



Documento elaborado por la Lic. Alejandra Brener y la Lic. Gabriela A. Ramos

# LA ADOLESCENCIA: SUS DERECHOS Y SUS PRÁCTICAS DE SEXUALIDAD SALUDABLE



**CLADEM Argentina**

Comité de América Latina  
y el Caribe para la Defensa  
de los Derechos de la Mujer

**FEIM**

Fundación para Estudio  
e Investigación de la Mujer

**ForoDDRR**

Foro por los Derechos  
Reproductivos

**REDNAC**

Red Nacional de Jóvenes  
y Adolescentes por la Salud  
Sexual y Reproductiva



LA ADOLESCENCIA: SUS DERECHOS  
Y SUS PRÁCTICAS DE SEXUALIDAD SALUDABLE

**CoNDeRS** – Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos

**LA ADOLESCENCIA: SUS DERECHOS Y SUS PRÁCTICAS DE SEXUALIDAD SALUDABLE.** Brener, Alejandra y Ramos, Gabriela (autoras) – 1ª. Edición. Buenos Aires. 2008.

p.: 21 x 29,7 cm., 1000 ejemplares.

**ISBN** 978-987-24407-1-8

1. Educación Sexual / 2. Derechos Sexuales y Reproductivos / CDD 613.907 1

#### **Fecha de catalogación**

03/10/2008

Hecho el depósito que marca la Ley N° 11.723

© **CoNDeRS** – Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos

#### **Representante legal**

**FEIM** – Fundación para el Estudio y la Investigación de la Mujer

Paraná 135, piso 3 dto. 13 (C1017AAC)

Ciudad de Buenos Aires

Tel: (54 11) 4372 2763

#### **Supervisión de la edición**

Bianco, Mabel y Rosenberg, Martha.

#### **Diseño de tapa y diagramación**

Bernardo + Celis / Zapiola 2193 6B (C1428CXE)

Buenos Aires, Argentina. Tel/Fax: (54 11) 4115 2739

[www.bernardocelis.com](http://www.bernardocelis.com)

#### **Impresión**

Altuna Impresores / Doblas 1968 (C1424BMN)

Buenos Aires, Argentina. Tel/Fax: (54 11) 4923 0471/5773

Impreso en Argentina

Se terminó de imprimir en Noviembre de 2008.

*Permitida la reproducción parcial de los textos incluidos en esta obra, hasta 1.000 palabras, según ley 11.723, art 10º, colocando el apartado consultado entre comillas y citando la fuente: si éste excediera la extensión mencionada deberá solicitarse autorización al Conders.*

**Distribución gratuita. Material para uso dentro de actividades de monitoreo del CoNDeRS. Prohibida su venta.**



LA ADOLESCENCIA:  
SUS DERECHOS Y SUS PRÁCTICAS  
DE SEXUALIDAD SALUDABLE

Documento elaborado por la Lic. Alejandra Brener y la Lic. Gabriela A. Ramos  
con la colaboración del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)

---

## ÍNDICE

---

1. IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EXPERIENCIAS E IMPACTOS EN LA ARGENTINA	14
1.1. Atención de adolescentes en hospitales y/o centros de salud nacionales.	15
1.2. Consideraciones sobre embarazo adolescente: consecuencias e implicancias sociales.	20
1.3. Consideraciones sobre VIH-Sida: consecuencias e implicancias sociales.	24
1.4. Consideraciones sobre métodos anticonceptivos en la adolescencia: consecuencias.	25
1.5. Consideraciones sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia: consecuencias e implicancias sociales.	30
2. IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL	32
3. MITOS Y CREENCIAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	38
4. OBSTÁCULOS Y LOGROS ALCANZADOS	42
5. RECOMENDACIONES	46
6. BIBLIOGRAFÍA	48

---

## PRESENTACIÓN

---

El Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales –CoNDeRS-, es una asociación constituida por un conjunto de organizaciones de la sociedad civil que comparten el objetivo de defender los derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género. Se ha constituido en el 2003<sup>1</sup> y desde entonces encara tareas sistemáticas de monitoreo de las políticas públicas promoviendo acciones de control social o ciudadano sobre las actividades y servicios realizados por el Estado (a nivel nacional, provincial y local). Ha venido desarrollando herramientas para facilitar estudios diagnósticos e investigaciones, talleres de capacitación dirigidos a públicos diversos: profesionales, grupos de la sociedad civil, usuarios/as, funcionarios/as, comunicadores. Ha elaborado y distribuido materiales de difusión: digitales, impresos y audiovisuales, entre otras tareas, que le permiten articular en un Consorcio Nacional las particularidades de las diversas situaciones locales y presentar ante las diferentes instancias del Estado que se relacionan con el tema y ante la opinión pública los resultados del monitoreo y las demandas pertinentes.

Desde este marco, las actividades que constituyen cada uno de los proyectos van destinadas a todas aquellas organizaciones y personas que desean monitorear las acciones que prevé la ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (ley Nacional N° 25.673 - 2002) que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, (PNSSyPR) su decreto reglamentario, y la reciente ley Nacional de Educación Sexual Integral (ley N° 26.150 - 2006).

En esta oportunidad, el CoNDeRS se ha propuesto presentar un material de consulta que ilustre y considere el proceso de implementación de la ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) y ley Nacional de Educación Sexual Integral (ley Nacional ESI), para las personas interesadas en el tema y los grupos que realizan tareas de monitoreo social con adolescentes.

Se entiende que el monitoreo social de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, incluye la elaboración conjunta de dispositivos para supervisar la atención de la salud reproductiva de esta población y la formulación de propuestas para la puesta en marcha de acciones preventivas respetuosas de los derechos humanos.

Desde esta perspectiva, el material que se presenta a continuación, refiere a las formas de aplicación y ejecución de ambas leyes dentro del sistema de salud público y educativo focalizando en las acciones destinadas a adolescentes en todo el territorio argentino.

Se hace referencia a algunas experiencias regionales especificadas por provincia señalando qué acciones en relación con la prevención en los servicios de salud y educativos se planificaron, cómo fueron las prácticas profesionales, las consejerías, la percepción de cambios de hábitos o conciencia de derechos exigibles relativos a la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes en lo que incumbe a la aplicación del PNSSyPR y a la ley Nacional ESI.

Es un aporte para la programación y puesta en marcha de actividades destinadas a lograr los cambios deseados y prescritos por la ley, y tiene como intención promover herramientas de acción que permitan a la sociedad civil ejercer el monitoreo social para exigir que se respeten los derechos reproductivos y sexuales.

Algunos de los interrogantes que han motorizado la búsqueda de datos que aquí se presentan son:

¿Se implementaron servicios de salud destinados a adolescentes/as en el marco del PNSSyPR? ¿Existen indicadores de cambios en las prácticas sexuales de los-las adolescentes posteriores a la implementación de las leyes? ¿De qué manera los servicios y profesionales buscaron adecuarse a las necesidades de los/as adolescentes? ¿Se observan cambios en la atención de este grupo en términos de uso de MAC<sup>2</sup>? ¿Ha disminuido o aumentado la cantidad de embarazos y la maternidad adolescente? ¿Cuáles son las cifras de aborto en la adolescencia? ¿Cuál es la prevalencia de ETS<sup>3</sup>, VIH/Sida? ¿Qué se puede decir de las prácticas profesionales en torno al control del embarazo adolescente? ¿Qué obstáculos y qué facilitadores se advierten durante los procesos de implementación de las leyes mencionadas?

Estos interrogantes, entre otros, han sido los ejes orientadores de la elaboración de este documento. Introducimos la temática a través de un breve recorrido histórico de la normativa vigente en cada provincia argentina.

1. Hoy existen 265 miembros activos realizando monitoreo y 600 adherentes vinculados y articulados. Se está desarrollando monitoreo social en las siguientes provincias: CABA, Buenos Aires, Córdoba, Chubut, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, Mendoza, Salta, San Juan, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.

2. Métodos anticonceptivos

3. Enfermedades de transmisión sexual

---

## INTRODUCCIÓN

---

Los datos que presentamos resultan de la consulta a sitios gubernamentales, artículos de diarios e investigaciones académicas y resultados del monitoreo social y listas de chequeo del CoNDeRS. Se tomaron las listas de chequeo, en la versión para adolescentes de ambos sexos de 10 a 19 años, las cuales buscaron identificar qué problemas presenta la atención de la SSyR, de modo de promover la búsqueda y aplicación de soluciones adecuadas.

La historia de la política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos se inició con el proceso de restauración democrática en la Argentina. Hasta entonces, puede hablarse de políticas demográficas natalistas que no trataban la anticoncepción moderna como derecho de las mujeres e incluso prohibían la venta de los anticonceptivos hormonales, desarrollados desde los años 1960. Los derechos reproductivos fueron una de las mayores reivindicaciones democráticas por las que ha luchado el feminismo y el movimiento social de mujeres. Gracias a esta incansable tarea han adquirido mayor visibilidad pública. Su reconocimiento como derechos humanos por los Tratados, Pactos y Convenciones internacionales generó espacios de demanda al Estado para petitionar por la promoción y la garantía de su ejercicio. Finalmente en el 2002 se sancionó la ley Nacional 25.673 de SSyPR.

A partir de ese momento, las autoridades sanitarias, en cumplimiento de lo dispuesto por esa ley, llevaron adelante una política activa para la implementación del PNSSyPR que formalizó la incorporación, por primera vez en nuestro país, de la SSyR en la agenda de las políticas públicas del Estado Nacional. Catorce provincias<sup>4</sup> habían sancionado sus propias leyes antes de la sanción de la Ley Nacional en el 2002. Algunas provincias aún continúan sin sancionarla, por ejemplo: San Juan y Formosa. Catamarca, Tucumán y Misiones cuentan, respectivamente, con los Programas de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de ETS, de Procreación Responsable y de Planificación Familiar Integral, pero no tienen ley.

En cuanto a su contenido y alcance, en cada provincia las leyes se fueron implementando con diferencias tanto

en las denominaciones, como en los objetivos, en la formulación, en la puesta en marcha de programas, en los tipos de destinatarios-as, en los actores que lo aplican, y en los tipos de financiamiento, entre otros aspectos. Existen a nivel nacional datos que dan cuenta de la heterogeneidad del acceso real a los derechos formalmente consagrados de los-as destinatarios-as. Esta heterogeneidad se debe a las grandes desigualdades económicas y socioculturales en distintas regiones del país, a la adhesión o no a la Ley, a la intencionalidad política de generar una verdadera práctica de derechos, o a acciones aisladas, convertidas frecuentemente en pura retórica, o que se limitan a la difusión de folletos y afiches que empapelan fugazmente algunas ciudades.

Textualmente la ley Nacional de SSyPR- No. 25.673, de 2002 por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se propone alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y cáncer genital y mamario; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. Favorecer el conocimiento de su uso eficaz, a efectos de su libre elección, sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos y en ese contexto facilitar el acceso a dichos métodos e insumos; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. Según el Decreto Reglamentario Nacional 1.282/2003 se crea el PNSS y PR dando cumplimiento a los derechos consagrados en Tratados Internacionales que tienen rango constitucional y han sido reconocidos por la reforma de la Constitución en 1994. Ellos son la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

El Programa está destinado a la población en general sin discriminación de ninguna índole. Se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que tienen las familias y que no coartan la patria potestad. Se considera que debe primar el interés superior del

4. La Pampa 1.363/91; Córdoba 8.535/96 (derogada), 9.073/02 y 9.099/03 (modificó la ley 9.073); Mendoza, 6.433/96; Corrientes, 5.146/96, 5.527/03 y 5.601/04; Chaco, 4.276/96; Río Negro, 3.059/96 y 3.450/00; Neuquén, 2.222/97 y 2.285/02; Jujuy, 5.133/99; Chubut, 4.545/99; Ciudad de Buenos Aires, 418/00 y 439/01 (modificó la ley 418); La Rioja, 7.049/00; 2 Tierra del Fuego, 509/00; Santa Fe, 11.888/01 y San Luis, 5.344/02.3 Cinco provincias lo hicieron después de 2002 (Buenos Aires, 13.066/03; Entre Ríos, 9.501/03; Santa Cruz, 2.656/03; Salta, 73.313/04 y Santiago del Estero, 6.579/05). (Petracci, M.: 2006:13)

niño, la niña y los-as adolescentes en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).<sup>5</sup>

La ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes aprobada en septiembre del 2005, adecua la legislación a la Convención. La nueva norma reconoce a los-as niños-niñas y adolescentes como sujetos de derecho al tiempo que deroga la Ley de Patronato que permitía al Estado disponer de los-as menores equiparándolos a los dementes e incapaces. Considerarlos-as “sujeto de derechos” implica la responsabilidad del Estado de garantizar la educación, la salud, el desarrollo social, la participación en el mundo de la cultura, la recreación, el juego y la participación ciudadana.

De acuerdo a lo que establece la ley Nacional 25.673 en el art. 5, el Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores-as, trabajadores-as sociales y demás operadores-as comunitarios a fin de formar agentes aptos para mejorar la satisfacción de la demanda por parte de efectores y agentes de salud; contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa; promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa, detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos vulnerables, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de ITS, VIH/Sida y cáncer genital y mamario.

El artículo 9 de esta ley<sup>6</sup>, que ya tiene 6 años de sancionada nunca fue reglamentado ni implementado por la mencionada coordinación entre los Ministerios de Salud, de Educación, y de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Según consta en el art. 6º se pretende implementar una transformación del modelo de atención reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para establecer un adecuado sistema de controles de salud para la detección temprana de las ITS, VIH/Sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; para que según la demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se prescriba y suministren los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios<sup>7</sup>, respetando los criterios o convicciones de los-as destinatario-as, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos.

Los derechos reproductivos son una construcción que intenta responder a la problemática de la sexualidad y la reproducción, temas que han sido polémicos en todas las épocas y que han generado tensiones entre los diferentes actores sociales involucrados con responsabilidades y poderes muy dispares. Desde esta óptica, podemos pensarlos como una conquista del Movimiento de Mujeres y otros movimientos sociales, como los relacionados con el acceso a la salud para todos y con el reconocimiento de las diversas identidades sexuales. En este contexto se define a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”<sup>8</sup>, señalando la necesidad de ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico

5. Sin embargo, esta convención focaliza en sus artículos los derechos de niños y niñas y no específica en los adolescentes. Cuestión que ha devenido en un dilema. En efecto, fue el Comité encargado de la veeduría de la CEDAW el que finalmente indicó, en una de sus recomendaciones, que “el término mujeres incluye a niñas y adolescentes (Recomendación General Nº 24 del Comité sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, citada en Consejo Nacional de la Mujer -2001) (Faur:2003:60) Asimismo, esta convención significó el cambio de una jurisdicción tutelar a otra punitivo-garantista en la que se reconocen los derechos y las garantías de los niños, niñas y adolescentes, considerándoseles responsables de sus actos cuando infringen la ley penal (aunque se limita la intervención de la justicia penal al mínimo indispensable). Amplía la gama de sanciones basadas en principios educativos y se reduce la aplicación de penas privativas de libertad; por ello, se sostiene que esta Convención consagró normativamente la doctrina de la “protección integral” contribuyendo de este modo a avanzar en el proceso de consolidación de esta doctrina que se había estado gestando en el transcurso de los años, a través de instrumentos internacionales de derechos humanos.

6. Artículo 9 - Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

7. El 7 de septiembre del 2006 el Senado convirtió en Ley Nacional (Nº 26.130) el proyecto que autoriza intervenciones quirúrgicas anticonceptivas, como la ligadura de trompas de Falopio y la vasectomía. La aprobación de la Ley establece a nivel nacional el acceso gratuito a los métodos de anticoncepción quirúrgica. Esto quiere decir que los-as mayores de 21 años podrán solicitar en hospitales públicos y sanatorios privados que les practiquen una para anular su fertilidad. Según la norma, tanto las obras sociales como las empresas de medicina prepaga deben incorporar estas cirugías a su cobertura. En la actualidad, estas intervenciones contraceptivas se efectúan en los Centros de Salud de la CABA, Santa Fe, La Pampa, Chaco, Neuquén, Chubut, Río Negro y Tierra del Fuego, entre otras 14 provincias.

8. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, julio de 1946, por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor en abril de 1948.

y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/Sida y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto.

Por otra parte, en octubre de 2006, se sancionó la ley Nacional de Educación Sexual Integral (Ley 26.150). Dicha ley establece que todos-as los-as educandos-as tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de CABA y municipal. Señala, en su Art. 3, los siguientes objetivos:

- Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
- Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
- Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
- Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

El marco normativo de nuestro país no sólo habilita el tratamiento de la educación sexual en la escuela sino que establece la responsabilidad del Estado de llevarlo a cabo. El abordaje será transversal. Esto quiere decir que no habrá una única materia destinada a enseñar educación sexual sino que los contenidos serán incluidos en todas las asignaturas simultáneamente y de manera gradual de acuerdo al programa y al enfoque didáctico correspondiente a cada una. Se denomina integral porque aborda los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de la sexualidad que deberán ser enseñados por docentes de diferentes áreas.

Es bien sabido que, la sola aprobación de las leyes es insuficiente para la modificación de los sistemas de valores vinculados con la sexualidad y la salud de los-las adolescentes, la reproducción y los estereotipos que mantienen desigualdades sociales basadas en el género. Sin embargo, es importante reconocer que, la sola existencia de sus enunciados aporta instrumentos concretos y transmite mensajes simbólicos muy poderosos que permiten hacer reflexionar acerca de valores culturales de género arraigados en la tradición patriarcal que limitan el pleno ejercicio de derechos.

Partimos de la base de que la sexualidad es un proceso dinámico, ligado a nuestra identidad, nuestra forma de relacionarnos con otros, de movernos, de sentir, de ex-

presarnos. La sexualidad no es sinónimo de genitalidad ni de relaciones sexuales, sino que se despliega en una forma de expresión mucho más amplia<sup>9</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud “La sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.<sup>10</sup>

Desde otra perspectiva, podemos definir a la sexualidad como una construcción histórica que reúne una multiplicidad de posibilidades biológicas, emocionales y mentales (identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos, fantasías) que no necesariamente se vinculan entre sí en un modelo armónico con los paradigmas de género dominantes. Los significados que le atribuimos a la “sexualidad” están socialmente organizados: promocionados o prohibidos pero siempre sostenidos por diversos discursos que nos permiten afirmar que la sexualidad es un producto social que se construye en relación con el medio cultural. Por tal motivo el acceso a educación a través de información actualizada que favorezca la autonomía y la dignidad de las personas, constituyen un derecho inalienable tanto como el acceso a servicios de salud de calidad en cuestiones de prevención asociadas a la salud sexual y reproductiva.

Abordaremos este trabajo desde la perspectiva de género, es decir pensando la posición relativa que varones y mujeres ocupan en la sociedad en relación a una trama de poder determinada que jerarquiza lo masculino e invisibiliza los aportes de las mujeres al conjunto social.<sup>11</sup>

9. FEIM con la colaboración de UNIFEM. Cecilia Correa (FEIM); Eleonor Faur (UNICEF); María Inés Ré (FEIM) y Laura Pagani (FEIM). Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos. 2003. Buenos Aires.

