "Sexualidades Migrantes. Género y transgénero". Feminaria Editoria, Buenos Aires.

CEDES (2003) "La salud y los derechos sexuales y reproductivos. Avances y retrocesos", en CELS Derechos humanos en la Argentina, Informe 2002-2003, Buenos Aires. Disponible en: <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Salud/2003/5140.pdf>

CEPAL (2006) "Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de los indicadores de género". Unidad Mujer y Desarrollo. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/31960/1/S2006362_es.pdf

CEPAL (2010). Boletín del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, Disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/6/43266/P43266.xml&xsl=/mujer/tpl/p18f-st.xsl&base=/mujer/tpl/blanco.xslt>

CEPEDA A. (2008) "Historiando las políticas de sexualidad y los derechos en Argentina: entre los cuentos de la cigüeña y la prohibición de la pastilla (1974-2006)". Publicación del Posgrado en Ciencias Sociales UNGS-IDES. Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales, n° 2. Disponible en: <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/artic14.pdf>

CHAVES, MARIANA (2005) "Juventud negada y negativizada: Representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea". Última década nº23, CIDPA Valparaíso, pp. 9-32.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE LA PROVINCIA DE SANTA FE (2018) "Cap. 2. Antes y después del Enfoque de Derechos: conceptualización y problematización" en "Políticas sociales y derechos humanos a nivel local"; coordinación general de Hugo Quiroga, 1a ed., Rosario, pp.33-48.

DÍAZ, C. (1997) "El ciclo de las políticas públicas locales: Notas para su abordaje y reconstrucción", en Políticas Públicas y Desarrollo Local, IDR, CEI – UNR, FLACSO, Rosario.

DORLIN, E. (2009) "Sexo, género y sexualidades. Introducción a la teoría feminista" 1 ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

DUARTE QUAPPER, K (2000) "¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente". Última década nº13, CIDPA Viña del Mar, pp. 59-77.

ENTREVISTA A BLAS RADI (25 de octubre de 2018) Nuevas Miradas. Universidad. Página 12. Disponible https://www.pagina12.com.ar/150835-hemos-repetido-hasta-el-cansancio-que-el-genero-es-una-const?fbclid=IwAR03cED98IA7XgG5Ni1hrfjCywNHeUUVhNc9At6lyRrS_IDbloul19PM8Fg (última fecha de consulta: 05/04/2019)

EQUIPO ESI SANTA FE (2018) "Clase Nº 1. De ESÍ se Habla: Desde la sexualidad silenciada hacia la palabra compartida." De ESI Se Habla en Educación Secundaria. Ministerio de Educación. Provincia de Santa Fe

FABBRI, L. (2013) "Apuntes sobre feminismo y construcción de poder popular". Colección en las Calles y en las Camas. Puño y Letra, Editorialismo de base, Rosario, Argentina.

FABBRI, L. (2014) "Ni meramente natural, ni remotamente universal: Avatares de la teoría sexo/género". Revista www.izquierdas.cl, Nº 19, Agosto 2014, pp. 143-157.

FAUSTO-STERLIN, A. (2006) "Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad." Traducción Ambrosio Lucía Leal. Editorial Melusina S.L., Barcelona.

FERRARA, F. (2005) "¿Qué quiere decir salud? Clase del Dr. Floreal Ferrara en la Facultad de Medicina de la Universidad de Bs. As." en Colección Labradores de la Salud Pública. Cuadernillo 3. Material de Publicación Periódica y coleccionable ATE, 2014. pp. 27-30.

FISCHER PFAEFFLE, A. (2003) "Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e intersexuales" en "Maffia D. (comp) Sexualidades Migrantes. Género y transgénero." Feminaria Editoria, Buenos Aires.

FOUCAULT, M. (1998) "Historia de la Sexualidad I" Siglo XXI ediciones, Madrid.

FOUCAULT, M. (2000) "Defender la sociedad. Curso en el Collège de France 1975-1976, Fondo de Cultura Económica de Argentina S. A., Buenos Aires, Argentina.

- FOUCAULT, M. (2000) "Verdad y Poder. Diálogo con M. Fontana" en "Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones" Alianza Editorial, Madrid, pp. 128-146.
- GOGNA M. [et.al.] (2005) Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. 1a ed. Buenos Aires: CEDES.
- GONZÁLEZ GARCÍA, M. Y PÉREZ SEDEÑO, E. (2002). Ciencia, Tecnología y Género. Disponible en: http://www.ispel3.edu.ar/_paginas/biblioteca/materiales/14.pdf
- LLOVET, J. J. Y RAMOS, S. (1986) "La planificación familiar en la Argentina: salud pública y derechos humanos", en Cuadernos Médico Sociales, N° 38, Buenos Aires.
- MAFFIA, D. (comp) (2003) "Sexualidades Migrantes. Género y transgénero." Feminaria Editora, Buenos Aires.
- MAFFIA, D. y CABRAL M. (2003) "Los sexos ¿son o se hacen?" en Maffía, D. (comp) "Sexualidades Migrantes. Género y transgénero". Feminaria Editora, Buenos Aires.
- MARIO S. Y PANTELIDES A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N°87, Cepal. Santiago de Chile, pp. 95-120. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>
- MENÉNDEZ E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, pp. 451-464.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA (2013) "Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Leyes que reconocen tus derechos".
- MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE (2018) "Curso de sensibilización/capacitación derechos de las personas trans"
- MORGAGE, G. (2006) "Educación en la sexualidad desde el enfoque de género. Una antigua deuda de la escuela" en Novedades Educativas, N° 184.
- MORGAGE, G. (2011) "Toda educación es sexual: hacia una educación sexuada justa" La Crujía Ediciones. Buenos Aires, pp.9-51.
- MUNÉVAR, D. (2014) "Subtextos de género en siete textos médicos" en Maguaré. Vol. 28, N° 1. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, pp. 79-112.
- NIRENBERG, O. (2010) "Enfoques para la evaluación de políticas públicas."
- OBSERVATORIO DE LOS DERECHOS DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA (2013) "Parte 1. El Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia de la Provincia de Santa Fe" en "Informe 2013" Defensoría de niñas, niños y adolescentes. Defensoría del Pueblo. Provincia de Santa Fe, pp. 12-50.
- OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE JUVENTUDES (OPJ) (2013) Juventudes, ciudadanía y participación: un acercamiento desde el paradigma sociocultural. Algunas concepciones fundamentales para acercarse a la formación de la ciudadanía joven. Gabinete Joven y Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (2014) "Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década." Resumen, Ginebra (Suiza).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2018) Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C. Disponible en <http://iris.paho.org>.

OSZLAK O., O'DONNELL G. (1981) “Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación” CEDES, Buenos Aires.

PETRACCI, M. Y RAMOS S. (2006) “La política pública de salud y derechos sexuales reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia”. CEDES, Buenos Aires.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA – CUS (2016) “Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas” Resumen Ejecutivo. Realizado con el apoyo de UNICEF Argentina, OPS/OMS, y UNFPA Argentina

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA (2015) “Lineamientos sobre Derechos y Acceso de adolescentes al sistema de salud”. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Con el apoyo de UNFPA Argentina.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA (2017) “Salud y adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud”. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (2014) “Experiencias para armar. Manual para talleres en salud sexual y reproductiva”. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Con el apoyo del Programa SUMAR.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (2015). “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

PROGRAMA SUMAR (2017) “Curso Virtual. Lectura 1. El cuidado de la salud desde la perspectiva de género y derechos”. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

RICH, A. (1980) “Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana” en *Duoda Revista d'Estudis Feministes*, Núm 10, 1996, pp. 15-36.

VARELA, N. (2008) “Feminismo para principiantes” Ediciones B, S. A., Barcelona, España.

7.2. Publicaciones y fuentes de información analizadas.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD (2017) – “Estadísticas Vitales. Información Básica. Argentina. Año 2016” Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/06/Serie5Nro60.pdf>

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD (2018). “Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. Argentina – Año 2016” Boletín Número 157, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/>

DIRECCIÓN DE SIDA Y ETS (2013) “Plan Estratégico Nacional de VIH-SIDA, ITS y Hepatitis Virales. 2013-17.” Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000324cnt-2014-01_plan-estrategico-2013.pdf

DIRECCIÓN DE SIDA Y ETS (2017) “Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina. Nº 34. Año XX.” Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. CUS. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001070cnt-2018-03_boletin-epidemiio-vih-sida.pdf

DIRECCIÓN DE SIDA, ETS, HEPATITIS Y TBC (2018) “Síntesis del Boletín Epidemiológico sobre VIH SIDA e ITS en la Argentina Nº 35” Año XXI. Secretaría de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001378cnt-2018-12_sintesis-boletin-epidemiologico_n35.pdf