10. [http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html#4](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html#4)

11. La perspectiva de género implica la interpretación de las relaciones sociales desde el análisis de la circulación del poder, los valores y comportamientos de varones y mujeres en los roles asignados y sus elecciones diarias. Formas de construir lo femenino o lo masculino que configuran a los sujetos a través de mecanismos como los símbolos, las reglas y pautas sociales como por ejemplo las educativas, religiosas o jurídicas, en las formas de comunicarse, en los roles que se asumen en la familia, el mercado de trabajo, la escuela, los hospitales, las profesiones, la política, entre otras cosas.



## 1. IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Experiencias e impactos en el territorio argentino

Actualmente, la SS y los DDSyR son temas incorporados a la agenda política de las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales. Sin embargo, la instalación de esta problemática no ha sido lineal ni homogénea en todo el territorio argentino, hubo avances y retrocesos, períodos de silencio y de activa movilización. A continuación, algunas experiencias del CoNDeRS (listas de chequeo) que recogen datos vinculados a los procesos de implementación de las leyes citadas. Se refieren a la atención en hospitales y/o centro de salud en consultas vinculadas a la salud sexual y reproductiva, las tareas de prevención de ITS y VIH, el uso de MAC, la atención sanitaria -control del embarazo y educación- las acciones gubernamentales efectuadas en torno a la aplicación de la ley Nacional ESI, entre otras.<sup>12</sup> En función de estos datos se indagará si hubo cambios en las actitudes, mitos, valores, formas de relacionarse de los-as adolescentes entre sí, abordaje del tema en las familias, en la escuela, en otras instituciones, y el abordaje o no de la temática de diversidad sexual en los servicios de salud.

---

## 1.1. ATENCIÓN DE ADOLESCENTES EN HOSPITALES

---

Consideramos importante partir de un diagnóstico básico sobre la situación actual de la atención de la salud sexual y reproductiva en nuestro país desde la perspectiva de las/os usuarias/os, de los-as profesionales y de las autoridades del sistema. En este marco nos interesó indagar qué sucedió tras la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en el sector público de cada provincia; cuáles son las características del programa de SSyR, la calidad de las prestaciones planificadas y las que se brindan actualmente, identificando los factores que obstaculizan o favorecen su implementación.

En cada contexto se intentó analizar cómo se establecen las prácticas en los servicios públicos de salud y qué opiniones se han recogido de informantes claves sobre los siguientes temas: provisión de MAC, ETS, VIH/Sida

en adolescentes, embarazo adolescente y acceso libre y gratuito de los-as adolescentes a los PSSyR.

En **Córdoba** el 25/04/1996 la ley N° 8535 -que fue parcialmente vetada- crea el PSR y Sexualidad con el propósito de garantizar a las personas el poder de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos. La ley incluye en el currículo de las escuelas programas de reproducción y educación sexual, si bien otorga el derecho a los padres de decidir si sus hijos deben o no recibir dicha instrucción. El 13-1-2003 la ley 9073/03 crea el "Programa de Maternidad y Paternidad responsable". El organismo de aplicación es el Ministerio de Salud provincial. Está dirigida a las familias y la sociedad en general. Tiene como objetivos fundamentales: contribuir a la prevención y promoción de la salud, disminuir la mortalidad materno infantil y garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable.

Según el informe de Diagnóstico de situación de la SSyR durante 2005 realizado por el CoNDeRS<sup>13</sup> con la participación de la Comisión de Derechos Sexuales Derechos Reproductivos y Derecho al Aborto, el Movimiento de Mujeres de Córdoba, Servicio a la Acción Popular (SeAP), Centro de Intercambio y Servicios del Cono Sur -Argentina (CISCSA) Florencia Fossatti, Red Villa Bustos, Manos y Voces, y Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba, la atención a los-as adolescentes es uno de los problemas clave respecto del Programa.

En general, las jóvenes y las adolescentes que consultan o están bajo programa y a quienes se les prescribe anti-conceptivos, son aquellas que ya tienen hijos-as, siendo casi inusual que las que no los tienen concurren al servicio. Los adolescentes varones no llegan al dispensario y no son tenidos en cuenta en las campañas de promoción que organizan los efectores de salud que siguen manteniendo los estereotipos de género asignándoles a las mujeres la total responsabilidad de la prevención de enfermedades transmitidas sexualmente y embarazos. Es muy poco frecuente la consulta espontánea de parte de los-as adolescentes. Esto se debe a desinformación, vergüenza, desconocimiento, miedo o mal trato recibido por parte de algunos-as profesionales de la salud.

La atención es en forma individual, acompañados-as o con autorización de padres-madres o tutores dependiendo de la interpretación del Programa que hagan los-as médicos-as o de la voluntad política de atenderlos y brin-

---

12. Informe de Monitoreo de situación de la SSy R. Sta Cruz 2005; E. Ríos 2006; Formosa 2006; Mendoza 2006; Sgo. del Estero, Mendoza 2006.

---

13. <http://www.conders.org.ar/pdf/Libro20CoNDeRS.pdf>

darles insumos. Se visualizaban muchos obstáculos respecto del ejercicio de los y las jóvenes de sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, no se atendía a jóvenes menores de 17 o 18 años ni se les brindaban los insumos sin acompañamiento o autorización. Esta práctica violaba la ley y favorecía embarazos adolescentes no planeados. Recién cuando se embarazaban, las adolescentes tenían posibilidad de ingresar al Programa. La atención variaba según los centros de salud y los niveles de complejidad. En los Centros de Salud Municipales no existían consultorios específicos ni personal formado a tal fin, sólo había en el Hospital Infantil (DEM Norte) y la Asistencia Pública.

En **Mendoza**, CoNDeRS<sup>14</sup> realizó, durante el 2006, un monitoreo que permitió visualizar como evaluaban las jóvenes usuarias los servicios de salud sexual y reproductiva y relevar sus percepciones acerca de la calidad de la atención en servicios para adultos-as y adolescentes. Según los datos recogidos en la zona de El Borbollón, Departamento de Las Heras, en el Consultorio de salud reproductiva del Hospital Humberto Notti y en los consultorios de atención de la Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza (OSEP) en Ugarteche, se identificaron algunas barreras entre el profesional a cargo de la atención y el-la joven que la demanda:

**Restricciones culturales:** se solicita una edad mínima o el consentimiento de los padres para atenderlos, a pesar de que tales restricciones no existan en la legislación nacional y provincial. En este sentido, los equipos de salud contraponen los derechos de los-as jóvenes versus los derechos de patria potestad del padre, madre o tutor sin tomar en cuenta el enfoque vigente de los derechos de los/as adolescentes. Así, las creencias religiosas y el marco ideológico del profesional imponen barreras que impiden el acceso de los-as jóvenes al servicio.

**Barreras Políticas:** la salud reproductiva es una temática sensible socialmente, cuyo debate suele estar asociado a la moralidad, el pudor, la intimidad y los prejuicios sociales de grupos minoritarios que confunden e instalan discursos extremos de base religiosa. De esta manera, la tarea de prevención en el marco de la salud sexual y reproductiva de los-as jóvenes queda solapada bajo miradas acusadoras hacia el embarazo adolescente como un problema individual, y no como la falta de lle-

gada del sistema de salud en tiempo y forma brindando programas específicos y atención de calidad.

**Barreras de tipo operacional:** A nivel práctico aparecen barreras operacionales, como por ejemplo, los horarios de atención disponibles para la población joven, generalmente en situación de escolarización. Para facilitar el acceso de esta población, hay que ofrecer horarios en distintos turnos, respondiendo a las necesidades de atención sin que la población deba dejar de asistir a la escuela. Mediante este monitoreo se pudo constatar que en los servicios que no están definidos para la población joven esto funciona como una importante barrera. Los espacios que brindan servicios específicos contemplan horarios que van desde la mañana hasta la tarde e incluso los días sábados. Se generan distintas estrategias para que los usuarios accedan con facilidad al turno: desde una llamada telefónica hasta la atención inmediata por orden de llegada. Muy distinta es la situación en los efectores sin servicios específicos, que poseen escasos horarios disponibles, y, además, compartidos con población adulta. En los mismos la obtención de turnos se realiza generalmente al amanecer. Donde hay servicios especializados, el 87% afirma que pide el turno fácilmente, y en donde no existen, el 88% afirma que necesita ir muy temprano.

**Accesibilidad:** es importante mencionar la escasez de medios de transporte convenientes, teniendo en cuenta tanto la frecuencia horaria, como también los destinos y trayectorias. Esto afecta más a las localidades más alejadas de los centros urbanos, donde los centros de salud no siempre cuentan con la complejidad requerida para atender a la población, lo que implica traslados engorrosos. Se combina la falta de complejidad, con la falta de medios públicos de transporte con recorridos adecuados.

En **Santa Cruz**, según el Monitoreo de CoNDeRS<sup>15</sup> (2005) desde los datos recogidos por aplicación de las listas de chequeo que se administraron a 50 adolescentes varones y 50 mujeres que concurren a los Centros de Actividades Juveniles (CAJs), los-las adolescentes encuestados expresaron: La demora en los turnos es vista como un problema serio. La privacidad en la atención fue bien valorada. La dedicación de los-as profesionales en la consulta aparentemente fue intensiva y parece compensar el escaso tiempo de la entrevista, ya que el

14. [http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_mendoza.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_mendoza.pdf)

15. [http://www.conders.org.ar/pdf/situacion\\_stacruz.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/situacion_stacruz.pdf)

86% manifiesta haber sido “escuchado con atención y respeto”. Sin embargo, el 50% de los-as adolescentes opina que los-as profesionales no resolvieron sus dudas y preguntas, además de hablar con palabras difíciles. Y sólo el 14% expresa que “casi no lo escucharon”.

Las respuestas a las preguntas están directamente relacionadas con los MAC. El 20% informó que los-as profesionales les dijeron que debían volver acompañados con la mamá o un adulto. El 90% de los-as adolescentes consultados-as opinó que “no hay atención específica... están siempre sobrecargados de trabajo y muy apurados... si sos madre adolescente tenés que estar con el resto de los que consultan y no hay dónde orientarse”. Es notable el carácter contradictorio de estos resultados, que habla de la diversidad de expectativas y las dificultades para resolver la comunicación con el público adolescente sobre temas relacionados con la sexualidad, que debe resolverse con adecuada capacitación del personal.

En **Formosa**, que pese a sus inquietantes indicadores de salud reproductiva no adhirió a la ley nacional, según el monitoreo social de CoNDeRS<sup>16</sup> (2006) los-as adolescentes son ignorados en el sistema público de salud. Se atienden demandas de controles de embarazos o ITS pero no existen políticas públicas destinadas específicamente a la población adolescente. No hay servicio de adolescencia en los hospitales ni un programa provincial de Salud Integral del Adolescente, en consonancia con el Programa Nacional. Se realizan charlas aisladas de educación sexual en las escuelas y algunos cursos emprendidos desde el tercer sector y la Universidad.

CoNDeRS realizó un total de 221 encuestas a adolescentes, de las cuales 83 fueron menores de 15 años y 138 mayores de 15 años. Las encuestas a población adolescente femenina suman 125 y las masculinas 96. Con respecto a si ha consultado sobre su salud sexual y reproductiva un 76% responde en forma negativa. Sólo un 23% lo ha hecho alguna vez, y el 1% no contesta. La principal causa enunciada para no consultar sobre SSyR, es la falta de privacidad, seguida por el problema de horarios y el no poder ir solo. Tanto los varones como las mujeres menores de 15 años denuncian como causa de no consultar el tener que ir acompañado por un adulto. En encuestas realizadas en escuelas medias de sectores medios urbanos la demanda de privacidad es importante y es aún mayor en los menores de 15 años. Entre un 20 y un 25% consultan por problemas de sexualidad, anti-

concepción, ITS y adicciones. Solo un 11% consulta por situaciones de violencia familiar. Si bien las relaciones violentas en el noviazgo existen, el porcentaje de respuestas sobre el tema ha sido muy bajo.

La mitad de los-as adolescentes está conforme con la atención recibida y la otra mitad no contesta, muy pocos manifiestan insatisfacción y se permiten exigir una atención más adecuada. Si se toma el monitoreo realizado por CoNDeRS en escuelas de sectores medios, los resultados demuestran que el tema de embarazo en la adolescencia es mencionado en mayor proporción por las mujeres. Los varones hablan más sobre ITS. Con respecto al diálogo, los padres están más representados como interlocutores en escuelas de sectores medios y muy especialmente en mujeres menores de 15 años. Los-as docentes en segundo lugar, y los amigos en el tercero. Algunas chicas manifiestan tener diálogo con religiosos, pero el porcentaje es bajo.

En **Santiago del Estero**<sup>17</sup> el PSSyPR se ha ido instalando progresivamente y hoy se ejecuta en casi todos los Centros de Salud de la provincia, aunque no sin dificultades en su implementación. La sanción de la ley Provincial, que consistió en una adhesión llana a la ley Nacional, fue aprobada con acuerdo unánime en la Cámara de Diputados de la Provincia en el mes de septiembre del 2005.

A partir de la aplicación del Programa Nacional se han mejorado los servicios prestados. Desde el proceso de la Intervención Federal, que dio un impulso al sector salud, se han ido incorporando profesionales de diferentes disciplinas a los Centros de Salud a raíz de lo cual, obstétricas y licenciadas en obstetricia trabajan como prestadoras en el PSS y PR en una gran diversidad de servicios de toda la provincia, en centros periféricos y en hospitales de la ciudad capital y de ciudades y pueblos del interior de la provincia. Sin embargo, existe una amenaza sobre la posibilidad de continuidad de estos-as trabajadores-as ya que dependen de contratos precarios. La persistencia del Programa en los Centros de Salud de diferentes niveles de complejidad ha logrado que se haya difundido y que la cobertura se amplíe progresivamente y se de a conocer por el boca a boca, ya que no se ha realizado ninguna campaña oficial de difusión del mismo. En la legislatura provincial hay varios proyectos de ley para la implementación de la Educación Sexual en las escuelas y un Proyecto sobre ligadura tubaria, que se encuentran en debate. Los debates que se dan a nivel nacional se trasladan necesariamente a los medios y a la

16. [http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_formosa.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_formosa.pdf)

17. [http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_stiago.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_stiago.pdf)

opinión pública local y de esta manera la sociedad está más permeable a debatir temáticas como la Educación Sexual o la legalización del aborto.

CoNDeRs organizó las Jornadas Reproducción, Sexualidad y Ciudadanía, un Taller con rectores de Escuelas de Nivel de Polimodal de la Provincia y encuestas a adolescentes en escuelas, centros de salud y hospitales. Se aplicaron a 156 adolescentes de entre 14 y 25 años, de la ciudad capital de Sgo. del Estero y en la ciudad de La Banda, en su gran mayoría mujeres, con sólo 3 varones incluidos en la muestra. Se les preguntó acerca de cómo se orientaron en los centros de salud: en general se orientaron fácilmente; sobre la disponibilidad de un servicio especial para adolescentes: en general no había disponibilidad de servicio en ningún centro; sobre la modalidad en la entrega de turnos: la mayoría respondió que se pide turno muy temprano, siendo la modalidad de entrega de turnos en casi todos los centros por orden de llegada, presentándose muchas dificultades para otorgar turnos de manera diferente. Sobre el tiempo de espera para recibir atención: las respuestas oscilaron casi por mitades entre la espera excesiva (46%) y la atención rápida (51%); sobre la limpieza del lugar y presencia de asientos para la espera: la mayoría respondió que hay limpieza y asientos. Según la privacidad de los consultorios: la mayoría respondió que hay privacidad. Sobre el tiempo dedicado a la atención: las respuestas oscilaron entre poco tiempo (53%) y bastante (42%). Sobre la calidad de la atención en relación al diálogo con el/la prestador/a: la mayoría dijo que hay buena escucha. Sobre la posibilidad de elección del MAC: hay un alto porcentaje que dice que se le otorga la posibilidad de elegir (62%). Sobre la calidad de atención discriminada por la edad: un 58% dice que no hay atención específica; y sobre la posibilidad de dar la opinión respecto de la atención brindada, un 59% dice encontrar un buzón para dejar su opinión.

### 1.1.2. PRÁCTICAS PROFESIONALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS

Según datos aportados por CONDEERS durante el 2006 a través de sus referentes institucionales<sup>18</sup> podemos decir:

18. Análisis de las experiencias y resultados de la aplicación de las listas de chequeo a adolescentes 2006. Instituciones participantes: **C.A.B.A.:** Asociación Mujeres Meretrices Argentina (AMMAR), Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT), Asociación Argentina de Educadores Sexuales (AAES) Desalambando Bs. As., Futuro Transgenérico, Promotoras de salud de Retiro, Promotoras de salud de coordinación SIDA de Constitución. **Prov. Bs As:** Biblioteca de las Mujeres de Tandil, Casa de la Mujer Luisa Martínez, Centro de la Mujer de S. Fernando, Centro Nehuel, Grupo Despertar, Grupo Gesta, Grupo con VIH Ezeiza, La Calle Larga, Movimiento Teresa Vive, Obstétricas del Hospital Evita, Obstétricas del Hospital Vecinal Narciso

### Respecto a la accesibilidad física a los establecimientos

La mayor parte de las/los adolescentes afirmó que les resultó fácil encontrar los servicios que buscaban (83,7%). Sólo el 15,8% señalaron que tuvieron dificultades para ubicarlos. Las respuestas superan el promedio señalado en Mendoza, donde la casi totalidad señala que fue fácil encontrar el servicio (un solo entrevistado señaló la otra opción), Tucumán (83,7%), Entre Ríos (87,6%) o Salta con 81 % de los-las entrevistado-as que contestan sobre este ítem señalando no haber tenido dificultades. Si bien son mayoritarias las respuestas sobre la falta de dificultades, en jurisdicciones como la C.A.B.A. (44%) o Santa Cruz (24%) señalaron dificultades para encontrar el servicio que buscaban. En ambas provincias el servicio ¿de adolescentes o del PNSSyPR? está incorporado a Hospitales Generales o Centros de Salud de amplias instalaciones (zonas urbanas) donde hay inconvenientes en la señalización adecuada para ubicar el Servicio de Atención.

### Sobre la existencia de servicios especiales para la atención de adolescentes

En esta pregunta mayoritariamente los/las adolescentes destacan la inexistencia de consultorios destinados a la atención personalizada de adolescentes (76,2%). Solo los/las entrevistadas de C.A.B.A señalan que existen servicios destinados a la atención de adolescentes, (88%) siguiéndole en orden de importancia Mendoza con 83,1 %.