HISTORIA CLINICA PERINATAL – SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP). Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/225919/\(subtema\)/114567](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/225919/(subtema)/114567)

INDEC (2015) “Encuesta Nacional de Jóvenes 2014. Principales Resultados.” Versión actualizada. Buenos Aires. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/resultados_enj_2014.pdf

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACION – UNICEF (2013). “Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. Principales resultados 2011-2012.” (ECOVNA) Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.desarrollosocial.gov.ar/wp-content/uploads/2015/07/3.-Encuesta-Sobre-Condiciones-de-Vida1.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN – CDC y OMS (2008). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resultados de 2007. Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000004cnt-encuesta-mundial-salud-escolar_2007.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN - DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (2013) “2º Encuesta Mundial de Salud Escolar Argentina 2012”. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2007) “ENNyS. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Respuestas de la gente, Propuestas para el país. Documento de Resultados.” Argentina. Disponible en: <http://www.extensioncbc.com.ar/wp-content/uploads/ENNyS-2007.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2007) Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Guía para la elaboración de análisis e informes.

OBSERVATORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ARGENTINA. Indicadores publicados. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/indicadores.php>

PLAN ENIA (2017) Plan nacional de prevención y reducción del embarazo no intencional en la adolescencia (ENIA) 2017-2019. Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

PNSSyPR - INDEC (2013) "ENSSyR. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Documento para la utilización de las bases de datos usuario" Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/enssyr/ENSSyR_doc_utilizacion_bases_usuario.pdf

PNSSyPR - INDEC (2014) "Presentación de Resultados. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. ENNyS 2013". Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/enssyr_2013.pdf

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA (2016) "Situación de Salud de las y los adolescentes en la Argentina"; 1ª ed. UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (2011) Políticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y desafíos. Balance 2003-2011. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE (2013). Análisis de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años.

PROGRAMA SUMAR (2016) Indicadores de salud del Programa SUMAR. Prestaciones asociadas a la Matriz de Trazadoras Sumar. Actualización mayo 2016.

UNICEF - FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (2016) "Estado de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina". 1ª ed. Argentina.

UNICEF - FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (2017) "El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina". Un análisis basado en evidencia. Argentina.

ANEXOS

ANEXO 1:

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA	
FECUNDIDAD	<p>Tasa de Fecundidad Global: Número total de hijxs que una mujer tendrá al finalizar su etapa reproductiva si hubiera experimentado la prevalencia de las tasas específicas de fecundación por edad. Fuente: INDEC. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015. Serie Análisis Demográfico N° 31. INDEC, Buenos Aires, 2005</p> <hr/> <p>Análisis según residencia de la madre (por provincia) Años 2001, 2005, 2010 y 2015.</p>	<p>Tasa de Fecundidad Adolescente (Número de nacidos vivos de mujeres madres de 10 - 19 años sobre el total de mujeres de 10-19). Se distingue entre: Tasa de Fecundidad Temprana (de 10-14 años) y Tasa de Fecundidad Tardía (de 15-19 años). Fuente: DEIS. Indicadores de salud para la población de 10 a 19 años.</p> <hr/> <p>Análisis según edad (10-14; 15-19) y residencia de la madre (por jurisdicción). Análisis de tendencia de la tasa de fecundidad temprana y tardía desde 1980 a 2013.</p>	<p>Tasa de Fecundidad Adolescente (madres menores de 20). Fuente: DEIS, Ministerio de Salud de la Nación.</p>	<p>Tasa de Fecundidad adolescente: Es el número de nacidos vivos registrados en la población femenina de un grupo de edad (10 a 19) específico de una zona geográfica dada en un año dado sobre la población femenina de ese grupo de edad de la zona geográfica dada en mitad del mismo año por 1000 (DEIS). Tasa de fecundidad adolescente total. Tasa de fecundidad adolescente temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años). Fuente: Plan ENIA a partir de datos de UNICEF, INDEC y DEIS.</p> <hr/> <p>- Análisis según jurisdicción de residencia de la mujer. Análisis de tendencia: 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015.</p>				<p>Tasa de Fecundidad Adolescente (Número de nacidos vivos de mujeres madres de 10 - 19 años sobre el total de mujeres de 10-19). Se distingue entre: Tasa de Fecundidad Temprana (de 10-14 años) y Tasa de Fecundidad Tardía (de 15-19 años). Fuente: DEIS. Indicadores de salud para la población de 10 a 19 años.</p> <hr/> <p>Análisis según edad (10-14; 15-19) y residencia de la madre (por jurisdicción). Análisis de tendencia desde 2010 a 2015.</p>
FECUNDIDAD Y NIVEL EDUCATIVO	<i>No mide este dato.</i>	<p>Nivel de escolaridad en mujeres madres y no madres. Análisis comparativo entre madres adolescentes y adultas (14-17; 18 a 19; 20 a 34),</p>		<i>El marco teórico tiene en cuenta esta relación.</i>			<p>Nivel de escolaridad en mujeres madres y no madres. Énfasis en madres menores de 15 años. Fuente: Condición de</p>	

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018							
DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
		según edad y jurisdicciones seleccionadas. Fuente: ENCOVNA 2013 y DEIS					asistencia escolar (Censo 2010). Amplia con estudios de Binstock y Gogna (2017).
FECUNDIDAD y CONDICIONES DE SALUD	<i>No mide este dato.</i>	Porcentaje de madres adolescentes que no se encuentran asociadas a un sistema de salud. Fuente: DEIS. Estadísticas Vitales.					<i>No mide este dato</i>
FECUNDIDAD Y VULNERABILIDAD (VIVIENDA – INGRESOS)	<i>No mide este dato.</i>	Porcentaje de madres que residen en hogares con menos de 4.500 de ingreso total mensual. Fuente: ECOVNA 2013.		<i>Lo asocia con la vulnerabilidad. No cita fuentes específicas.</i>			<i>No mide este dato</i>
FECUNDIDAD Y CONVIVENCIA		Porcentaje de adolescentes madres que viven con su pareja. Fuente: DEIS - Estadísticas Vitales.					Escolaridad de menores de 15 según convivencia en pareja y posición en el hogar.
REPITENCIA DE EMBARAZO	<i>No mide este dato.</i>	Distribución de nacimientos de madres adolescentes por edad (hasta 14, de 15 a 17 y de 18 a 19) según orden del nacimiento. Fuente: DEIS. Indicadores de salud para la población de 10 a 19 años.		Paridad del embarazo. Mujeres menores de 20 años con hijos nacidos vivos en instituciones públicas. Argentina 2010-2014. Distingue por año del nacimiento del nacido vivo, edad de la madre (menor o igual a 14 y de 15 a 19 años), y si esas madres son nulíparas			<i>No mide este dato</i>

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018							
DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
				(refiere a la mujer que no ha tenido un parto) o tiene entre 1 o 3 gestas previas y tuvieron o no un embarazo intencional. Fuente: SIP.			
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO/ EMBARAZO INTENCIONAL O NO INTENCIONAL.	<i>No mide este dato.</i>	Porcentaje de mujeres madres que tuvieron un embarazo buscado. Fuente: SIP	Embarazos no planificados. Fuente: SIP	Embarazos intencionales y no intencionales, por grupos de edad y jurisdicción. Distinción entre total mujeres madres, mujeres madres menores o igual a 19 años y mujeres madres mayores o igual de 20 años. Fuente: SIP.			Embarazos no planificados en la adolescencia. Fuente: SIP. Informes de gestión del Ministerio de Salud.
INICIO SEXUAL	<i>No mide este dato.</i>	Edad de la primera relación sexual en mujeres y varones. Fuente: ENSSyR 2013. Se hace un análisis de tendencia de las mujeres iniciadas sexualmente. Fuente: ENSSyR 2013 y la ENNyS (2005).	Media de edad (en años) de la primera relación sexual de las mujeres. Distingue por: región geográfica y grupo de edad (14 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49). Fuente: ENSSyR 2013.	Edad inicio sexual. Fuente ENSSyR 2013.			Edad de la primera relación sexual en mujeres y varones. Fuente: ENNSYR 2013 y EMSE 2012. Caracterización de iniciación sexual de mujeres urbanas de 14 a 19 por región: Porcentaje de iniciados sexualmente por región, edad promedio de la primera relación sexual de los ya