López, Programa Permanente de Estudios de la Mujer de Olavaria, Paredisa's, Promotoras de salud de José C. Paz, Red Intra Post muros, Grupo de Mujeres Argentina, Salud Sexual y Reproductiva en el Sur (SSeR en el Sur), Servicios de Paz y Justicia, Vecinos Autoconvocados de Gerli. **E. Ríos:** Extensión Univ. de Prevención del SIDA y Área Trabajo Social de la Escuela de Servicio Social, de la Univ. Nac. de E. Ríos. **Formosa:** Observatorio de Derechos Humanos, coordinado por la Asociación El Amanecer con la Asamblea Permanente de DDHH (filial Formosa) y Grupo de Mujeres. Jujuy: Asociación Juanita Moro, Red de Enlace DDHH y Red Puna. **Mendoza:** Católicas por el Derecho a Decidir **Salta:** Comisión de la Mujer de la Univ. Nac. de Salta, FUNDADES, Grupo Pensar el Género de la Univ. Nac. de Salta, Jóvenes por la Educación Sexual y Reproductiva (J.E.Se.R) y Movimiento Barrios de Pie. **Sta Cruz:** Grupo Zonta Río Gallegos. **Sgo del Estero:** Promoción de la Mujer Rural (PRODEMUR) y activistas del Movimiento de Mujeres. **Sta Fe:** Asociación Civil Palabras, Instituto de Estudios Jurídicos y Sociales de la Mujer (INDES), Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) Programa de Género Sociedad y Universidad Nacional del Litoral. **Tucumán:** Centro de Estudios e Históricos e Interdisciplinarios de las Mujeres (CEHIM) de la Univ. Nac. de Tucumán e Integrantes del grupo las Liliths y las otras con el aval de CLADEM Tucumán. [http://www.conders.org.ar/pdf/Informe\\_final\\_Listas\\_de\\_chequeo\\_06.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/Informe_final_Listas_de_chequeo_06.pdf)

### Sobre la facilidad/dificultad en la solicitud de turnos

En las opciones que plantea este ítem, una amplia mayoría se ubica en la primera opción que indica que para pedir turno es necesario ir muy temprano (76,6%) Son pocos-as los-as entrevistados-as de las jurisdicciones que señalan que pueden ir en el momento o pedirlo con antelación. Eso sucede en Entre Ríos (44,5%) o Mendoza (49,5%).

### Sobre el tiempo de espera y el dedicado a la atención

En este ítem las respuestas están polarizadas en ambas opciones con leve mayoría entre las que opinan que tardaron mucho o fueron derivados/as a otro día para ser atendidos-as (51,0%). Especialmente en Tucumán y Sta. Cruz una importante mayoría responden la opción 2: 67,7 y 66% respectivamente. En **Mendoza**, por el contrario los/las entrevistados/as optan en un 78% por la opción que señala que los-as atendieron rápidamente

### Sobre el tipo de atención

En estas opciones se privilegió el tema de la “escucha médica” y comunicación médico-paciente, que se basa en el respeto al derecho a una atención respetuosa y digna. La gran mayoría de respondientes (81,6%) se ubicó en la opción positiva. En la opción positiva la casi totalidad de mendocino/as (96,2%) Santiago del Estero (88,1%) Santa Cruz (86, %) o Tucumán, son los más altos porcentajes. Los-as que califican la atención como negativa están encabezados por C.A.B.A. (30%); Formosa (28%) y Salta con (20 %) ubicados en esa opción. En menos de un (1%) de los casos no figura la información

### 1.1.3. CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA LEGISLACIÓN

Según un Estudio Colaborativo Multicéntrico<sup>19</sup>, en C.A.B.A los-as médicos-as pediatras están al tanto de la

existencia de la legislación vigente en materia de salud sexual y reproductiva, sin embargo, es notorio el grado de desconocimiento o equívocos que manifiestan sobre sus disposiciones. Los aspectos más conocidos de la Ley refieren a aquellos que los medios de comunicación difunden, especialmente las acciones orientadas a la prescripción de anticonceptivos.

Un eje problemático es la edad a partir de la cual los-as menores pueden recibir información y/o prescripción de anticonceptivos. Los-as profesionales no perciben la solidez de las garantías legales que protegen los derechos de la niñez y la adolescencia y señalan la sensación de que es una responsabilidad demasiado grande para el-la pediatra como profesional proveer la información y los MAC. Intentan eludir las consecuencias que, según estiman, les traería un eventual reclamo por parte de las familias. La respuesta mayoritaria entre los-as que conocen la existencia de la legislación es ambigua, ya sea porque no modificaron sus prácticas en razón de la ley, o porque hay cierto escepticismo respecto de la eficacia de las normas que regulan la atención. Consideran que la ley por sí sola no es una herramienta suficiente para instalar nuevas prácticas. Con este argumento se auto-justifican por no aplicarla.

En **Córdoba** están al tanto de la existencia y aprobación de leyes de SSyR pero cuando hablan de “La Ley” dicen conocerlas en forma indirecta a través de la prensa. Todo esto indica la insuficiencia de la difusión de la ley y la capacitación del cuerpo médico en lo que respecta a los derechos de sus pacientes. La mayoría reconoce que la existencia de la ley no afectó de ninguna forma la práctica pediátrica. El mayor desconocimiento pasa por los aspectos legales relacionados con la atención infantil en general, y en particular, los relacionados con la atención de niños-as y adolescentes que pudieran concurrir a consultar sobre SS y R.

En **Mendoza** el PSSyPR sólo entregan preservativos en diferentes lugares y contextos sin el acompañamiento de una educación o formación sobre su uso. Los-as médicos-as pediatras tienen temor ante la demanda legal que puedan hacerles si trabajan los temas que aborda la ley, sobre todo cuando se debe tratar con “menores”. Abunda escepticismo respecto del respaldo que les pueda brindar el marco legal ante un caso concreto. Existe bajo nivel de conocimiento del contenido de la ley aunque se habla más de algunos aspectos de la salud sexual y de la salud reproductiva. Hay una mayor concientización de parte de las mujeres y varones acerca de que la salud sexual y reproductiva es un derecho.

19. Estudio Colaborativo Multicéntrico: Conocimiento y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución, Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), 2004-2005.

En **Neuquén** existe un desconocimiento generalizado de la ley (conocen su existencia pero no su contenido). Con respecto a la percepción del impacto o cambio en el tratamiento del tema a partir de la aplicación de la ley, se recogieron dos opciones opuestas: están quienes creen que la ley no tuvo impacto por falta de difusión o de puesta en práctica y quienes creen que las leyes han afectado positivamente la práctica pediátrica, en especial en lo referido a anticoncepción.

En términos generales, considerando la implementación de la ley de SSyR en los hospitales de todas las provincias, concluimos que:

- Hay escasos e insuficientes servicios específicos para adolescentes, ubicados en general en los hospitales de las capitales provinciales y en algunos municipios importantes
- En términos generales, los-as profesionales de la salud se resisten a atender a los-as adolescentes si no concurren con sus padres o adultos-as responsables por desconocimiento de la ley, por temor a ser sancionados, o por convicciones personales.
- Algunos-as profesionales continúan argumentando el derecho a sostener el viejo concepto de patria potestad según el régimen tutelar de la ley de Patronato. Esta postura demuestra por un lado, el desconocimiento de las leyes vigentes y por otro, la colaboración con el incumplimiento de las mismas que configura una verdadera resistencia al paradigma ideológico de los-as niños-as como sujetos de derechos.

En numerosas ocasiones, sectores conservadores han cuestionado las leyes que promueven la SSyR de los y las adolescentes aduciendo la necesidad de respetar las decisiones de padres y madres respecto de los-as hijos-as, tanto en lo que se refiere a salud como a educación. Esto merece una reflexión especial: ¿Cómo entender la antigua institución de la “patria potestad” y a la vez honrar el principio que señala a los y las adolescentes como sujetos de derecho con independencia de su edad, según la Convención sobre Derechos del Niño<sup>20</sup> y la nueva ley de Protección Integral? El ejercicio de la “patria potestad” supone una serie de responsabilidades que

los padres y madres tienen para con sus hijos-as, que, según la Convención sobre Derechos del Niño, no debe ser utilizada para coartar el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la información, a la educación, a la vida y a la salud, y debe basarse en priorizar el interés superior de los niños.

---

## 1.2. CONSIDERACIONES SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE. CONSECUENCIAS E IMPLICANCIAS SOCIALES

---

Los cambios físicos, emocionales y los producidos en el cuerpo y en la vida de relación hacen que la adolescencia sea una etapa de particular inestabilidad para el psiquismo. La tarea adolescente es el pasaje de la dependencia infantil a la inserción en el grupo social exterior a la familia, como varones y mujeres autónomos y productivos/as. Esta tarea se ve enormemente dificultada o imposibilitada cuando no hay estructuras sociales –escuelas, centros de producción, centros deportivos y culturales- que acojan lo que las familias no pueden contener. Cuando las perspectivas de futuro están abrumadas por dos generaciones de desocupación y empleo precario, cuando la violencia represiva es la respuesta a las transgresiones, a veces mínimas, del orden en el que no se les ofrece un lugar digno, vemos gravemente obstaculizado el proceso en el que las-los adolescentes deben subjetivarse adquiriendo derechos y responsabilidades. Y cuando la irresponsabilidad es la norma de los adultos significativos: padres que abandonan, madres que no se hacen cargo de regular su fertilidad, empleadores que evaden sus obligaciones sociales, policías y otros funcionarios corruptos, maestros/as agotados y sin capacitación para enfrentar los conflictos y las exigencias que se viven en la escuela, etc. Sumado esto a la fuerte difusión e influencia de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICS): TV, internet, chat, blog, etc. a las que la gente joven está expuesta, los dobles mensajes que reciben, la ausencia de confianza en referentes adultos-as, y la identificación acrítica con sus pares, los-as deja en una situación de alta vulnerabilidad.

Si sumamos a este entorno la particular necesidad de confrontar los alcances de su sentimiento de omnipotencia, la rebeldía y la prueba de límites que muchas veces los-as hace caer en situaciones expuestas al delito, los

---

20. Vease Faur, Eleonor. *Entre la moralidad religiosa y la ética de los derechos humanos: Debates y marco institucional vigente para la educación integral de la sexualidad en la Argentina contemporánea* IDAES-UNSAM- 2007-Bs As.-Coloquio Educación, sexualidades y relaciones de género.-FF y L- U.B.A-

daños reales y el rechazo social a los que se exponen, reconocemos la importancia que tiene pensar acciones específicamente dedicadas a este sector. Es habitual que circule el “a mí no me va a pasar” o “hay que vivir al límite”, situación que juega con la vida de muchos-as adolescentes poniéndola en verdaderas situaciones de riesgo. Señalamos también la “adolescentización” de la cultura promocionada desde los medios de comunicación y la sociedad de consumo. Los referentes adultos mimetizados con los-as adolescentes en sus maneras de vestir, de actuar y de expresarse, tan promocionados por los espectáculos líderes dejan a los-as adolescentes sin interlocutores válidos con quienes confrontar.

Según datos recogidos por la Red Nacional de Adolescentes en SSyR<sup>21</sup> de los aproximadamente 700.000 nacimientos que ocurren en la Argentina, algo más de 100.000 corresponden a mujeres menores de 20 años. De cada 100 bebés que nacen, más de 15 son hijos o hijas de adolescentes, es decir un 15.6 %. La cifra es mucho mayor en las provincias del norte, donde queda en evidencia que el embarazo prematuro está íntimamente ligado a la baja escolaridad de las madres y a sus carencias económicas. También engloban diferentes situaciones de vida: niñas-madres, madres “solteras” (alrededor del 40 %), mujeres que se casan o unen a edad temprana y tienen hijos como parte de su vida en unión. Con respecto a los padres de los hijos-as de estas madres adolescentes se observan dos situaciones diferentes: a) las adolescentes mayores (18 y 19 años) suelen estar en pareja con varones entre los 20 y 24 años de edad (1/3 de los casos) o de 25 a 29 años (15 % de los casos); b) las niñas madres (9 a 13 años) han tenido hijos-as con varones que las superan en, al menos 10 años (80 % de los casos) y con varones que son al menos 20 años mayores que ellas (20 % de los casos)<sup>22</sup>.

En estas situaciones no cabe duda que estamos refiriéndonos al abuso sexual infantil. No podemos pensar que hubo consentimiento válido de parte de las niñas menores de 14 años, sino violación de parte de los varones adultos, amparados en muchos casos por costumbres o tradiciones patriarcales no escritas que se aceptan sin mayor examen. Este es un tema que aparece habitualmente invisibilizado y que constituye una flagrante violación a los Derechos Humanos.

El control de la fecundidad de las mujeres es uno de los pilares que la sociedad patriarcal sostiene como modo

de control sobre ellas. La maternidad actúa como un freno para las posibilidades de desarrollo cultural y laboral de estas chicas. Uno de los efectos regularmente más graves es el fin de la escolaridad: según el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM), la mitad de las adolescentes no iban a la escuela cuando quedaron embarazadas y el 58% la abandonaron durante el embarazo. La repitencia es otro fenómeno que preocupa: el 20% de las madres adolescentes tienen su segundo hijo antes de cumplir los 20 años.

Varios interrogantes surgen de estas estadísticas, por ej: ¿qué significaciones tiene ser madre-padre en la adolescencia? ¿Cómo impacta el embarazo adolescente al interior del seno familiar y en el proyecto de vida de la joven embarazada? ¿Se interesan los varones? o ¿se los incluye en las decisiones sobre el tema? ¿Cómo impactan en la sociedad en su conjunto las mujeres adolescentes que están embarazadas?<sup>23</sup>

Según la Organización Panamericana de la Salud, la mortalidad de la madre y de su bebe se cuadruplica cuando la mujer es menor de 16 años y se quintuplica cuando la madre tiene menos de 15, por el riesgo de sufrir anemias, hemorragias o infecciones uterinas. Y no sólo por estas causas biomédicas, sino también por la incapacidad de hacerse cargo de la crianza de niñas que no tienen la madurez necesaria ni los medios económicos, ni el auxilio social o familiar que ellas requieren.

Las cifras de la maternidad adolescente ilustran el contraste entre las diferentes regiones del país: mientras que en CABA el 6% de los recién nacidos son hijos-as de menores de 20 años, la situación se agrava en otros puntos del mapa como Chaco donde el 24% de los bebés tienen madres de menos de 20 años<sup>24</sup>. Le siguen Formosa, Misiones, Catamarca y Corrientes. Cuando la mamá tiene menos de 12 años se considera que el embarazo es producto de un abuso sexual. Lo cierto es que las relaciones entre los géneros, tanto en la esfera pública como en la privada, no son ajenas a la realidad socioeconómica. Ámbitos donde la baja o nula circulación de la información y limitación del acceso a instituciones educativas y/o sanitarias condicionó la prevención de los embarazos a edades muy tempranas. Por otro lado esto también ha frenado el avance en la superación de obstáculos materiales y simbólicos para la construcción de

21. (Boletín N° 3) [http://www.rednacadol.org.ar/boletin\\_3.htm](http://www.rednacadol.org.ar/boletin_3.htm)

22. Datos extraídos de Gogna, M. y otros. *Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social* Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

23. Para identificar estas significaciones que circulan una de las fuentes que se podría tomar es el abordaje de esta temática en los medios de comunicación, otra, el enfoque en la formulación y puesta en de las políticas públicas lo encaran.

24. Cuando la maternidad pone fin a la niñez – Diario La Nación, 24 de Agosto 2007, [http://www.lanacion.com/nota.asp?nota\\_id=937338](http://www.lanacion.com/nota.asp?nota_id=937338)

relaciones más igualitarias entre varones y mujeres, lo cual hace persistir en las instituciones (familia por ejemplo) condiciones que refuerzan estereotipos, desigualdades y violencias de género. En efecto, el fenómeno está muy ligado a la pobreza y el contexto cultural: la mayoría proviene de hogares de bajos recursos económicos, en una proporción de 17 a 1, respecto de las de más altos ingresos.

Cabe destacar además, que desde que se ha difundido entre las mujeres el aborto medicamentoso (utilizando misoprostol) las complicaciones graves han disminuido, al no existir maniobras instrumentales, pero aún las complicaciones siguen existiendo pues no hay control médico accesible.

Por lo general, las adolescentes usan la medicación en forma anárquica; la red informal donde se asesoran para utilizar las “pastillas abortivas” (como ellas las llaman) involucra a amigos/as, familiares o farmacéuticos, que se constituyen en significativos informantes y que no siempre les indican adecuadamente la vía, la dosis, ni el camino a seguir a posteriori. Por ejemplo, muchas de ellas llegan al hospital después de un prolongado período de metrorragia, algunas creyendo que ya no estaban más embarazadas. La culpa y el temor a ser sancionadas por estar al tanto de la ilegalidad de su accionar, impide la consulta oportuna y las lleva a la consulta tardía, con todas sus consecuencias. Esta forma de interrumpir el embarazo, se ha difundido en los últimos años entre la población y las adolescentes no han quedado al margen de este saber y comenzaron también a utilizar el misoprostol, la mayoría de las veces en forma inapropiada, ya que la información circula por canales informales<sup>25</sup> y no se encara como una responsabilidad preventiva para la reducción de daños y morbimortalidad por gestación.

De **C.A.B.A** tomaremos una pequeña muestra estadística de lo que ocurre en un hospital público de esa ciudad. Las Dras. Vázquez, Calandra, Real, Zingman -ginecólogas del Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Medina, Ana María Corral y el jefe del servicio de Adolescencia, Dr. Berner -médicos clínicos del mismo hospital-<sup>26</sup> aportan los datos preliminares de un estudio exploratorio que han realizando en el Hospital. Detectaron que un 40% de las pacientes

internadas en el Servicio de Obstetricia a consecuencia de complicaciones de abortos son adolescentes y jóvenes menores de 24 años. Este registro se hizo sólo en pacientes internadas, pero se sabe que un importante número de casos no se registran internaciones porque son tratadas en forma ambulatoria. Un hecho llamó la atención: la mayoría de estas pacientes internadas refirieron a quien las encuestaba que su aborto había sido espontáneo. Queda claramente demostrado en estas respuestas, muy poco creíbles, el miedo y la culpa a ser denunciadas ya que el aborto está penalizado en el país. Esta no es la misma respuesta que dan cuando se encuentran a solas con un profesional capacitado en la atención de adolescentes, que comprende la situación por la que están pasando, que no las juzga y que más allá de cómo califiquen el hecho, sienten que las va a acompañar. En el imaginario está tan fuertemente instalado el temor, que muestran una grata sorpresa cuando son atendidas con cuidado y sin maltrato y reconocen explícitamente la buena calidad en la atención<sup>27</sup>.

En **Mendoza** la Municipalidad cuenta con un Programa de Prevención y Protección para Futuras Madres Adolescentes. A través de las áreas de Juventud y del Departamento de Familia, está llevando a cabo un Programa de Prevención y Protección del embarazo adolescente que tiene por objeto el abordaje integral de esta problemática a través de un equipo multidisciplinario. El Programa está dirigido a todas las jóvenes embarazadas de la ciudad y no a todas las adolescentes para la prevención del embarazo precoz. Tiene como objetivo: Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo, promover los derechos del niño y del adolescente, fortalecer los vínculos entre madre e hijos y familiares, promover los cuidados del recién nacido, afianzar el rol materno y paterno, promover la sexualidad saludable y desmistificar diversos estereotipos.

Este programa no pone el acento en el desarrollo de la capacidad de las adolescentes para prevenir o decidir, sino en el sostén del embarazo y de la crianza. Aunque se habla de la preparación para el rol paterno el Programa está destinado a las embarazadas y no a los varones. Previene los peligros que implica la maternidad precoz pero no previene los embarazos que le dan origen. Trata al embarazo en la adolescencia como la natural consecuencia de las relaciones sexuales y no enfatiza la posibilidad de prevención del embarazo mediante la anticoncepción.