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018							
DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
							iniciados y porcentaje de Uso de Mac. Fuente: Panteleides E.A. y Fernandez M. M (2017) y ENSSyR 2013.
		Uso de MAC en la primera relación sexual en mujeres. Fuente: ENSSyR 2013.	Uso de MAC en la primera relación sexual en mujeres. Distingue por grupo geográfico y grupo de edad (mujeres de 14 a 49 años) y máximo nivel educativo alcanzado (hasta primario incompleto o completo y Terciario o Universitario completo) Fuente: ENSSyR 2013.	Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual en mujeres. Fuente ENSSyR 2013.			Uso de MAC en la primera relación sexual en mujeres y varones. Fuente: ENNSyR 2013
		Edad de las parejas sexuales de las mujeres que se inician sexualmente. Fuente: ENSSyR 2013					
CONOCIMIENTO DE MAC		Conocimiento de MACs en la población adolescente. Fuente: ECOVNA (2013) y ENSSyR (2013)	Conocimiento de MAC: Conocimiento que las mujeres en edad reproductiva tienen de los distintos MAC en cada una de las regiones y para el total del país. Fuente: ENSSyR 2013. Desagrega: por tipo de método en porcentaje, por tipo de método y grupo de edad (14 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40				Conocimiento de MAC en mujeres. Fuente: Estudio en grupos focales de mujeres menores de 15, Binstock y Gogna 2016.

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
			a 49), por tipo de método y nivel de ingresos, nivel educativo y según región.				
USO DE PRESERVATIVO	<i>Contiene al preservativo dentro de los MACs</i>	<i>Contiene al preservativo dentro de los MACs</i>	<i>Contiene al preservativo dentro de los MACs</i>				Uso de condón en relaciones sexuales en mujeres y varones. Fuente: EMSE
USO DE MAC	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (cualquier método). Refiere al porcentaje de mujeres en edad fértil que usan (o su pareja usa) un anticonceptivo en un momento en el tiempo. Se entiende por "mujeres en edad reproductiva" a todas las mujeres de 15-49 años que están en riesgo de embarazarse (sexualmente activas y no están embarazadas, con amenorrea o son infértiles). El concepto de anticonceptivos incluye la esterilización quirúrgica femenina y masculina, inyectables, hormonales orales, implantes, DIUs, diafragmas, espermicidas, condones, métodos basados en el ritmo y amenorrea	Uso de MACs en la población adolescente. Fuente: ENCOVNA (2013), ENNSyR (2013) y EMSE (2012)	Uso de MAC mujeres sexualmente activas según grupo de edad (14 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49) y región geográfica. Fuente: ENSSyR 2013				Utilización de MAC en la primera relación sexual en mujeres y varones. Fuente: ENSSyR 2013
			MAC utilizados: Tipo de MAC utilizados principalmente por las mujeres sexualmente activas (de 14 a 49) según región geográfica. Fuente: ENSSyR 2013				Uso de MAC en mujeres y varones. Fuente: ENSSyR 2013.
		Causas más frecuentes para el no uso de MACs. Fuente: ENCOVA 2013.	Mujeres que no usan MAC: Motivos de no uso de MAC. Diferenciación entre mujeres que utilizaron MAC en alguna oportunidad y las que nunca utilizaron. Fuente: ENSSyR 2013				Tipo de MAC utilizado (hormonal, barrera, etc.) mujeres y varones. Fuente: ENSSyR 2013.

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
	durante la lactancia. Fuente: ENNyS 2005 y ENSSyR 2013						
	Necesidad de anticoncepción cubierta: Proporción de mujeres entre 15 y 49 años que están casadas o en pareja y han cubierto su necesidad de planificación familiar, es decir, que no desean tener más hijos o quieren esperar al menos dos años antes de embarazarse y están usando anticonceptivos.	Anticoncepción en la primer relación sexual, en lo embarazos no planificados y post evento obstétrico.	Decisión sobre el uso de los MAC de mujeres sexualmente activas (Quien toma la decisión acerca del MAC que se usa. Distingue según grupos de edad e ingreso. Fuente: ENSSyR 2013	Quien toma la decisión en el uso de MAC. Fuente ENSSyR 2013.			
ACCESO A MAC	<i>No mide este dato.</i>	Lugar de obtención de información sobre anticoncepción. Fuente: Pantleides.	Gratuidad en el acceso a MAC, según regiones y cobertura de obra social (con o sin). Fuente: ENSSyR 2013	Obtención gratuita de los MAC (como barrera potencial para el acceso y la continuidad del uso). Fuente ENSSyR 2013.			Acceso gratuito de los MAC utilizados. Fuente: ENSSyR 2013.
		Lugar de obtención de MAC. Fuente: Pantleides.	Lugar de obtención de MAC, según regiones. Fuente: ENSSyR 2013				
USO DE MAC Y EMBARAZO		Calidad en el uso de MAC: Uso Correcto y sistemático.	Porcentaje de uso de MAC cuando la mujer quedó embarazada (según regiones) (detalle de Mac utilizado) Fuente: ENSSyR 2013.	Embarazos no intencionales, según grupos de edad de la mujer, jurisdicción y utilización de métodos anticonceptivos. Distinción uso de MAC o no uso en mujeres menores o igual de 14, de			