25. “El aborto en la adolescencia: investigación sobre uso del misoprostol para la interrupción del embarazo en el adolescencia”, Vázquez, S.; Gutierrez, M.A.; Calandra, N y Berner, E., publicado en “Realidades y Coyunturas del Aborto”, Checa, S. (comp.), Ed. Paidós, Buenos Aires, 2006.

26. [http://www.feim.org.ar/pdf/Consejeria\\_pre\\_y\\_post\\_aborto.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/Consejeria_pre_y_post_aborto.pdf)

27. [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Políticas\\_Publicas/Protocolos%20de%20Atención/Guía%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Atención%20Post%20Aborto.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Políticas_Publicas/Protocolos%20de%20Atención/Guía%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Atención%20Post%20Aborto.pdf)

En **Tierra del Fuego** según datos oficiales, en el año 2003, la cantidad de embarazos de jóvenes de hasta 21 años aumentó un 8%. Esto indica que de un 25% los embarazos de adolescentes- jóvenes aumentaron a un 33% de las gestaciones que se dan en la Provincia. Este aumento revela falencias y falta de interacción entre las Políticas de Salud y Educación

En **Chubut** se han organizado Jornadas de Capacitación para docentes en Promoción y Prevención de la salud; Departamento de Comunicación Social de la Secretaría de Salud en conjunto con el Ministerio de Educación. Cursos dirigidos a madres y padres jóvenes o adolescentes, en los cuales se brinda asesoramiento sobre preparación para la maternidad, la paternidad, el parto y la crianza. Las actividades son coordinadas por la Dirección Provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la Secretaría de Salud del Chubut. Sin embargo, como vemos en otras jurisdicciones, estas iniciativas solo abarcan los casos de jóvenes y adolescentes embarazadas en tanto políticas de apoyo a los adolescentes que se confrontan con la maternidad/paternidad. No se han difundido políticas de prevención del embarazo en la adolescencia.

En **Corrientes**, según datos oficiales en el 2001, las estadísticas respecto a la muerte de mujeres por aborto, arrojaban los siguientes datos: 45% en Corrientes por cada 100.000 embarazadas.

La información se desprende de un informe sobre SS y R elaborado por el Ministerio de Salud. En este contexto, se desarrollaron Jornadas de Capacitación en Jurisdicciones Provinciales con presencia de Subsecretaría de Salud Pública, Dirección de Maternidad e Infancia, PROMIN. La Iglesia expresó sus críticas al respecto, señalándolo como un proyecto para facilitar el aborto. Por otra parte, el informe elaborado por el Ministerio de Salud precisa que: el 60% de los-as adolescentes no usa ningún MAC y el 25% de los-as menores de 19 años, no recibió educación sexual.

Corrientes en el 2003 adhirió a la ley Nacional N° 25.673 que legisla sobre SS y PR y que crea el Programa Nacional. Tiene un Programa Provincial de salud que apunta a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil, disminuir el número de embarazos no deseados, establecer pautas a nivel institucional sobre educación sexual y generar conciencia sobre procreación responsable.

De acuerdo a un trabajo estadístico, con datos hasta el 2006, la Provincia de **Formosa** con 12.176 casos, está cuarta en la cantidad de partos de adolescentes. Cabe

señalar que los datos revelan un progresivo incremento de nacimientos a temprana edad comparado con años anteriores. En las escuelas y colegios, llama la atención el creciente número de embarazos adolescentes en los últimos dos años. Desde el Ministerio de Salud de Nación se informó que en las Provincias de Chaco y Formosa, los embarazos adolescentes constituyen más del 25% del total, mientras que el resto del país alcanza "entre un 16 y un 17 %".<sup>28</sup> Ante esta situación, el equipo del Programa Médicos Comunitario en Formosa, conjuntamente con los-as docentes del área, aborda el problema del embarazo adolescente a través de talleres sobre SSyR, dirigidos a alumnos y alumnas que cursan el 9º año de EGB3 y Polimodal. Se planificó la realización de 1 taller por mes en cada centro educativo.<sup>29</sup>

La Red de Adolescentes en SS y R a través del Taller Subregional Noreste (NEA) para Adolescentes de la RED (durante el 2004 y el 2005)<sup>30</sup> trabajó contenidos sobre la sexualidad en la adolescencia, las conductas específicas de los varones y de las mujeres. Y opinaron sobre los-as padres-madres. Las frases más comunes fueron: "nos tildan de irresponsables, nos juzgan, pretenden ser amigos y no padres, muchas veces ponen límites extremos y otras veces ni están presentes, en lo relacionado a la sexualidad no siempre pueden hablar con vos".

Según un estudio realizado por el Municipalidad de Clorinda de Formosa<sup>31</sup> durante del 2004 y el 2005 con datos extraídos de talleres realizados en escuelas públicas de la ciudad en 8º año (cursaron 500 adolescentes entre 12 y 17 años), de barrios periféricos urbano marginales con padres con empleo inestable y en su mayoría beneficiarios de planes sociales, se transmitían películas vinculadas a temas de salud sexual y reproductiva en simultáneo con la propuesta de Consejerías en cinco centros de salud coordinadas por referentes locales. La iniciativa surgió dado que circulaban comentarios desde las maestras que en los hogares de estos adolescentes se vivían situaciones de hacinamiento y promiscuidad. La propuesta de trabajos aislados y de corto plazo y la no continuidad de acciones vinculadas conllevan un alto

28. Op. Cit. 23

29. Palacios, Josefina; Palacios, María Laura; Silva, Marcelo Ricardo Acciones de Promoción y Prevención educación para la salud sexual y reproductiva en adolescentes de EGB3 y Polimodal. Centro de salud Republica Argentina. Ponencia 1º Congreso Nacional de Salud Social y Comunitaria. Buenos Aires. 2006

30. <http://www.rednacadol.org.ar/actividades.htm>

31. Municipalidad de Clorinda. Proyectos de intervención de Municipios saludables 2004 2005

[http://municipios.msal.gov.ar/upload/experiencias/experiencias\\_112.pdf](http://municipios.msal.gov.ar/upload/experiencias/experiencias_112.pdf)

de riesgo de diluir los pequeños logros. En este sentido es recomendable formar multiplicadores de propuestas o actores claves que la repliquen a lo largo del tiempo con posterioridad al trabajo de capacitación por parte de los-las referentes externos.

En **La Rioja**, la subsecretaria del área de la Mujer, Lucía Zamora, luego de realizar diferentes trabajos de campo en el territorio provincial declaró que “la principal problemática que afecta hoy a la mujer riojana es el aborto. Le sigue en iguales dimensiones el embarazo adolescente.<sup>32</sup> “Tenemos un 19 % de embarazos adolescentes. Una tasa alta, muy alta. Esto trae como consecuencia un montón de problemas como el abandono de los estudios, la depresión, las malas condiciones alimentarias de madres y niños”, afirmó. Tenemos 1 aborto cada dos nacimientos, lo cual es muy preocupante. Tenemos una de las tasas más altas del país. Los abortos no se hacen en lugares públicos, por lo que hay que pensar que estas cifras pueden ser aún peores”, señaló la funcionaria. Los embarazos adolescentes lejos de estar controlados se han incrementado en los últimos años.

Para Zamora, la sociedad riojana necesita en forma “urgente” una reflexión profunda. “Estamos convivendo con un montón de problemas que están terminando con los sueños de cientos de jóvenes. Es urgente ponernos a trabajar en la recuperación de la mujer como pilar fundamental de la familia”, reflexionó. El programa “Nosotras” es una herramienta útil para ayudar y contener a cientos de madres adolescentes que tienen prácticamente cortado su futuro. “El programa cuenta con 500 beneficiarias. Y queremos para el próximo año que se incluyan a más niñas madres”, afirmó. Muchas de las madres adolescentes que están incluidas en el programa “Nosotras” están “desnutridas, con serios problemas de salud y sin trabajo”. “Dentro de esta franja de mujeres tenemos un problema aún mayor que es el hecho que ha crecido el porcentaje de mujeres que han abandonado sus estudios. Antes lo hacía un 60% de las jóvenes madres, hoy cerca de un 90% de adolescentes en estas condiciones abandonan sus estudios”, lamentó.

Ante estas opiniones las autoras señalamos que surge el tinte maternalizado de las políticas públicas que con la intención de proteger a las adolescentes termina reafirmando la maternidad como único destino posible, la mu-

jer como pilar fundamental de la familia. Ninguna acción sobre prevención del aborto ni de la maternidad precoz. Tampoco sobre derechos reproductivos y derechos económicos y sociales de las adolescentes.

---

### 1.3. CONSIDERACIONES SOBRE PREVENCIÓN DE VIH-SIDA: CONSECUENCIAS E IMPLICANCIAS SOCIALES

---

Las relaciones sexuales desprotegidas son la forma más habitual de contraer el VIH en el mundo y en la Argentina. En los últimos años aumentó sensiblemente el número de mujeres jóvenes y adolescentes infectadas. Contrariamente a lo que muchas veces se piensa, la mayoría de las mujeres no se infectan porque hayan tenido relaciones sexuales con muchos varones. Simplemente no se han animado o no han podido exigir a sus compañeros el uso de preservativos, ya sea por miedo a ser recriminadas, abandonadas o que se desconfie de ellas o porque dependen de ellos económica o socialmente (...) En el caso de las personas usuarias de drogas, resulta indispensable promover la incorporación de comportamientos de “reducción de daños”, como el uso sostenido de jeringas y agujas descartables o esterilizadas en todas las inyecciones, el no compartir canutos para la inhalación de sustancias (ya que pueden producirse heridas sangrantes en las fosas nasales) y la utilización de preservativos en todas las relaciones sexuales. Esto facilitará también la prevención de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual y sanguínea. Las/os púberes y adolescentes deben saber que, ante un accidente, como la rotura del preservativo, o ante la situación traumática de una violación, pueden acudir a cualquier centro de salud para recibir la terapia de profilaxis post exposición para prevenir la transmisión del VIH y también la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo producto de una violación, además del apoyo psicosocial y legal y el cuidado psicofísico<sup>33</sup>. La adolescencia constituye una franja de población particularmente vulnerable no sólo al VIH/Sida, sino también a las ITS y a los embarazos no deseados.

32. Periódico del 04/01/08- <http://www.nuevarioja.com.ar>

33. Bianco, M; Mariño, A y Barreda, V: “Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva”. FEIM/Gestos, 2008. [http://www.feim.org.ar/pdf/Info\\_ungass\\_feim\\_res\\_cast.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/Info_ungass_feim_res_cast.pdf)

Unas 10 millones de personas de entre 15 y 24 años viven con el VIH/Sida en el mundo y, cada 15 segundos, una persona joven contrae el VIH, según datos de UNICEF.<sup>34</sup>

En Argentina, las estadísticas oficiales nacionales señalan que la mayor parte de la población que desarrolló el VIH/Sida contrajo el virus durante su adolescencia y juventud. En 2005 el boletín oficial<sup>35</sup> dice que desde el inicio de la epidemia hay notificados 62.909 personas que viven con VIH/Sida de las cuales 8.074 corresponden al grupo de 14 a 24 años de edad, es decir el 12,8%. Desde el 2005 entre las nuevas infecciones las mujeres predominan en el grupo de 15 a 24 años de edad. Si se considera el grupo de 13 a 19 años el predominio en las mujeres entre las nuevas infecciones es aún mayor. Esto indica el crecimiento de la epidemia en las mujeres jóvenes.

El avance de la enfermedad entre mujeres jóvenes tiene consecuencias para la transmisión madre-hijo. La incidencia del sida pediátrico en el país es 7%, la mayor de América Latina, y en 97 % de los casos se debe a contagio de madre a hijo. La transmisión de VIH en relaciones sexuales sin protección causa 45 % de los contagios, pero entre adolescentes, casi 60% de las infecciones masculinas se vinculan con uso de drogas inyectables, mientras que 57 % de las femeninas se deben a relaciones heterosexuales sin protección.

¿Qué han hecho los gobiernos provinciales y municipales? ¿Se han movilizado las ONGs, otras instituciones, los movimientos sociales? ¿Cuál fue el impacto en las conductas de los-as adolescentes frente al riesgo de contraer esta enfermedad?

A continuación se enumerarán algunas acciones realizadas en provincias sensibilizadas con este tema e investigaciones que describen los impactos identificados.

En **Rosario** a través del Proyecto "Construyamos Salud" se realizó una encuesta para recabar información en relación con las medidas y los cuidados adoptados en jóvenes entre 13 y 25 años de edad en piletas, balnearios, locales nocturnos y en la Estación Terminal de Ómnibus de Rosario (359 mujeres y 394 varones). El 80% de los jóvenes manifestaron tener conocimiento de alguna o todas las formas de transmisión del VIH/Sida. Respecto de la posibilidad de transmisión 69% de los jóvenes

considera que ambos sexos tienen igual posibilidad de infectarse de VIH/Sida. Las 2/3 partes de los jóvenes-as (66.5%) respondieron que no tener relaciones sexuales (o abstenerse) es una medida muy efectiva como prevención de la transmisión del con VIH.

En **Mendoza** se está implementando el Programa Provincial de SIDA. Este programa ha participado del Primer Festival Internacional de Cine Gay de Argentina, denominado "Diversa Mendoza 2006" con la colocación de un stand y la distribución de preservativos entre los-as asistentes al evento. También ha promovido el Concurso Provincial de Afiches sobre Sida con las bases distribuidas en todas las escuelas de Mendoza. Este concurso se lleva a cabo por 9º año consecutivo y apunta a que los-as jóvenes se informen sobre el VIH/Sida y elaboren mensajes preventivos destinados a sus pares. Organizado conjuntamente con el Departamento de Educación y Comunicación para la Salud, y la Dirección General de Escuelas, el certamen convoca a alumnos-as de establecimientos públicos y privados de 8º y 9º año de Educación General Básica, Polimodal y C.E.N.S. (Centro Educativo de Nivel Secundario-para adultos)

---

#### 1.4. CONSIDERACIONES SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MAC): CONSECUENCIAS E IMPLICANCIAS SOCIALES

---

La iniciación sexual ocurre a edades cada vez más tempranas. Según estudios recientes, la mayoría de los varones se inició sexualmente a los 14.4 años y la mayoría de las mujeres a los 15.2 años, en general con novios-as o amigos-as. Las mujeres no sólo se inician sexualmente a edades tempranas, sino que también practican sexo con mayor frecuencia y continuidad, muchas son obligadas y padecen violencia sexual. Esto expone en mayor medida a la infección del VIH/Sida y otras ITS, a embarazos no planeados y otros problemas de salud. El desconocimiento de los MAC es muy alto; sólo el 35% de las adolescentes de clase baja conoce por lo menos cuatro métodos MAC. En cambio, el 61% de las adolescentes de clase media alta puede nombrar al menos cuatro métodos. El embarazo adolescente continúa aumentando en Argentina, especialmente en el grupo de 10 a 14 años, en este grupo por primera vez en el 2000

34. Periodismo social. *Salud sexual: falta de servicios e información a medida de los adolescentes*. Diciembre 2005. Argentina.

35. <http://www.msal.gov.ar/hm/site/sida/site/pdf/BoletinSIDAN24X.pdf>

se registraron muertes maternas<sup>36</sup>. De las infecciones nuevas de VIH/SIDA en el mundo la mitad ocurren en la población de 15 a 24 años de edad. En la Argentina desde el inicio de la epidemia se registran 6.384 enfermos correspondientes a jóvenes de 13 a 24 años de edad, es decir el 12 % del total de notificados, donde la vía de transmisión más importante en este grupo de edad es la vía sexual. (FEIM: 2005)

Hallazgos de una encuesta realizada durante el mes de octubre 2003 por la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)<sup>37</sup>, aplicada en la región Centro, NEA, NOA Patagonia y Cuyo, a más de 1400 mujeres de entre 10 y 20 años permitió reconocer que no siempre los-as jóvenes se protegen adecuadamente en el momento de iniciar relaciones sexuales. El MAC más utilizado entre las entrevistadas el preservativo con el 53,9% del total de respuestas, le sigue la categoría "Ningún método" con el 34,4%, "Métodos no efectivos como coito interrumpido o lavajes con el 8%, "Doble protección: preservativos y otros" con el 2,1% y se cuidan con el "Ritmo menstrual" el 0,5%. Entre las razones que explican por qué no se cuidaron sólo el 5,4% respondió que deseaba quedar embarazada. En la mayoría de los casos, operaron de modo significativo razones que remiten a mitos, actitudes estereotipadas de género, desinformación y dificultad para tomar decisiones por parte de las chicas. Razones por las que no se cuidaron en la primera relación sexual el 33,3% responde que "Él no quería", por falta de información el 32,6%, "En la primera relación no hay riesgo de embarazo" el 14,8%. Fue una relación inesperada el 7,3%, porque fue una relación producto de violación el 5,1%, y NS/NR 1,5%

El sentir vergüenza de ir a la escuela o el temor a ser discriminada fue el motivo de abandono escolar reportado por un tercio de estas encuestadas. En Tucumán, Salta y Misiones este motivo fue mencionado por aproximadamente la mitad de las adolescentes. Esta investigación

encontró que las situaciones "más problemáticas" en cuanto a las dificultades que enfrentan las adolescentes para acceder a MAC se da en Tucumán, Misiones, Salta y Catamarca. Mientras que Chaco, Rosario, Gran Buenos Aires y La Plata presentan, "con diferencias, situaciones menos desventajosas en términos de accesibilidad a los métodos".

Según información revelada del estudio citado en un artículo del diario Página 12<sup>38</sup> muchas de las unidades de adolescencia que están en funcionamiento pertenecen a los hospitales pediátricos, "en los que no existe la oferta de anticoncepción". Por tal motivo, estas unidades se ven limitadas a la oferta de consejería, sin disponer de MAC.

En el marco de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada durante el 2004<sup>39</sup>, a una muestra representativa de las mujeres de 10 a 49 años y a las embarazadas se les preguntó en forma personal sobre aspectos de su SSyR.

Algunos resultados de la encuesta fueron: La mediana de la edad de la menarca de las mujeres del país fue de 12,4 años. La mediana de la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres del país fue de 18,6 años. No en todas las mujeres se logró privacidad en la entrevista, particularmente en las más jóvenes. La mediana de edad de inicio de relaciones sexuales en las que sí se logró privacidad en la entrevista fue de 17,3 años y de 18,9 años en las que no hubo privacidad. La proporción de mujeres que refirió haber estado embarazada, a partir de aquellas que iniciaron las relaciones sexuales, fue de 74,9%. Agrupadas en intervalos de edad, la frecuencia de antecedentes de embarazo en las mujeres fue: 24,1% entre 10 y 19 años. Mientras que 89,5% de las mujeres menores de 20 años que iniciaron relaciones sexuales tuvieron 1 o 2 nacidos vivos, 43,3% de las mujeres de 30 a 35 años tuvieron 3 o más nacidos vivos. La razón de abortos aumentó con la edad, mostrando al mismo tiempo diferencias según las condiciones socioeconómicas del hogar; mientras que la razón de abortos fue de 145,9‰ en las mujeres de 15 a 49 años pertenecientes a hogares sin Necesidades Básicas Insatisfechas, en aquellas en hogares con NBI fue 87,6‰. Similares fueron los resultados si lo analizamos desde la categoría de la pobreza. El 20,9% de las mujeres en el grupo de 10 a

36. Bianco, M; Correa, C y Peker, L "La adolescencia en la Argentina: sexualidad y pobreza", FEIM/UNFPA, Buenos Aires 2004 (reedición).