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
				15 a 19, de 20 a 35 y mayor o igual a 36 años. Fuente: SIP.			
		Embarazo en mujeres que quedan embarazadas utilizando MAC. Fuente: Zamberlin et. al. (2014).	Método utilizado principalmente y método que usaba al quedar embarazada según regiones. Fuente: ENSSyR 2013.				
MAC POST EVENTO OBSTÉTRICO	Datos nacionales sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud: Datos disponibles sobre consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud (Línea de base a definir. Meta 90%). Análisis según provincia. Fuente: SIP G. "Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión: desarrollo e implementación a escala nacional de un sistema de información en salud de la mujer y perinatal en Argentina. Buenos Aires: OPS, 2013."	Porcentaje de mujeres que se van con un MAC de la internación. Tipo de MAC que se entrega: corto o largo plazo. Diferenciación entre mujeres que atraviesan un aborto con púerperas. Fuente: Estudio Zamberlin, 2014.					

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
MORBILIDAD MATERNA	Razón de morbilidad materna grave total: Número de casos de morbilidad materna grave por todas las causas cada 100.000 nacidos vivos. No hay datos disponibles.						
MORTALIDAD MATERNA	Tasa de mortalidad materna: Número de muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos. Análisis según provincia. Fuente: DEIS.	Total de muertes materna en adolescentes y en todas las mujeres. Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años y Anuarios Estadísticos.	Tasa de Mortalidad Materna (TMM): Refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Se establece considerando el número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado sobre el número de nacidos vivos registrados en la población por área geográfica dada durante el mismo año (DEIS). Análisis por provincia. Fuente: DEIS, MSN.		TXIV - EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS CASOS DE MUERTES INFANTILES Y MATERNAS Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes materno-infantiles elegibles para el SPS		Tasa de mortalidad materna total y por grupo de causas (directas, indirectas, abortos) cada 10.000 nacidos vivos. Análisis de tendencia: 1990-2014. Análisis según jurisdicción de residencia de la madre. Fuente: DEIS.

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
		<p>Causas muertes maternas. Se focaliza en las muertes por aborto. Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años y Anuarios Estadísticos.</p>	<p>Muertes Maternas por grupo de Causas: Causas obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias antes mencionada; y Causas obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona mediante el mismo) Se hace hincapie en las muertes de embarazos terminados en aborto, por ser la causa más significativa de MM. Fuente: DEIS, MSN.</p>				
			<p>Mortalidad Materna en adolescentes.</p>				

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
ABORTO	<p>Porcentaje de ingresos obstétricos y ginecológicos relacionados al aborto: Porcentaje de casos admitidos por complicaciones de aborto (espontáneos e inducidos, excluyendo las terminaciones voluntarias del embarazo provistas en condiciones legales) en las instituciones de salud, que requieren ser ingresados en los servicios obstétricos y ginecológicos. Proporción de egresos por abortos sobre el total de egresos ginecológicos y obstétricos (por provincia. Años: 2000, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010) Fuente: DEIS. Ministerio de Salud de la Nación</p>	<p>Egresos por aborto en adolescentes. Fuente: DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 y Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnóstico.</p>	<p>Egresos hospitalarios por aborto por provincia. Fuente: PNSSyPR en base a DEIS. Principales causas de egresos hospitalarios (Aborto, Complicaciones embarazos, Complicaciones puerperio, Causas obstétricas indirectas, Parto, Complicaciones trabajo parto y del parto, otras afecciones obstétricas) Fuente: DEIS.</p>	<p>Interrupción del embarazo: al ser una práctica legalmente restringida la medición de la incidencia real es muy compleja (Pecheny y Pantleides, 2009). Datos oficiales: Egresos hospitalarios por abortos de adolescentes, Ministerio de Salud.</p>			
			<p>Abortos Inducidos. No hay datos oficiales debido a que en Argentina el aborto está legalmente restringido. La magnitud de las interrupciones inducidas sólo pueden calcularse a través de métodos indirectos.</p>				
			<p>Aborto en adolescentes. Fuente: DEIS, MSN.</p>				