37. Véase: Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (s/f) "Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente". Equipo de trabajo: Dra. Silvia Oizerovich (Coordinadora). Dra. Dora Daldevich, Dra. Miriam Salvo, Dra. Licia Schulman, Dra. Sandra Vázquez, Lic. Hilda Santos. Se trató de una encuesta anónima relevada entre adolescentes de entre 10 y 20 años de edad. En ésta se incluyeron, como parte del universo general, a aquellas adolescentes que concurren a Centros, Servicios o Consultorios de Obstetricia y de Ginecología Infanto Juvenil, tanto del Sistema Público de Salud como de Obras Sociales de las diferentes regiones de la Argentina - Centro, Noreste, Noroeste, Patagonia y Cuyo - para ser atendidas durante el mes de octubre 2003 y aceptaran responder la encuesta. La encuesta fue tomada por el ginecólogo o el obstetra durante la consulta. Se tomaron 1485 encuestas. <http://www.sagij.org.ar/>

38. Carbajal, Mariana. *Parir a los 17*. <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-39328-2004-08-08.html>

39. <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/ennys/site/documento-de-presentacion.asp>

19 años refirió haber realizado al menos un PAP y 90,1% en el grupo de 40 a 49 años. En tanto que refirió haber realizado colposcopia entre 13,4% y 80,6% respectivamente. Sólo 40,2% realizó alguno de los exámenes en los últimos dos años. La proporción de mujeres que refirió haber recibido explicación acerca de la técnica de autoexamen mamario varió entre 37,4% en menores de 20 años y 80% en mujeres entre 40 y 49 años. Los profesionales de la salud fueron reconocidos como la principal fuente de información, con frecuencias en el total de mujeres de cada grupo etáreo de 17,7%, 31,6%, 50,0% y 60,6%. La proporción de mujeres que refirió practicarlo regularmente, al menos una vez al mes, fue de 19,7%, 29,9%, 40,7% y 48,5% respectivamente.

En **CABA**, existen diversas experiencias que constituyen logros en la posibilidad real de impartir educación sexual a niños, niñas y adolescentes. Entre éstas, desde el año 2001 el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes suscribió un acuerdo de gestión con la Secretaria de Educación, del Ministerio de Educación, para la implementación del Programa "Nuestros Derechos, Nuestras Vidas", uno de cuyos ejes es el de "Sexualidad, Género y Derechos" y que entre sus temas a tratar figuran la prevención de ETS, uso de MAC y prevención de VIH.

En una investigación sobre prácticas sexuales de los-as chicos-as de la Villa 20 de Lugano<sup>40</sup> se realizaron 26 entrevistas individuales a 26 adolescentes de entre 12 y 19 años que viven en la Villa. Arrojó los siguientes resultados:

- Conocen los MAC y saben dónde conseguirlos, pero con sus parejas no se cuidan.
- Saben que pueden acudir al centro de salud para conseguir preservativos o pastillas anticonceptivas. Que se las dan gratis en el hospital, en comedores y centros comunitarios. Pero cuando se les acaban, tardan "bastante" en buscar más.
- Conocen qué es el Sida y cómo se contagia. Pero no usan preservativos ni siquiera cuando quieren evitar un embarazo.

La principal conclusión del trabajo es que existe una gran brecha entre lo que los-as adolescentes conocen de sexo

y la prevención en sus prácticas sexuales. La investigación refleja que la ley de SSSyR pone la información y los métodos de cuidado al alcance de los-as adolescentes, hizo que tuvieran más conocimientos, pero no consiguió que actuaran en consecuencia.

Las chicas entrevistadas contaron que les piden a sus parejas que usen preservativo si suelen estar con otras. Ellos explican que muchas veces no se cuidan con sus novias para no quedar en evidencia. Según los varones del grupo, es el chico el que decide si hay que cuidarse y cómo. Y las chicas lo confirman: la mayoría afirma que le pide al novio que use preservativo, pero que en el caso de que él no quiera, igual accede a tener sexo sin protección.

En **Entre Ríos** Según el Monitoreo social realizado por CONDERS durante el 2005 en las localidades Paraná, La Paz, Concordia, Feliciano, Concepción del Uruguay y Gualeguaychú por referentes locales y con capacitación previa aplicando 283 encuestas propuestas 146 para los adultos y 137 a adolescentes. En la mayoría de los relatos de las encuestados se evidencia el inicio de las relaciones entre los 13 y 14 años y también son repetidos los casos de abusos e incesto en los grupos familiares<sup>41</sup>.

En **Jujuy** se realizan tareas de prevención desarrolladas a través del Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de ITS. Estas tareas están implementando a través de Consejerías en los Servicios de Salud, cuyo objetivo fue facilitar que las personas decidan por sí mismas lo mejor para sí, principal eje del PSS y R. Las Consejerías tienen múltiples modalidades de intervención en la Provincia, donde los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y hospitales van adecuando esta técnica de acuerdo a su organización local. Existen Consejerías de VIH/Sida y en el CAPS de Juan Manuel de Rosas de Perico y en el Hospital Pablo Soria se realizan a través del Consultorio de Adolescencia, como así también desde el Consultorio de Alta cuando las mujeres egresan de la Maternidad. Otras Consejerías de SS y R están integradas a las Consejerías de Lactancia Materna en las maternidades de los Hospitales de "Nuestra Señora del Carmen" de El Carmen, "San Roque" y "Doctor Guillermo Paterson" de San Pedro. En el Centro Sanitario "Doctor Carlos Alberto Alvarado" la Consejería se implementa en los grupos de auto-aprendizaje con adolescentes.

40. Checa, Susana. *La brecha entre lo que saben y hace*. 11 de julio de 2005. La Nación. Esta investigación está realizada para el Instituto Gino Germani, dependiente de la Fac. Cs Soc- UBA y para el programa VigiA, del Ministerio de Salud de la Nación.

41. [http://www.conders.org.ar/pdf/Entre\\_Rios\\_final.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/Entre_Rios_final.pdf)

En **Tucumán**, los-as alumnos-as regulares de la UN de Tucumán que no tienen cobertura de salud pueden acceder a tres programas que impulsa la Nación: Remediar, SS y PR y Lucha Contra los Retrovirus del Humano, SIDA e ITS, según un convenio marco que firmaron el rectorado de la UNT y el Ministerio de Salud de la Nación.<sup>42</sup> En cuanto al programa de lucha contra las ITS como el SIDA, el Ministerio y la UNT realizaron campañas de concientización y capacitación para promover conductas que minimicen los riesgos de contraer esta clase de afecciones, informando acerca los métodos de barrera para prevenir infecciones transmisibles sexualmente y los riesgos del uso de drogas, y entregando gratuitamente preservativos.

Daniel Di Angelo integrante de la Red Nacional de Adolescentes en SSyR por la región NEA y de la ONG "Jóvenes Alfonsina Storni"<sup>43</sup> relata a modo de ejemplo la situación en Monte Caseros, Corrientes. "Yo traje los preservativos del Ministerio de Salud porque nunca nos llegaron, tampoco los folletos, no sé dónde quedaron o qué pasó", "el ministerio en la TV te tira una bomba que hace que el chico que mira la propaganda vaya y le pregunte a los padres, pero tampoco los padres están capacitados y no se les dan talleres para que sepan hablar con sus hijos" dice Di Angelo, un estudiante de periodismo de 20 años que diseña campañas de prevención y realiza talleres con docentes, familias y alumnos-as.

La falta de servicios de información adecuados y accesibles, que se ajusten a las necesidades específicas de los y las adolescentes, y la falta de acceso de los mismos padres a este tipo de recursos, reducen las posibilidades de prevenirse del VIH/Sida, las ETS y los embarazos no deseados. Por otro lado, los PSS y PR, a nivel nacional y provincial, todavía no logran articular con otros servicios e instituciones, como los ámbitos educativos y comunitarios, respuestas más eficaces y estrategias preventivas que respondan específicamente a lo que ellos necesitan.

En muchos lugares, según información revelada por el estudio ya mencionado del CEDES, durante el 2005 no hubo provisión de MAC, a pesar de que el Programa Na-

cional ya estaba en curso. Por ejemplo, en la localidad de Monte Caseros, **Corrientes**, la municipalidad había acopiado MAC en un galpón y no los entregaba hasta que fue denunciada esta irregularidad. En **Santa Fe** se habían usado apenas el 55% de los métodos enviados desde el Ministerio de Salud de la Nación porque la población no contaba con la información de que están disponibles.

Por los motivos expuestos, insistimos en destacar la importancia del compromiso del Ministerio de Salud de la Nación, así como del Ministerio de Educación y de los medios masivos de comunicación para la difusión del PNSSy PR y de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Esto forma parte de su formación en el ejercicio de ciudadanía para constituirlos-as en verdaderos sujetos de derecho, activos y protagonistas.

El mayor problema es la falta de programas pensados específicamente para los-as jóvenes: no tienen en cuenta sus intereses y sus necesidades específicas, cómo juegan los estereotipos y roles de género en esta etapa de la vida, y los diversos obstáculos que enfrentan los y las adolescentes para integrarse en una sociedad que refuerza las barreras excluyentes por condición económica, edad, orientación sexual, nivel educacional, etnia, lugar de residencia. Todo lo cual permite ver que, a pesar del marco legal existente, aún es difícil percibirlos-as como sujetos de derechos cuando se trata de pensar en políticas públicas que los-as incluyan.

### 1.4.1. PROMOCIÓN DE UNA SEXUALIDAD SALUDABLE ENTRE PARES ADOLESCENTES

Según un estudio realizado por FEIM con el apoyo de del Programa Vigía del Ministerio de Salud de la Nación denominado "Estrategias comunicacionales para promover la sexualidad saludable en adolescentes"<sup>44</sup> -que abarcó las áreas: metropolitana (CABA y Pcia. Bs. As.), noroeste (Salta capital), noreste (Monte Caseros-Corrientes) y patagónica (Allen-Río Negro)- las provincias de Salta y Corrientes, son las más tradicionalistas debido a la fuerte influencia en las mismas de los factores culturales y religiosos. Los-as referentes y adolescentes entrevistados mencionaron a la Iglesia Católica y a los sectores políticos conservadores

42. El programa Remediar consiste en la provisión gratuita de remedios esenciales, es decir, aquellos relacionados a la atención de consultas médicas más comunes. El de Salud Sexual abarca diferentes acciones, tales como la entrega de anticonceptivos y materiales didácticos de difusión, y realización de campañas preventivas.

43. [http://www.periodismosocial.org.ar/area\\_infancia\\_informes.cfm?ah=158](http://www.periodismosocial.org.ar/area_infancia_informes.cfm?ah=158), diciembre 2005.

44. [http://www.feim.org.ar/Publicacion\\_VIGIA.doc](http://www.feim.org.ar/Publicacion_VIGIA.doc)

como el principal obstáculo para la discusión de legislación sobre salud sexual y reproductiva, educación sexual en las escuelas, la prevención del VIH/Sida e incluso de problemas de enorme gravedad como las muertes y egresos hospitalarios registrados por las complicaciones del aborto en adolescentes.

En **Salta**, este contexto de oposición se reflejó en el relevamiento de los medios gráficos locales durante la discusión de la ley de SS y R y en las repuestas de los-as referentes provinciales a las entrevistas. En **Corrientes**, el análisis de los medios, describió solo noticias relacionadas principalmente a la prevención del VIH/Sida y la distribución de preservativos y la realización de talleres para jóvenes, obstaculizando y limitando cualquier otra información sobre la SSyR, los DDSSyR y los derechos de los-as adolescentes, de acuerdo a comentarios y observaciones de los-as referentes.

En el **conurbano bonaerense** –San Miguel-, la pobreza y el contexto de carencias generales del grupo estudiado, no solo económicas, sino sociales y culturales indican una necesidad mayor de brindar información a los-as adolescentes, especialmente a través de las escuelas que muchas veces constituyen el único ámbito de socialización excluyente con sus pares. La Iglesia Católica, aparece como un factor que obstaculiza la implementación de la educación sexual y también la oposición de las autoridades locales actuales a esta temática.

Difiere **CABA**, donde los-as adolescentes tienen un “exceso” de información, pero la calidad, la sistematización y la falta de elaboración que permita la apropiación de la misma, son indicadores importantes para continuar con la promoción de conductas responsables para el ejercicio de una sexualidad saludable. La existencia de más recursos informativos y el mayor acceso a Internet es un factor diferencial importante con los-as adolescentes de las demás provincias. El “bombardeo de información” es mayor y la falta de ámbitos y posibilidades de reflexión y análisis de los-as adolescentes es un problema evidente, que, agravado por la ausencia de educación sexual en las escuelas, no les permite encontrar respuestas a sus inquietudes, asimismo, los programas de las radios más escuchadas en la ciudad no brindan información con contenidos claros, lo cual muchas veces genera más dudas o confusiones.

#### 1.4.2. MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA (AHE)

La AHE es un anticonceptivo catalogado por la OMS como un medicamento esencial. Se lo considera un anticonceptivo, dado que actúa impidiendo la ovulación. Contribuye al pleno acceso a los derechos a la SSyR al evitar embarazos producidos en casos de violaciones, o por accidente en el uso de los MAC y /o los preservativos, es decir embarazos no planeados, reduciendo sustancialmente la cantidad de abortos. En Argentina se la conoce popularmente como la “píldora del día después”. La primera provincia en aplicarla fue Chaco, Mendoza y C.A.B.A. Luego Neuquén, Entre Ríos, Chubut, y La Pampa.

En otras provincias, por ejemplo Tierra del Fuego en marzo del 2007, la píldora del día después”, fue prohibida por un fallo de la Justicia fueguina, atribuyéndole supuestos efectos “abortivos”. Allí, desde el 2001 rige la ley N° 509 SS y R. En el marco de su implementación el gobierno garantizó la cobertura del AHE para “los sectores más necesitados” mediante el suministro de un nuevo medicamento que reemplaza la dosis de Levonorgestrel del prohibido. Asimismo organizó la 1ª Jornada Fueguina de SS y PR de Ushuaia (4 y 5 de octubre de 2007)<sup>45</sup> y Río Grande (18 y 19 de octubre del mismo año). Esta capacitación contó con la presencia de reconocidos profesionales médicos de CABA (Carlos Nagle, investigador del CONICET, Silvia Oizerovich, actual Directora del Programa de Procreación Responsable de la CABA y ex Secretaria General de la SAGIJ-Miembro del Consejo Consultivo del CoNDeRS-, y Guillermo Rossi) quienes descartaron de plano que la pastilla en cuestión sea abortiva y coincidieron en remarcar la importancia de divulgar la verdad científica sobre la denominada “píldora del día después” contra los prejuicios y posturas ideológicas de algunos sectores que se oponen a la anticoncepción y la educación sexual tanto como al aborto. Fue una reacción desde la comunidad profesional de la gineco-obstetricia ante la prohibición de la AHE basada en argumentos que no tienen sustento científico.<sup>46</sup>

En la Provincia el programa de SS y PR es como un sub-programa dentro del Programa Materno Infante Juvenil,

45. [http://www.tiempofueguino.com.ar/cms/tiempofueguino\\_sp\\_content/view/175/](http://www.tiempofueguino.com.ar/cms/tiempofueguino_sp_content/view/175/)

46. [http://www.eldiariodelfindelmunfo.com/ver.php?modulo=ver\\_noticia&id=10690](http://www.eldiariodelfindelmunfo.com/ver.php?modulo=ver_noticia&id=10690)

desde donde se distribuyen los insumos de anticoncepción. Existe, sin embargo, la ley Provincial N° 509, del año 2001, que es en realidad un Régimen Provincial de SS y R, anterior a la ley Nacional, y copia casi fiel de la de CABA (N°416).

En **Entre Ríos** según datos del monitoreo social de CoN-DeRS las/os profesionales declaran que ellos-as no informan sobre la AHE porque no tienen “la pastilla”. Pero ahondando en la conversación, surge como explicación de esta omisión, la objeción de conciencia sobre la base del desconocimiento de sus mecanismos de acción, ya que sostienen que es abortiva.

Ningún Centro de Salud da información sobre el tema, sólo lo menciona una profesional obstétrica de la Ciudad de Federación, quien aconseja a sus pacientes sobre esta posibilidad.

Civil Luchando por Derechos” realizado por FEIM en 2008, se comunica que la política para el control de las ITS está contemplada dentro del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ITS (PNLRHS), en tanto allí se propone disminuir la infección por ITS en la población general. Entre los objetivos, se encuentran: desarrollar actividades tendientes a la promoción de prácticas sexuales que impliquen un menor riesgo de adquirir ITS, promover el uso de los métodos de barrera para la prevención de ITS, articular esfuerzos con los servicios de diagnósticos y tratamientos de ITS. Sin embargo, no se ha elaborado material específico que aborde estos temas, la capacitación conjunta y/o separada de los profesionales es escasa y las iniciativas de articulación parecen vincularse más a voluntades personales que a decisiones gubernamentales. Tanto el PNLRHS como el PNSSyPR se desentienden de las responsabilidades que le compete al otro: el primero se desentiende de la anticoncepción y el segundo no aborda la cuestión del VIH/Sida.

---

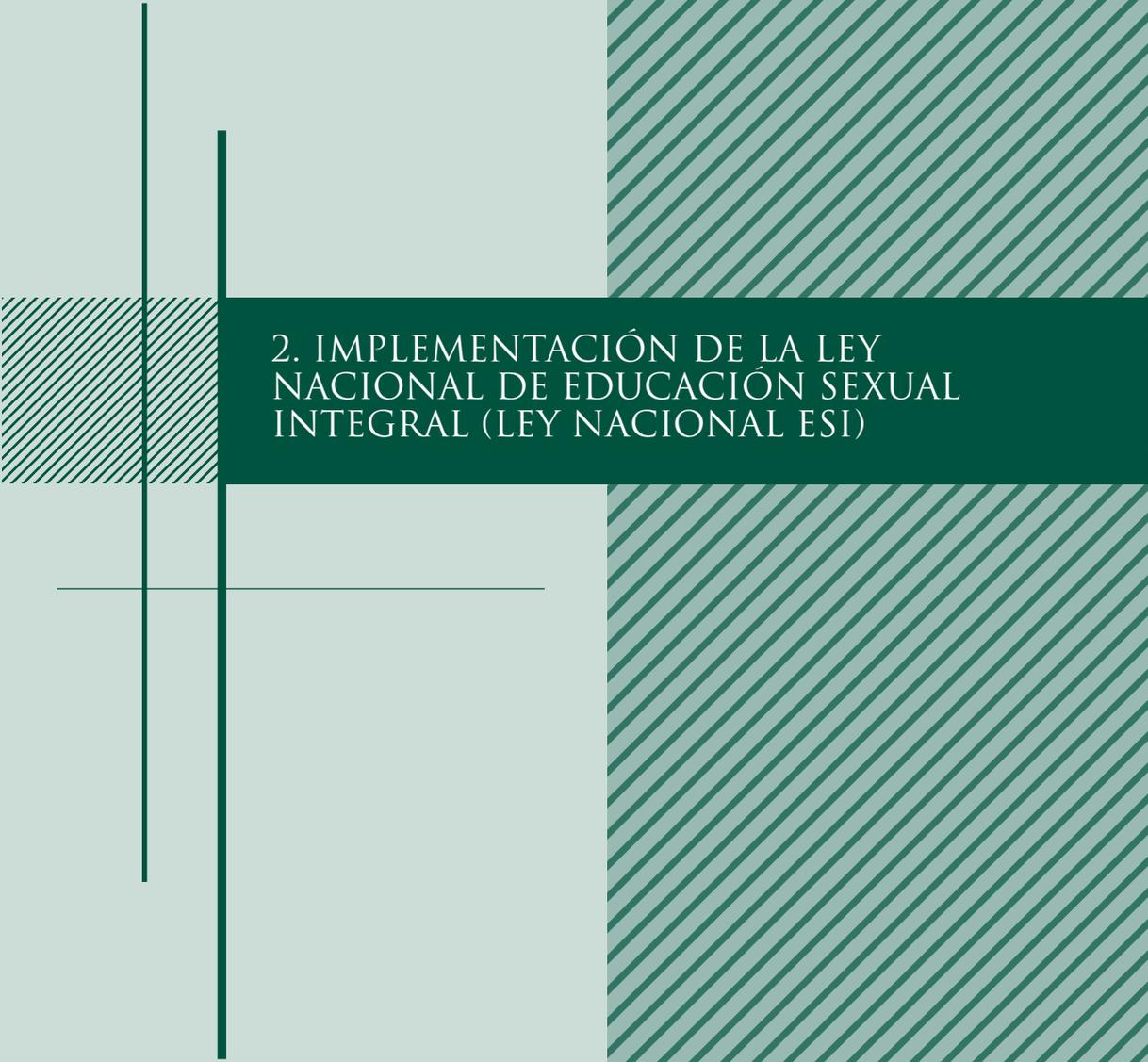
### 1.5. CONSIDERACIONES SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS): CONSECUENCIAS E IMPLICANCIAS SOCIALES

---

“Las ITS son enfermedades infecciosas producidas por gérmenes (bacterias, parásitos, hongos y virus) que se adquieren principalmente durante las relaciones sexuales (UNICEF: 1997) Estas infecciones se transmiten de una persona infectada a otra “a través de relaciones sexuales desprotegidas, es decir, sin el uso del preservativo o condón” (Bianco: 2006). La incidencia de estas ITS no ha disminuido en el tiempo, a pesar de los progresos de la ciencia, sino que va en aumento. De los casos tratados, más de un tercio son en adolescentes y jóvenes. Esto se debe a factores como: la condición socio-económica y cultural, la desinformación sobre educación sexual, la mala actuación de los servicios públicos, y actualmente a la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales. La mayoría de las ITS son tratables y curables, por lo tanto la función de los profesionales de la salud informando y la posibilidad de incluir este tema en los ámbitos educativos es esencial para promover la prevención de estas infecciones.

El informe del proyecto Monitoreo de las Metas de UNGASS en Salud Sexual y Reproductiva “Sociedad





## 2. IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (LEY NACIONAL ESI)

El 4 de octubre de 2006 se sancionó la ley Nacional 26.150 que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (PNESI) en el ámbito del Ministerio de Educación, como órgano rector de la implementación de la normativa en todo el país. Esa cartera ya tenía mandato legal para avanzar en la puesta en marcha de contenidos y capacitación de docentes para dar educación sexual en las escuelas públicas a partir de la ley 25.673 de 2003, que creó el PNSS y PR. Pero el ex ministro Daniel Filmus recién se movilizó por el tema cuando el Congreso aprobó la ley de Educación Sexual. Esta ley establece la obligación de las escuelas de todo el país de gestión estatal y privada, de impartir un Programa Integral de Educación Sexual desde el Nivel Inicial hasta el Superior de Formación Docente y de Educación Técnica no universitaria. Por otro lado, también establece que el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología en un plazo de 180 días a partir de la fecha de su sanción, es decir hacia marzo de 2007, elaboraría un plan que debiera permitir el cumplimiento de la ley dentro de los cuatro años siguientes, es decir hacia el año 2010. Dicho plan supone el diseño de los contenidos básicos obligatorios a transmitir a los-as alumnos-as y establece que cada escuela habrá de incluir en el proceso de elaboración de su Proyecto Educativo Institucional (PEI). Dado el carácter federal del país, cada provincia elegirá frente al marco general y de lineamientos básicos los modelos a aplicar.

Durante el 2007 se pone en marcha El Proyecto de Armonización de Políticas Públicas para la Promoción de la Salud, los Derechos, la Educación Sexual y la Prevención del VIH/Sida en el ámbito escolar. Sus objetivos fueron: promover la sensibilización y la reflexión de los docentes y directivos sobre el rol de la comunidad educativa y de la escuela en la promoción de la salud sexual y el cuidado, la igualdad de género, los derechos y la prevención del VIH/Sida, brindar contenidos conceptuales y metodológicos innovadores que permiten ampliar los saberes y competencias de los docentes y directivos para abordar estos temas, intercambiar experiencias, conocimientos y saberes de los distintos actores y sectores sobre el abordaje de estos temas, facilitar los procesos de diseño y planificación de proyectos y estrategias para abordar estos temas en el ámbito escolar.

Hay múltiples evidencias de que los-as docentes carecen de la formación necesaria y reconocen sus dificultades para enfrentar la temática en las aulas. Al respecto, un estudio reciente realizado por la Universidad Nacional

de Tres de Febrero<sup>47</sup> muestra resultados muy contundentes: el 95% de los-as docentes de las escuelas porteñas considera necesaria la capacitación sobre educación sexual y el 60% se siente poco o nada en condiciones para impartirla en las aulas.

La sexualidad siempre estuvo presente como currículum nulo ("conocimiento ausente" o aquello que no es incluido en el currículum explícito u oculto), y en muy pocos casos como currículum explícito. Las prácticas escolares de educadoras-es así como de educandos-das responden a normas, creencias y valores no explicitados acerca de lo que significa ser mujer y ser varón, que habilitan/legitiman ciertas interacciones y deslegitiman/desechan otras. Estas normas, creencias y valores constituyen lo que denominamos "currículum oculto", cuyos contenidos tácitos son aprendidos eficazmente en tanto se verifican en la realidad (Palermo, Alicia: 2004). Por tal motivo, la implementación de la ley motorizará procesos de enseñanza que permitan desocultar estos procesos y sobre todo habilitarán espacios de debate para la transmisión de información relativa al tema. En efecto en su artículo 1° la Ley dice que "todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de CABA y municipal".

El 29 de mayo de 2008 por Resolución del Consejo Federal de Educación se aprobaron "Lineamientos curriculares para la educación sexual integral" después de una importante demora. De modo tal que los contenidos mínimos para la educación integral de la sexualidad ya están redactados y aprobados. De esta manera si se aborda la educación sexual desde dimensiones culturales, históricas, emocionales, éticas y también fisiológicas y biológica, todas las materias escolares tendrán algo que decir respecto de la construcción de la sexualidad en la educación de los alumnos y las alumnas.

### ¿Qué sucedió con la implementación de la ley en las provincias?

En **CABA** donde se promulgó la ley ESI del GCBA ley N° 2.110 en noviembre 2006- en el 2007 se iniciaron experiencias referidas al planteo de una educación sexual para los y las adolescentes cuyos logros no han podido ser eva-

47. Ministerio de Educación del GCBA y UNTREF. "Consulta a docentes. Relevamiento de opinión sobre educación sexual en las escuelas", encuesta realizada por el Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada de la UNTREF, Bs. As. 2006

luados todavía: El CePA (Escuela de Capacitación Docente del GCBA) asumió el compromiso de ofrecer a directivos y docentes espacios de capacitación, intercambio, reflexión y estudio. El Ministerio de Educación del GCBA dio a conocer las orientaciones planteadas y promovió el diálogo con cada comunidad educativa que lo solicitara. La demanda superó la oferta y, una de las consecuencias, fue la ausencia de capacitación en algunas instituciones.

La comisión capacitadora que se constituyó ad-hoc no contó con presupuesto ni programa propio que garantizara la continuidad de propuestas. Esta comisión estuvo integrada por profesionales de reconocida trayectoria en la educación sexual, conformándose un equipo interdisciplinario que dio curso a las demandas de las instituciones educativas.

Frente a este panorama y ante el cambio de gestión de gobierno (2008), se produjo un retroceso.

- no se realizaron acciones en aula en el 2008 que aseguren la continuidad de actividades frente al alumnado.

- se rescindieron los convenios con las ONGs que tenía el CDNNyA y que desarrollaban cursos para alumnos, padres y docentes en las escuelas desde 2002.

En la Legislatura, al momento en que los anteproyectos se debatían, los diputados macristas ya habían expresado su opinión al respecto. De hecho, por influencia de la Iglesia Católica y el resto de los credos aliados a ella, la ley sufrió modificaciones en los artículos referentes a las responsabilidades entre familias y escuela y se negoció que las escuelas privadas y confesionales podrían consensuar contenidos con las familias y organizar talleres para padres.

En una investigación<sup>48</sup> realizada en escuelas medias de CABA se plantea que la educación sexual brindada en las escuelas tiene como principal objetivo la prevención y esta orientada hacia las mujeres, reforzando de este modo los estereotipos de género. "Interesa profundizar en este último eje de la prevención como cuestión de mujeres y entrecruzarlo con la dimensión biológica anatómica de la sexualidad, lo relativo al "cuerpo humano", lo que traducimos como medicalización, biologización de la sexualidad. Pensar la sexualidad en relación exclusiva con las enfermedades o los embarazos, pensar el embarazo como enfermedad, es un modo de continuar repitiendo el modelo médico hegemónico de control sobre el cuerpo y la sexualidad femenina. Según los testimonios recogidos, las adolescentes deberían aprehender educación sexual para

defenderse de los peligros que la sexualidad masculina activa podría producir: enfermedades, embarazos, ser usadas como objeto sexual. Nada del orden del deseo que las constituye como sujetos sexuados se encuentra pensado para ellas. Nada del protagonismo que implicaría poner en juego su propio deseo sexual es escuchado. Si se supone una pasividad femenina esencial y "natural", es imposible lograr conductas autónomas de cuidado y prevención.

El Ministerio de Educación de CABA está obligado a continuar ofreciendo a los-as docentes de las escuelas públicas una capacitación gratuita de calidad y que respete el carácter laico de la escuela pública como la ofrecida en el CePA en la anterior gestión. Sobre todo, teniendo en cuenta la oferta de capacitación para implementar el ESI que se propagandiza por parte de instituciones confesionales. El Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad Austral abrió un Programa de Educación para el Amor, dirigido a docentes interesados-as en lograr una formación integral para educar en la sexualidad, brindando los recursos didácticos para transmitirlos, y teniendo en cuenta las exigencias de la Ley"<sup>49</sup>

### Acciones importantes a destacar en CABA Programa "Nuestros Derechos Nuestras Vidas" (2001- 2007 - CDNNyA)

En los Planes Transversales del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNyA) elaborados para los años 2004 y 2005, la educación sexual y la salud sexual y reproductiva fue acordada por todos los integrantes del Plenario como una de las prioridades a monitorear en las políticas de infancia y adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde el año 2001 el CDNNyA suscribió un acuerdo de gestión con la Secretaría de Educación (actual Ministerio de Educación) para la implementación del Programa "Nuestros Derechos, Nuestras Vidas", uno de cuyos ejes es el de "Sexualidad, Género y Derechos". Estos talleres fueron llevados a cabo por ONG's conveniadas con el CDNNyA e intentaban dar respuesta a la demanda surgida desde las escuelas, especialmente desde el área de media. Los talleres abordaban dos ejes principales:

a) Talleres sobre los y las adolescentes como sujetos de derecho trabajando sobre diversas temáticas según el contexto, la edad y las inquietudes que manifesten los diversos grupos.

48. Ramos, Gabriela y Román, Cecilia. *La "prevención" como cuestión de las mujeres adolescentes*. En Morgade, G y Alonso, G. (comp) **Cuerpos y sexualidades en la escuela. De la normalidad a la disidencia**. Bs As. Ed. Paidós. 2008

49. <http://www.nuevoencuentro.com/provida/?s=educacion+sexual%2BUniversidad+austral>

b) Talleres de reflexión sobre conductas de género y sexualidad con el objetivo de promover una actitud libre y responsable en los-as adolescentes con relación a su salud, teniendo en cuenta estereotipos de género y conductas de riesgo, generando un espacio permanente de reflexión y prevención para los/las adolescentes, sus familias y docentes de las escuelas intervinientes, acerca del tema de la SSyR y facilitando el acceso a recursos de salud y defensorías de la Ciudad en cada zona.

Este Programa estuvo activo desde 2001 hasta comienzos de 2007. Luego se discontinuó el eje de Sexualidad, Género y Derechos y se mantuvieron algunos talleres de Derechos, sin especificidad en su articulación con género y sexualidad.

#### Entre los logros alcanzados se pueden destacar:

- Afianzamiento del vínculo del Programa con las escuelas, a partir del diálogo permanente entre los diversos actores educativos.
- Continuación del trabajo en espacios de profundización y reflexión con docentes en las temáticas de sexualidad, género y derechos a través de talleres.<sup>50</sup>
- Se sostuvo el trabajo que comenzó en el 2005 en la escuela de una fábrica recuperada. (IMPA -Madera Córdoba).
- Se trabajó con los Centros de estudiantes. Durante el año 2006 se trabajó en el Colegio Mariano Acosta a partir de un pedido del Centro de estudiantes, que manifestó la necesidad de realizar los talleres del Programa en todos los años del ciclo escolar.<sup>51</sup>
- Se realizaron talleres con profesionales del CE-SAC 8, del área programática del Hospital Penna.
- Se continuaron los talleres en el CAT (Centro de Atención Transitoria). Se sostuvieron los talleres de Derechos, Sexualidad y Género con la población de chicas y chicos que pasan alternativamente por dicho centro.
- Se consolidó el equipo de referentes de región como un espacio de construcción colectiva para fortalecer la gestión y el crecimiento del programa y articulación con el sistema público de salud, las

defensorías de niños, niñas y adolescentes e instancias especializadas del sistema educativo.

- Se dictaron varios Seminarios intensivos para docentes en marzo 2007 en el CePA, con la participación de ONGs como el Foro por los Derechos Reproductivos, FEIM y otras.

#### Datos relevantes:

En los Talleres de reflexión: "Sexualidad, género y derechos" se capacitaron entre el 2002 y el 2007: 64.493 adolescentes; 9.884 docentes, directivos y profesionales y 6.513 padres y madres.

En los Talleres de reflexión: "Los-as adolescentes como Sujetos de Derechos" se capacitaron: 27.460 adolescentes; 3.637 docentes, directivos y profesionales y 698 padres y madres.

Lamentablemente en marzo de 2008 el Programa se interrumpió y el CDNNyA unilateralmente rescindió los convenios con las ONG's, aduciendo que lo retomarían el Ministerio de Educación, algo que no ocurrió aún. Hasta ahora aún el Ministerio de Educación no se comunicó con las ONG's que dictaban los talleres de sexualidad, género y derechos. Algunas de las ONG's que dictaban los de Derechos Humanos firmaron los convenios con el Consejo y continúan dictando esos talleres.

Otra experiencia significativa fue la realizada por la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). FEIM implementó el proyecto "La prevención del VIH/Sida y la equidad de género van a la escuela" con fondos de UBATEC. S.A. Se intervino en tres escuelas públicas de educación media de la CABA donde concurren estudiantes de sectores socioeconómicos medios-bajos cuyos propósitos fueron: promover que los/as docentes y preceptores/as desarrollen una visión crítica de su rol como transmisores de conocimientos sobre prevención del VIH/Sida y pautas y estereotipos de género, fortaleciendo un proceso de creación de herramientas y estrategias que permitan superar los obstáculos que conlleva su implementación.

En cada escuela se trabajó con un grupo de docentes y preceptores/as mediante talleres de reflexión y capacitación a fin de analizar cómo se incorporan y traducen en la práctica educativa determinados contenidos y conocimientos sobre VIH/Sida y sexualidad, así como pautas y conductas vinculadas con desigualdades de género y orientadas a la prevención de la transmisión del VIH.

Los/as docentes, conjuntamente con el equipo responsable de FEIM, diseñaron un plan de trabajo para implementar transversalmente estos contenidos. Al finalizar, se evaluó y elaboró una propuesta con contenidos y actividades, así

50. Realización de talleres de sensibilización y formación para estudiantes de los Institutos Superiores de Formación Docente "Joaquín V. González", Normal 4 y el Normal 10 que habían comenzado a desarrollarse durante el año 2005. En este marco, la Dirección de Educación Superior adjudicó a estudiantes del Profesorado becas para el Programa "Aprender trabajando", a fin de que los-a alumnos-as que participen de los talleres del Programa, puedan ser observadores-as de los talleres desarrollados en las escuelas medias.

51. Se concretó en una experiencia de trabajo con integrantes del centro de estudiantes, con docentes y con preceptores. Durante el año 2006, se continuó ampliando la experiencia a toda la escuela. La participación en espacios propios de los-as jóvenes, abre la posibilidad de profundización y apropiación del programa por parte de sus destinatarios-as directos-as.

como materiales de capacitación para los/as docentes. Se realizó en las tres escuelas un concurso de posters sobre los temas vinculados al proyecto entre los/as estudiantes.

Los principales logros de acuerdo a los objetivos planteados fueron:

- Profundo cuestionamiento y replanteo de cada docente en su rol de transmisores de estereotipos de género y mensajes preventivos o discriminatorios sobre VIH/Sida.
- Incorporación de conductas de prevención por los/as docentes en su propia vida cotidiana.
- Alto grado de participación de los/as estudiantes en el Concurso de afiches, con propuestas de buena calidad, gran creatividad y diseño.
- Se logró la incorporación de la temática a la agenda de trabajo y planificación de las escuelas, concibiéndose esta educación como transversal de todas las materias.
- Otras actividades fueron la incorporación de expendedoras de preservativos para los/as estudiantes en dos escuelas y el compromiso de los centros de estudiantes en la difusión de las actividades y en la planificación de acciones para el 2008.

En **Córdoba** el periódico "La Voz del Interior" publicó semanalmente desde el 2 de junio 2007 en fascículos, un postítulo sobre la educación sexual en la escuela. Entregó a los-as docentes una acreditación total de 240 horas. Cada fascículo que se entregó gratis con la compra de diario formaba parte del curso denominado "Cómo enseñar educación sexual". La iniciativa estuvo organizada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, el Ministerio de Educación de la Prov. de Córdoba y la U. Nac. de Córdoba (Fac.de Odontología).