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
ATENCIÓN EN EL EMBARAZO	Cobertura de atención prenatal: Alude al porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal capacitado por cuestiones relativas al embarazo. Fuente: SIP	Número de controles de embarazo realizados. Porcentaje de mujeres adolescentes con al menos un control durante el embarazo. Fuente: Análisis de la ENNyS (2007).			TI - ATENCIÓN TEMPRANA DE EMBARAZO: Proporción de mujeres embarazadas elegibles para el SPS con al menos un control prenatal antes de la semana 13 de gestación		Detección del embarazo en menores de 15. No se aclaran las fuentes
	Cobertura de atención prenatal (al menos 4 visitas): Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años con un nacido vivo que recibieron atención prenatal por parte de un proveedor de salud calificado al menos cuatro veces durante el embarazo. No hay datos disponibles.	Edad gestacional al momento del primer control de embarazo. Fuente: Análisis de la ENNyS, 2007 (Detección del embarazo).			TII - SEGUIMIENTO DE EMBARAZO Proporción de mujeres embarazadas elegibles para el SPS con seguimiento de embarazo		Controles de embarazo en menores de 15. No se aclaran las fuentes
PARTO Y POSPARTO	Partos atendidos por personal de salud capacitado: Porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado. Análisis de porcentajes de nacidos vivos atendidos por personal capacitado según residencia de la madre (por Provincia). Fuente: DEIS. Ministerio de	Acompañamiento de las madres adolescentes al momento del parto. Fuente: SIP.					

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
	Salud de la Nación. Disponibilidad de atención obstétrica: Número de instituciones con cuidados obstétricos en funcionamiento.						
	Atención posparto de mujeres y recién nacidos: Porcentaje de mujeres y recién nacidos que recibieron una visita de asistencia luego del parto dentro del plazo de dos días después del nacimiento. No hay datos disponibles.	Tipo de parto: cesárea/natural					
MORTALIDAD FETAL / PERINATAL / NEONATAL / INFANTIL	Tasa de mortalidad perinatal: Número de muertes perinatales cada 1000 nacimientos. Se considera muerte perinatal a aquellas muertes ocurridas desde la semana 22 de gestación y hasta 7 días después del nacimiento. Análisis de la tasa de mortalidad perinatal por 1000 nacidos vivos según jurisdicción de residencia de la madre (por Provincia)	Mortalidad perinatal según edad de la madre. Mayor entre los hijos de menores de 15 en comparación al resto de las adolescentes y las adultas. Fuente: (Panteleides, Fernandez, Marconi, 2014)			TXIV - EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE LOS CASOS DE MUERTES INFANTILES Y MATERNAS Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes materno-infantiles elegibles para el SPS		Tasa de mortalidad infantil, neonatal y post-neonatal (cada 1.000 nacidos vivos). Análisis de tendencia 1990-2014. Análisis según jurisdicción de residencia de la madre. Fuente: DEIS.

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
	Fuente: DEIS. Ministerio de Salud de la Nación						
NACIDOS VIVOS PRÉTERMINO Y BAJO PESO	<p>Prevalencia de bajo peso al nacer: Porcentaje de nacidos vivos que pesan menos de 2500 gramos. Análisis según jurisdicción de residencia de la madre (por Provincia) Fuente: DEIS. Ministerio de Salud de la Nación</p>	<p>Nacidos Vivos (NV) muy bajo peso (<1500 gr) y bajo peso (< 2500gr) según edad de la madre: Se considera de bajo peso a los NV con menos de 2500 gr y muy bajo peso a los NV con menos de 1500gr.</p>			<p>TIII - EFECTIVIDAD DEL CUIDADO NEONATAL: Proporción de niños elegibles para el SPS con peso al nacer entre 750grs. y 1500grs. y con sobrevivida a los 28 días desde el nacimiento</p>		<p>Prematurez y bajo peso de bebés de madres menores de 15.</p>
		<p>Nacidos Vivos (NV) pre-término según edad de la madre: Se considera pre-término a los NV con menos de 37 semanas de gestación.</p>					