En Huerta Grande, el "Proyecto de Armonización de Políticas Públicas para la Promoción de la Salud, los Derechos, la Educación Sexual y la Prevención del VIH/Sida en el ámbito escolar-Proyecto Conjunto País-Escuela Itinerante de Educación Sexual y Prevención del VIH/Sida, realizó una capacitación a docentes de toda la provincia sobre Educación Sexual, adolescencias y géneros. El Ministerio de Educación Provincial remitió el texto "Sexualidad y escuela. Hacia una educación integral" para debatir en las escuelas. El Consejo Católico para la Educación de Córdoba -con la firma de su presidenta Susana Carena y el secretario Roberto O'Connor- remitió la declaración de la Conferencia Episcopal Argentina sobre el tema, para ser leída por padres, docentes y alumnos-as de los últimos cursos.

En **Santa Fe** se sancionó en el año 1993, la Ley Provincial 10.947 de ESI, sin embargo hasta el 2007 no se implementó de manera sistemática y sostenida, más allá de la buena voluntad de algunos-as docentes y directivos y el debate que generó en la sociedad. En efecto, en el 2005 se formó un grupo denominado Coordinadora para la Educación en Sexualidad para debatir el documento ministerial. Este grupo está integrado por distintas ONG como Casa de la Mujer, de vasta experiencia en educación en sexualidad en las escuelas de la provincia, Mujercitas, un grupo de adolescentes que trabaja en el tema entre pares, Mujeres Autoconvocadas Rosario, el gremio docente AMSAFE- Rosario y VOX, asociación civil que nuclea a gays, lesbianas, transexuales, travestis y bisexuales. La Ley comienza a aplicarse en el 2007 en las escuelas de nivel inicial, EGB y Polimodal de manera obligatoria. Desde la UNR se organizó un postítulo en Educación Sexual destinado a docentes, trabajadoras sociales, psicólogos-as, psicopedagogos-as y demás interesados-as en el tema que se desempeñen con adolescentes. Por su parte, la Iglesia Católica convocó a cursos de preparación para dictar la materia desde la perspectiva de la catequesis y la educación para el amor. AMSAFE organizó cursos de capacitación para docentes durante el ciclo lectivo 2006 y 2007.

En **La Pampa** la Dirección General de Inicial y Educación Básica y la Dirección General de Polimodal y Superior dan cuenta de la realización de Proyectos de educación sexual en diferentes instituciones, siempre como iniciativas aisladas y no una política pública consistente, a pesar de tener la ley de SRy PR más antigua del país.

En **San Luis** se generó un debate entre sectores de la Iglesia cuyos temas fueron: la defensa de la abstinencia y la castidad en la etapa adolescente y la destacada responsabilidad familiar en esta tarea.

La sociedad civil se expresó a través de una encuesta<sup>52</sup> en la que, de 476 encuestados-as en el microcentro de la Ciudad, el 90,1% manifestó su acuerdo a que se impartiera Educación Sexual en la escuela. Durante el año

52. Las preguntas de la encuesta fueron, entre otras: a partir de qué nivel educativo sería recomendable comenzar a hablar sobre la temática, el 50,4% manifestó que a partir del nivel primario, el 32,1% desde el nivel EGB 3 y polimodal, el 12,6% a partir del nivel inicial, el 4,33% nivel terciario o universitario y el 0,6% no sabe o no contesta. También se consultó, si la educación sexual ayuda a prevenir posibles conductas de riesgo, tales como las ITS, VIH-Sida, embarazos no buscados, abortos. Por el sí respondió el 88,44%, por el no el 6,09% y no sabe o no contesta el 5,46%.  
<http://www.grupopayne.com.ar/archivo/05/0512/051219/14b.php>.

2005 numerosas escuelas de la provincia convocaron a los profesionales del PSSyR para que brinde talleres a los-as alumnos-as sobre esta temática. El Ministro de la Cultura del Trabajo, Eduardo Gomina afirmó que "... lo que está ocurriendo en Argentina y San Luis —agrega— es que los jóvenes cada vez tienen relaciones sexuales a más temprana edad, hay numerosísimos embarazos adolescentes, numerosos embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual siguen creciendo y no existe en las familias, en los jóvenes y en los adultos información y formación sexual".

En **Tierra del Fuego**, se está esperando los lineamientos curriculares del Ministerio de Educación de la Nación y como ocurre en otras provincias, hay docentes que se capacitaron por afinidad y por cuenta propia. Este organismo a través del "Proyecto de Armonización de Políticas Públicas para la Promoción de la Salud, los Derechos, la Educación Sexual y la Prevención del VIH/Sida en el ámbito escolar-Proyecto Conjunto País-Escuela Itinerante de Educación Sexual y Prevención del VIH/Sida" capacitó a 190 docentes y directivos en el mes de septiembre 2007. Brindó dos talleres sobre adolescencias, género y derechos. Se presentó en el 2007 un proyecto de capacitación para docentes sobre "Sexualidad y Adolescencia", que fue aprobado (Resolución M. ED.N 1921) y está en curso, culminando en julio del 2008, cuyo objetivo final es la instalación de "Consejerías Estudiantiles".

En septiembre del 2007 del mismo año se realizó en **Rawson (Chubut)** el Encuentro Provincial de Escuelas Promotoras de la Salud que contó con la presencia de las máximas autoridades provinciales en las Áreas de Salud y Educación. Participaron docentes de toda la provincia, para unificar criterios en torno a la implementación del Programa Escuelas Promotoras de la Salud. Esta iniciativa, promueve la idea de prevención en materia sanitaria en los niveles educativos Inicial, EGB1, EGB2 y EGB3, y tiene como misión fomentar un trabajo intersectorial e interdisciplinario entre estudiantes, maestros, padres y madres de familia y otros miembros de la comunidad para mantener ambientes físicos y psicosociales saludables. El temario no prevé temas relacionados con la SSyR, sólo cubre medio ambiente. En **Esquel**, durante el mes de septiembre del 2007 se capacitó a 210 docentes y directivos desde el "Proyecto de Armonización de Políticas Públicas para la Promoción de la Salud, los Derechos, la Educación Sexual y la Prevención del VIH/Sida en el ámbito escolar-Proyecto Conjunto País-Escuela Itinerante de Educación Sexual y Prevención del VIH/Sida.

En **Corrientes** a partir del 2007 debía comenzar a implementarse la educación sexual en las escuelas, sin embargo, está demorada pues el titular de la cartera educativa, Rubén Ojeda pidió que antes de poner en práctica esta iniciativa se realizasen rondas de debates con distintos sectores de la sociedad para acordar si la adhesión a la Ley nacional sería total o se insertarían modificaciones. Sectores vinculados a la Iglesia Católica se oponen a la forma en la que se pretende introducir esta temática.

En **Formosa** no existe actualmente una política pública de educación sexual en las escuelas. Docentes comprometidos-as con la realidad y la demanda de sus alumnos-as, realizan algunas actividades de prevención e información básicas. Todavía hay resistencia al abordaje de temas educativos referentes a la sexualidad, de manera sistemática en la educación formal. De hecho en el NOA, las Capacitaciones Docentes organizadas desde la Coordinación SIDA del Ministerio de Salud y Educación de la Nación durante el segundo cuatrimestre del año 2007 encontraron dificultades para desarrollar algunos conceptos teóricos, tales como "géneros y diversidades sexuales" y "sexualidad integral" entre otros. A pesar de esto, se registran experiencias aisladas de representantes eclesiásticos que trabajan a favor de la educación sexual con apoyo de sus superiores. Tal es el caso de un sacerdote en Salvador de Jujuy que con autorización de su obispo se expresa a favor de la ESI de tal modo: "... me parece que no hace falta ser muy avanzado para reconocer que lo mismo que hay educación civil, física, matemática o de lo que sea, también tiene que haber en un ámbito que para la persona es fundamental, es vital. Y creo que la Iglesia, en bloque, no está en contra. ... por lo menos la Iglesia en la que yo me muevo, no. En nuestra prelatura en La Quiaca damos desde hace varios años, incluso sabiéndolo el Obispo, charlas y talleres sobre el tema de educación sexual a las jóvenes, incluso por el tema de la maternidad y la paternidad responsable."



### 3. MITOS Y CREENCIAS ACERCA DE LA SEXUALIDAD Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Como en toda cultura, en la nuestra, existen creencias, mitos y prejuicios con respecto a la sexualidad y sus diferentes dimensiones, que siempre han generado preguntas y paradojas que motorizan el desarrollo psicosexual humano. Cuando hablamos de mitos, nos referimos especialmente a las explicaciones o interpretaciones acerca del origen de los seres humanos y de la diferencia sexual anatómica que se han transmitido o heredado por generaciones, a tal punto que se consideran como verdades naturales y aceptables sin consideraciones críticas. Estos mitos, proliferan por el carácter tabú de la sexualidad en el pensamiento tradicional y el carácter fetiche que adquiere por reacción en nuestro mundo contemporáneo de hiper-instantaneidad y espectáculo continuo. Dichos mitos no reconocen bases científicas, se basan en tradiciones y prejuicios que se han mantenido por generaciones, a pesar de las constantes transgresiones de que son objeto y que fuerzan su variación y cambio con el tiempo.

Según los datos aportados por el informe de monitoreo de CoNDeRS en Entre Ríos, durante 2005 se evidenció a través de las encuestas que existen diversos mitos y creencias vinculados a determinados MAC, como el DIU o espiral. En los talleres del proyecto de extensión en la Facultad de Trabajo Social, las adolescentes señalan que **no toman pastillas porque las engordan, o porque "...vienen falladas..."**. En este caso el personal de salud muchas veces acompaña estas creencias, por la falta de capacitación, actualización y adecuación individual de las prescripciones y referencias conceptuales que no son socializadas entre el equipo de salud, por la falta de comunicación coordinación y tiempo disponible de los/as profesionales. El mito sexual se mezcla con el de la ineptitud del Estado para proporcionar gratuitamente productos que en el mercado se deben pagar.

### **Sexo, placer, reproducción, y moral**

Algunas creencias religiosas plantean la reproducción como único fin válido de la sexualidad identificando sexualidad con genitalidad. Se denomina genitalización de la sexualidad a aquella concepción que reduce la sexualidad sólo a la vivencia de los órganos genitales y al proceso de penetración coital. Esto es lo que la sexualidad humana comparte con la sexualidad animal de los mamíferos. Todas las creencias religiosas adscriben a esta postura, naturalizando la relación sexual humana, que es siempre un emergente cultural y social, sujeto al deseo y no al instinto.

Ejemplos de estos mitos, que refuerzan la relación de la sexualidad con la reproducción son: "si uno no ha hecho el amor (relaciones coitales) no ha vivido la sexualidad", "sólo se acaba con la penetración", "todas las parejas deben tener hijos", "la sexualidad fue creada para reproducirse", "sólo si la penetrás hay un acto sexual completo", entre otros.

Desde un enfoque que sostiene la sexualidad como una dimensión constitutiva de la subjetividad humana se plantea la sexualidad con múltiples significaciones y finalidades de relación con el otro: proporcionar y obtener placer, dar afecto, comunicarse. Los mitos judeocristianos transmiten desde los relatos bíblicos la idea de que la sexualidad es sucia, mala, dañina y vergonzosa, provocando un sentimiento de culpabilidad en quienes viven placer en sus experiencias sexuales. Es necesario recordar que, siempre y cuando se respeten los gustos y necesidades de las personas comprometidas voluntariamente en la relación, y no se cause ningún tipo de daño físico o psicológico, no hay nada de malo, dañino o sucio en la sexualidad. Algunos de estos mitos, entre otros, pueden ser: "tener fantasías sexuales es malo, indecente, pecaminoso e inmoral", "una chica de buena familia no piensa en el sexo", "si lo hacés muy seguido (refiriéndose a la masturbación) te saca pelos en las manos", "los varones lo hacen (masturbarse o consumir prostitución) porque lo necesitan, las mujeres no tenemos las mismas ganas", "las mujeres no necesitan la paja como los varones".

### **Hombres, mujeres y sexualidad**

Los mitos establecen las diferencias entre hombres y mujeres respecto a su sexualidad creando jerarquías y valoraciones discriminatorias. Se construyen sobre argumentos cuya base es la ideología patriarcal y su patrón de géneros. El varón cuenta con mayor permiso para expresar su sexualidad, pero en varios períodos históricos se reprime y censura a las mujeres por hacerlo.

Estos mitos se expresan en los siguientes dichos: "los varones demuestran su hombría conquistando mujeres y llevándolas a la cama", "un hombre que dice no a una relación sexual no es macho", "los hombres no lloran ni son tiernos", "el hombre tiene más necesidades o deseos sexuales que la mujer", "hay dos tipos de mujeres: una para casarse y otra para acostarse", "la mujer que no es virgen no vale nada", "una mujer nunca debe tomar la iniciativa en las relaciones sexuales", "los hombres necesitan tener sexo más seguido". Contribuyen a prescribir y reforzar los estereotipos genéricos, como el valor la pasividad sexual en las mujeres, frente a la actividad masculina y la fuerza —o la violencia— para imponerla. La pasividad de las mujeres y la actividad de los hombres responden a patrones de conducta aprendidos.

Otro mito: el tamaño del pene de los varones es una señal de virilidad y otorga mayor placer a sus compañeras/os durante las relaciones sexuales. Sabemos que tamaño del pene y el placer en las relaciones sexuales no están necesariamente relacionados, aunque suele afectar el narcisismo masculino.

Tanto hombres como mujeres tienen deseos sexuales, capacidad para sentir placer y para expresar su sexualidad, y a todas y todos nos asisten los mismos derechos y podemos sufrir inhibiciones. Existen quienes piensan que si tenemos cuerpos lindos y delgados, tendremos mayor placer durante las relaciones sexuales. Esto es falso, según el manual sobre Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos, editado por UNIFEM-FEIM<sup>53</sup>, porque la atracción sexual y el amor se manifiestan de maneras diversas y complejas. La apariencia física es uno de los elementos, como lo son también nuestra manera de sentir y de pensar, nuestra voz, nuestra mirada, nuestra manera de acariciar y otras muchas cosas más (UNIFEM-FEIM:2003)

### Mitos sobre la menstruación y las relaciones sexuales

“Durante la menstruación las mujeres no pueden bañarse, hacer actividad física y/o tener relaciones sexuales”. Lo cierto es que ninguna de estas actividades perjudica al proceso menstrual ni la salud de las mujeres. Este es un mito transmitido por mujeres a mujeres y revela cómo las mujeres pueden sostener acriticamente el orden patriarcal que las representa como débiles y vulnerables a causa de sus procesos corporales.

Muchas adolescentes creen que “en la primera relación sexual no puedo quedar embarazada”. Es importante que se les informe y sepan que esto es falso, para evitar embarazos no buscados. “En la primera relación sexual todas las mujeres deben sangrar por su vagina”. También es falso, porque el himen no necesariamente sangra con las primeras relaciones sexuales. Muchos creen que “la primera relación sexual es dolorosa para todas las mujeres”. Lo cierto es que no todas las mujeres experimentan dolor. El dolor en el coito depende del grado de relajación vaginal y perineal. Es importante que estén seguras de querer iniciarse sexualmente, que usen preservativos para estar tranquilas de evitar embarazos e ITS, que estén en un lugar privado y cómodo, que estén relajadas y felices. También se piensa que durante la menstruación todas las mujeres andan malhumoradas o sensibles. Si bien durante el ciclo sexual y hormonal puede haber cambios en el cuerpo y en el humor, esto no les sucede a todas las mujeres ni en todos los ciclos (UNIFEM-FEIM: 2003). Muchos de estos mitos relevan de un pensamiento único que borra la singularidad de cada ser humano.

### Mitos sobre los MAC

**El preservativo** Aún persisten los prejuicios de género al catalogar a las chicas que lo solicitan, lo usan o lo llevan en la cartera. Las “buenas chicas” relacionadas a la ingenuidad, la ignorancia, la pasividad sexual y la virginidad, no lo piden ni condicionan la relación sexual a su uso. Las “otras” son las que están entrenadas en la actividad sexual y de acuerdo con las pautas de género tradicionales son moralmente sancionadas por no estar dispuestas a sacrificar su salud en aras de “la prueba de amor”.

Es generalizada la creencia de que si usamos preservativos durante las relaciones sexuales, disminuye el placer. Esto tiene un componente histórico cultural indiscutible que se transmite a pesar de los adelantos tecnológicos actuales, que permiten obtener preservativos de látex muy delgado, que no solo no quita la sensibilidad, sino que sus distintas calidades y texturas provocan otros estímulos. Además, la capacidad de goce en una relación sexual sucede por factores complejos ligados a nuestros sentimientos por la persona, nuestra capacidad de pedir y dar placer, nuestra tranquilidad de no producir embarazos no deseados o contraer una enfermedad de transmisión sexual, etcétera. También se piensa que el momento de la colocación del preservativo “corta el clima” de la relación sexual. Lo cierto es que el preservativo puede incluirse en los juegos sexuales. Otra creencia común es que el hombre que se estimuló sexualmente debe tener una relación sexual, si no se puede enfermar o enloquecer. Aunque sea comprensible un cierto grado de decepción, esto es falso. Los hombres, como las mujeres, no tienen necesariamente que tener contacto físico si se excitan sexualmente. (UNIFEM-FEIM: 2003).

En relación al uso del preservativo un estudio<sup>54</sup> revela que coinciden tanto varones como mujeres en que hay que usarlo para prevenir ITS, pero al preguntar si realmente se usa, surge un gran silencio o se escuchan respuestas dubitativas. Un asistente (varón, 20 años) fue muy seguro en su respuesta: “...el que dice que lo usa siempre está mintiendo.” Cuando se planteó qué piensan los varones si la mujer saca un preservativo de la cartera, aparece muchas veces, tanto dicho por las chicas como por los chicos, “es muy rápida”, “si siempre lo tenés a mano es por que lo usas con otros”, o frases semejantes; en cambio si el que tiene algunos preservativos es el varón “es un capo”. “El modelo de la chica está asociado al sometimiento al deseo masculino. Es el varón el que decide, si la chica dice ‘yo me quiero cuidar’, tiene que negociar con su pareja sexual el

53. “Manual de capacitación: Sexualidad y salud en la adolescencia (Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos)”, FEIM/UNIFEM, 2003. <http://www.feim.org.ar/ManualSaludSexualidad.pdf>

54. Echeverry, M., Calandra, N., Zingman, F., Corino, C., Berner, E: Coloquio Interdisciplinario Educación, Sexualidades y Relaciones de género. F.F y L. UBA-agosto 2007

uso de anticonceptivos y no está instalado que negocien de igual a igual”, explica Checa en un artículo publicado por la revista electrónica Periodismo social (diciembre de 2005).

### **Algunos mitos y representaciones de las adolescentes sobre el embarazo**

Una sensación de inmunidad propia de la etapa adolescente asociada a la creencia omnipotente: “a mí no me va a pasar” puede devenir en un embarazo no buscado por causa del no uso de métodos anticonceptivos o de su uso incorrecto o discontinuo. Cuando se les pregunta a las adolescentes qué ocurre con los varones ante un embarazo, las respuestas instantáneas y más frecuentes fueron: “los varones se borran”; “no se hacen cargo”; “te dicen: ¿y yo cómo sé si es mío?” Al preguntarles por qué les parece que reaccionan así, la respuesta se sintetiza en una frase dicha por una adolescente: “porque el embarazo es un problema de la mujer, ella lo lleva adentro”. Las chicas entrevistadas, manifestaron que los varones no hacen nada en esta situación: “se toman el palo, y es una la que se hace cargo”. Además, a veces piensan que fue por un descuido sólo de ellas o porque aceptaron que el varón no usara preservativo. (Gogna, op. cit.) Un embarazo en la adolescencia puede ser un modo de zanjar la angustia provocada por la incertidumbre acerca de la propia definición sexual, según la mítica ecuación madre= mujer.