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
VIH	<p>Conocimiento de prácticas preventivas contra VIH: Porcentaje de todos los que respondieron correctamente acerca de las tres formas más importantes de prevención de la transmisión sexual de VIH y que rechazaron los tres mitos más importantes acerca de la prevención y transmisión del VIH. No hay datos disponibles.</p> <p>Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas: Porcentaje de mujeres embarazadas (15–24) atendidas en clínicas de cuidados prenatales que han sido testeadas para VIH y cuyo serología es positiva. Análisis según provincia Fuente: SIP G.</p>	<p>Número de diagnósticos de VIH por edad. Fuente: Dirección Nacional de SIDA y ETS. Evolución de la tasa de diagnóstico de VIH en adolescentes. Distinción de 10 a 14 años y 15 a 19.</p> <p>Evolución de la tasa de diagnóstico de VIH en adolescentes. Distinción de 10 a 14 años y 15 a 19.</p>				<p>Número personas diagnosticadas con VIH. Fuente: Boletín sobre VIH-sida</p> <p>Tasa de diagnósticos de infección por VIH</p> <p>Porcentaje de personas que conocen y desconocen su diagnóstico.</p> <p>Grupos de Prevalencia de VIH.</p> <p>Vías de Transmisión de VIH.</p> <p>Transmisión vertical del VIH</p> <p>Razón hombre/mujer en las personas con diagnósticos de VIH-sida a</p> <p>Edad del diagnóstico de VIH</p>	<p>Tasa de diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Según sexo (varón-mujer), edad y región. Se distingue en los casos de varones homosexuales.</p> <hr/> <p>Tipo de transmisión de VIH. Casos de transmisión vertical de VIH. Fuente: SAP – UNICEF.</p> <hr/> <p>Diagnóstico tardío de VIH. Tasa de realización de análisis del VIH/SIDA en mujeres y varones. Fuente: ENNSyR 2013</p> <hr/> <p>Mortalidad por VIH. Según sexo (varón . mujer) y edad</p> <hr/> <p>Conocimiento para la prevención de la transmisión del VIH en mujeres 15 a 24 años.</p>

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
						<p>Diagnóstico tardío.</p> <p>Mortalidad por SIDA</p>	<p>Fuente: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) realizada por UNICEF entre 2011 y 2012</p>
OTRAS ITS	<p>Prevalencia serológica positiva para sífilis en mujeres embarazadas: Porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a la atención prenatal con serología positiva para sífilis. Análisis según provincia. Fuente: SIP G.</p> <p>Incidencia reportada de uretritis en varones: Porcentaje de varones (15–49) entrevistados en encuestas comunitarias que reportan al menos un episodio de uretritis en los últimos 12 meses. No hay datos disponibles.</p>					<p>prevalencia de sífilis y VIH en mujeres puérperas</p> <p>casos notificados de hepatitis virales</p>	<p>Tasa de realización de análisis de VDRL para sífilis en mujeres y varones. Fuente: ENNSYR 2013.</p>

Indicadores relevados en publicaciones de salud sexual en Argentina. Periodo 2011-2018

DIMENSION	OSSyR	PNSIA	PNSSyPR	Plan ENIA	PROGRAMA SUMAR	DIR. SIDA Y ETS	UNICEF ARGENTINA
VIOLENCIA	<p>Vigilancia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales: Vigilancia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo en 95% de los partos institucionales. (Línea de base: por definirse. Meta: 80%). No hay datos disponibles.</p>	<p>Situación de coerción en la primera relación sexual. Fuente: ENSSyR 2013 y Otros estudios (Geldstein y Pantelides, 2003; Manzalli y Pantelides, 2007)</p>					<p>Abuso sexual como causa del embarazo en adolescentes menores de 15. No hay datos. Estudio Binstock y Gogna (los embarazos precoces se inscriben en historias de vida atravesados por la violencia) ----- Situación de coerción en primera relación sexual. (Fuente: EESyR 2013. Se amplía con el estudio de Binstock y Gogna</p>
PROMOCION DE DERECHOS Y CUIDADOS EN SALUD					<p>TXI – PROMOCIÓN DE DERECHOS Y CUIDADOS EN SALUD Proporción de adolescentes entre 10 y 14 años elegibles para el SPS con acceso a información sobre el cuidado en salud</p>		