En relación a los términos embarazo no planeado, embarazo precoz, embarazo adolescente, si bien se dan como sinónimos, pertenecen a diferentes modos de enfocar el tema. Podríamos preguntarnos si siempre los embarazos adolescentes son “embarazos no deseados”. Los roles que la sociedad supone para las mujeres como madres, esposas y amas de casa, condicionan el embarazo en la adolescencia como una “opción” —que lo es sólo en apariencia— dado que ésta es la única manera en que muchas adolescentes, y en especial las de sectores carenciados, sienten que se realizan como mujeres y son reconocidas socialmente como valiosas. Muchas chicas sienten que un hijo es lo único claramente propio que pueden tener en la vida. Por otro lado la necesidad de salir de su familia de origen y formar una nueva familia como función reparatoria a lo que no tuvo en la propia, “le voy a dar todo lo que no me dieron a mí”, dicen. Asimismo si esta adolescente suele criar a hermanos, la creencia es: “por qué no hacerlo con hijos propios”, es decir, podría realizar una extensión de la función materna que ya esta cumpliendo en relación con sus hermanos (Fainsood: 2006). Esta idea de propiedad del hijo —fomentada por la naturalización de la función materna y las fantasías de autosuficiencia— es sólo una ilusión, ya que es común que esta apropiación no pueda cumplirse y que deban dejarlos

al cuidado de sus madres o darlos en adopción, o que enfrenten a corta edad el rigor de la vida en las calles.<sup>55</sup>

Ante el planteo sobre qué creen que habría que hacer frente a la decisión de interrumpir un embarazo, o después de haberlo hecho, la respuesta casi unánime fue: consultar al médico. No consultan “porque es ilegal”, “por miedo a la denuncia”, “porque te tratan mal”, “porque no te pueden solucionar el problema”.

Merece especial consideración el cambio de las actitudes ante el aborto por la difusión del aborto medicamentoso y la disminución de otros procedimientos entre las adolescentes. Se observó que entre ellas circula la información sobre las “pastillas abortivas”, haciendo referencia a “alguna amiga” que las usó. Según sus propias afirmaciones, esta información circula por los ámbitos que frecuentan; ellas dicen en los talleres: “se compran en la farmacia”, “no en todas las farmacias te las venden, tenés que saber en cuáles”, “en los boliches te enterás”, entre otras frases<sup>56</sup>. Lo que revela que existe un cambio del imaginario social sobre la interrupción del embarazo que en determinados ámbitos permite nombrar lo que antes se mantenía en secreto. No es seguro que haya un aumento de la práctica, pero seguramente estos cambios originarán diferentes representaciones sociales del aborto.<sup>57</sup>

### **Mitos sobre el VIH**

Abunda un error conceptual muy difundido. Se piensa la transmisión del Sida como contagio de un receptor/a pasivo, cuando se sabe que es una enfermedad que puede evitarse con medidas de prevención adecuadas. Por eso decimos que el Sida no se contagia, se transmite; parece sutil la diferencia, pero no lo es. La idea de que el VIH se transmite solo si es arrastrado hacia el interior del organismo y que se genera a partir de un intercambio de fluidos entre dos personas no circula masivamente. Por el contrario, muchos y muchas piensan que con solo tocar o dar un beso a alguien infectado puede adquirir el virus. Un cambio conceptual ayudaría a posicionarse desde un lugar de no discriminación frente a quienes viven con el VIH/Sida. También fomentaría el protagonismo de cada uno y una en la prevención, tornándose responsable en la transmisión de la enfermedad y no receptor pasivo.

55. Rosenberg Martha, *La Maternidad/Paternidad en la Adolescencia.*, Clase Curso Capacitación CDNNyA, Julio 2007-06-30

56. Vázquez, Berner, Calandra, Gutiérrez, Op. Cit.

57. Rosenberg Martha, *Aborto no punible. En torno al artículo 86 del Código Penal*, Introducción, Foro por los Derechos Reproductivos, Bs. As., 1997.



## 4. OBSTÁCULOS Y LOGROS ALCANZADOS

---

## 4.1. OBSTÁCULOS

---

### **SOBRE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

En general:

- entre muchos-as profesionales hay desconocimiento e ignorancia respecto a la existencia y la vigencia obligatoria de la Ley Nacional de SS y R y de la Ley Nacional de ESI.

- Falta difusión del PSSyPR en todas las provincias.

- Predomina el enfoque biomédico de la sexualidad, sin incluir la dimensión del placer, la comunicación y el bienestar personal, con escaso enfoque de derechos reproductivos y sexuales de las personas.

- Hay escasa e inadecuada capacitación del personal de salud y Docente.

- Resistencia a utilizar e indicar algunos MAC, como los DIU y la AHE así como actitudes negativas del personal de salud.

- Prevalece la atención centrada sólo en anticoncepción y existen profesionales de la salud que priorizan el lucro en sus consultorios privados y se niegan a prestar este servicio en forma gratuita.

- Fallas en la coordinación de acciones entre los niveles nacional, provincial y municipal.

- Inexistencia, escasez o mala distribución de recursos económicos y materiales para los Programas a Nivel Provincial y Municipal.

- Otros condicionantes: 1) el pensamiento conservador de la mayoría de las iglesias o grupos religiosos y de sectores políticos condiciona, limita y obstruye el avance de la política de DDSSyR; 2) Sectores políticos que prefieren no tocar el tema para no sufrir presiones; 3) no se toma en cuenta la posibilidad de sanciones legales

por omisión del cumplimiento de las funciones públicas previstas en las leyes.

### **SOBRE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN GUBERNAMENTALES PARA ADOLESCENTES**

- Los servicios no están pensados para la población joven: horarios limitados y poco adecuados a sus necesidades.

- Hay escasez de consejerías sobre MAC y sobre sexualidad en general así como sobre DDSSyR.

- Se solicita al-a joven una edad mínima o el consentimiento de las familias para acceder al servicio, a pesar de que no existen en la Legislación Nacional.

- Escasa atención de los varones en temas de SSyR. Se la encara desde la perspectiva exclusiva de las mujeres excluyendo la existencia de nuevas masculinidades y de las diversidades sexuales tanto en los servicios de salud como educativos pensados específicamente para la franja adolescente.

- Ausencia de la perspectiva de género en las políticas públicas.

- Fallas en la distribución de la AHE, a pesar de que está incluida entre los métodos hormonales aprobados por la ANMAT que figuran en la Ley 25673 y que en algunas provincias se ha legislado específicamente su uso (La Pampa; Neuquén, Entre Ríos, Chubut), existe desconocimiento en algunas provincias.

- Falta coordinación entre los programas de VIH/Sida, cáncer genital y mamario, y otras áreas relacionadas, como ETS.

### **RESPECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL**

- Ausencia de educación sexual sistemática, adecuada y continua en el sistema educativo formal por demoras en la aplicación de la ley.

- Los-as docentes tienen miedo a sanciones, a que se opongan las familias, a aceptar sus propias limitaciones

y a comenzar el camino de la formación permanente en estos temas.

- Hay un “bombardeo de información” sexual y erotizada por parte de los medios de comunicación y falta de ámbitos de reflexión y análisis para que los-as adolescentes procesen críticamente la información.

- Se observa una brecha entre la cantidad de información que disponen los-as adolescentes y el uso que hacen de ella en el momento adecuado, lo cual marca la dificultad para asumir conductas responsables en el ejercicio de una sexualidad saludable.

- La mayoría de las campañas televisivas tienen corta duración y poco impacto en los-as adolescentes, quienes prefieren otros medios de comunicación, como las radios comunitarias.

- Se registran esfuerzos aislados-no sistemáticos en capacitaciones que desarrollan el tema de la prevención de VIH y del embarazo adolescente. Están principalmente a cargo de las Áreas de Salud y, en menor medida, de Educación.

- Los medios de comunicación<sup>58</sup> presentan la temática sexual cada vez más explícitamente. Sabemos la gran influencia que el medio audiovisual tiene para los-as jóvenes, con lo cual ofrecer un espacio para decodificar estos mensajes es útil, necesario y urgente.

- Faltan espacios de difusión y/o discusión para la población, sobre los temas relacionados a la SSyR especialmente de los-as adolescentes. (FEIM: 2005)

58. Según datos del Proyecto “Estrategias comunicacionales para promover una sexualidad saludable en adolescentes” (FEIM: 2007) Salta y Corrientes, son las dos provincias más tradicionalistas debido a la fuerte influencia de los aspectos culturales y religiosos en las mismas. Tanto los referentes de salud como los y las adolescentes mencionaron a la Iglesia Católica y a los sectores políticos conservadores como los responsables o principales obstáculos para la legislación sobre salud sexual y reproductiva, educación sexual en las escuelas, la prevención del VIH/Sida e incluso la prevención de los embarazos en adolescentes. En Corrientes, el análisis de los medios, evidenció sólo noticias relacionadas a la prevención del VIH/Sida, la distribución de preservativos y la realización de talleres para jóvenes, obstaculizando y limitando cualquier otra información sobre la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de los adolescentes, de acuerdo a comentarios y observaciones de los referentes. El VIH/SIDA y el embarazo adolescente fueron los temas más emergentes en los medios, que registran todas las opiniones. En esta área paradigmática existe una articulación entre el gobierno provincial con la participación de la sociedad civil y a diferencia de Salta y Corrientes, no se registraron oposiciones religiosas ni políticas.  
<http://www.feim.org.ar/publicaciones.htm>

---

## 4.2. LOGROS

---

- Se desarrollaron Proyectos de Capacitación en monitoreo social a grupos y personas de la sociedad civil por parte de referentes institucionales, como por ejemplo, los que realizó el CoNDeRS en el NOA, CABA que se centró en la capacitación de articulaciones y grupos provinciales (Córdoba, Sgo. del Estero, Sta. Cruz, Mendoza, Formosa, Sta. Fe, E. Ríos y Pcia. Bs As) durante el 2004, 2005 y 2006 y actividades de monitoreo social en Córdoba, E. Ríos, Formosa, Mendoza, Rosario, Sta. Fe, Sta. Cruz y Sgo. del Estero.

- Hubo un importante avance en el trabajo conjunto y coordinado de los diferentes actores sociales, como la única forma viable de lograr una respuesta más efectiva frente a los desafíos de difundir la necesidad de los adolescentes con respecto a sus DDSSyR y emprender acciones para promover el ejercicio libre, informado, responsable y sin riesgos de estos derechos.

- Ha aumentado el compromiso de la sociedad civil con el monitoreo social: grupos de mujeres, adolescentes, DDHH y otros. Se observó un avance en los planes de trabajo de monitoreo social por grupos de la sociedad civil, con perspectivas de continuidad.

- Avanza el desarrollo de vínculos de las ONG’s entre sí con tendencia a configurar redes de monitoreo social y observatorios sobre DDSSyRR entendidos como DDHH, tanto a nivel nacional como regional e internacional.

- Se han regularizado y en algunos casos, conveniado, los contactos con funcionarios gubernamentales, ya sea jefes de programas provinciales, defensorías, legisladores y/o prestadores de salud.

- Se incrementó el número de comunicadores sociales que favorecen la difusión y la problematización de estos temas en la sociedad, en la prensa masiva y los medios audiovisuales.

- Se sumaron a la Ley 25673 nuevas legislaciones y normativas nacionales y provinciales, cuya implementación ampliará los derechos y el acceso a la SSyRR.

- **Ley Nacional 26130 Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica (28-8-06)** Establece que toda persona mayor de edad tiene derecho 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.

- **Resolución 223/00. Ligadura de Trompas (7 de marzo de 2000)** Se autorizan en todo el territorio de la Rep. Argentina como prácticas de Salud Pública las denominadas: “ligaduras bilateral de trompas de Falopio y ligadura bilateral de conductos deferentes o vasectomía.

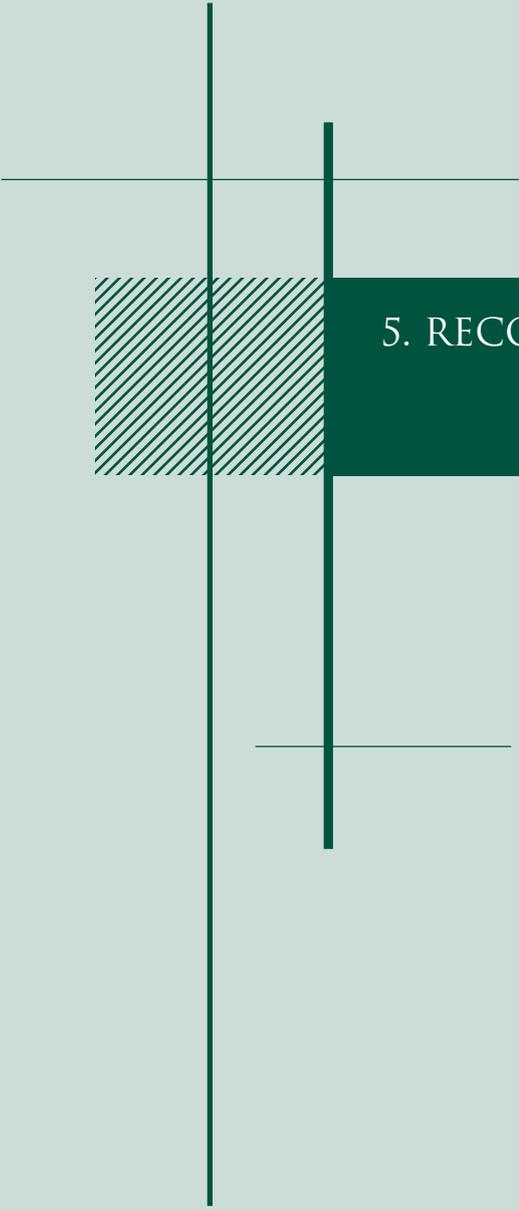
- **Ley Nº 153 de Anencefalia de la CABA 26/6/03** regula el procedimiento en los establecimientos asistenciales del sistema de salud respecto de toda mujer embarazada con un feto que padece anencefalia o patología análoga incompatible con la vida, (art.1º) permitiendo la opción del adelantamiento del parto.

- **Ley Nº de Unión Civil (13-12-2002)** Legislatura de la CABA. La ley establece la apertura de un “registro público” exclusivo para uniones civiles, formadas “libremente por dos personas con independencia de su sexo u orientación sexual”. En él podrán inscribirse las parejas con domicilio legal en Capital en condiciones de probar (mediante dos testigos como mínimo y 5 como máximo) que mantienen una relación de convivencia “estable y pública” de por lo menos dos años.

- **La ratificación del Protocolo Facultativo de la CEDAW.** Por ley Nº 26171 y sin ninguna reserva que atente contra su aplicación.

- **Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto** [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%ECticas\\_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%F3n/Gu%EDa%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Atenci%F3n%20Post%20Aborto.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%ECticas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%F3n/Gu%EDa%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Atenci%F3n%20Post%20Aborto.pdf)

- **Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles** [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%ECticas\\_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%F3n/PROTOCOLO-DE-ABORTO-NO-PUNIBLE.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Pol%ECticas_Publicas/Protocolos%20de%20Atenci%F3n/PROTOCOLO-DE-ABORTO-NO-PUNIBLE.pdf)



## 5. RECOMENDACIONES

En función de los condicionantes expuestos se adjuntan las siguientes recomendaciones:

- Deben implementarse urgentemente a nivel nacional las campañas de difusión pública del PNSSyPR previstas en la ley 25.763 dotándolas de presupuesto y persistencia en el tiempo.

- Los-as profesionales de la salud que atienden adolescentes requieren una capacitación especial para garantizar que dicha atención sea adecuada a sus necesidades y expectativas, según su sexo, edad, situación socioeconómica, orientación sexual y antecedentes clínicos. Se recomienda la habilitación de servicios especiales para la atención de la salud integral de las y los adolescentes.

- El enfoque de S y DS y R, considerados como DDHH, critica la perspectiva biomédica comúnmente sostenida por las instituciones sanitarias y adopta una orientada hacia un enfoque de derechos que promueva prácticas centradas en la toma de decisiones con información y recursos para conocerlos y poder acceder a los mismos. Se reconoce el derecho de cada sujeto a afirmar su orientación sexual y a disfrutar de ella; la posibilidad de mantener relaciones sexuales sin miedo a infecciones ni a concepciones no deseadas; la capacidad para regular la fertilidad sin riesgo; la capacidad para poder embarazarse y dar a luz en condiciones adecuadas y a disponer de las posibilidades para criar niños/as sanos/as.

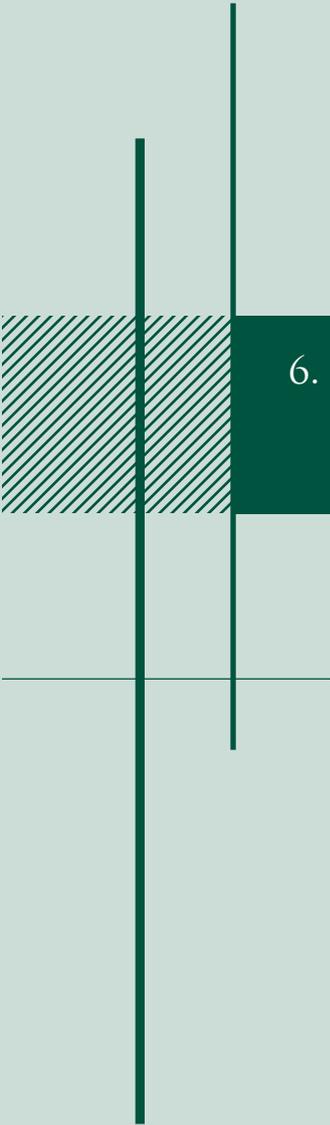
- Estos tópicos deben ser incluidos en la curricula universitaria y en la capacitación profesional de los equipos de salud. Debe alentarse los-as profesionales para que conozcan y respeten los DDSSyR. Es importante e ineludible que los-as profesionales de la salud conozcan la normativa vigente y sus responsabilidades en la atención de los mismos, así como los aspectos sociales y culturales que convergen en la promoción de la salud.

- El Estado y la sociedad civil tienen la responsabilidad de promover los DDSSyR de las-os adolescentes, aun cuando las obligaciones de cada uno son diferentes. Son responsabilidades del Estado: legislar y planificar políticas para asegurar el acceso de la población, y en particular de los-as adolescentes a los recursos que requiere el cuidado de su salud sexual y reproductiva; informar y garantizar servicios de SSyR en el marco de una salud integral. Asimismo, cumplir con las disposiciones de la ley de ESI en todos los niveles educativos y pro-

porcionar educación sexual con enfoque preventivo y de DDHH en los espacios informales que frecuentan los y las adolescentes que están fuera del sistema educativo. La sociedad civil debe avanzar en: la promoción y el respeto de los derechos y la libertad de los-as adolescentes de decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo, sin ser objeto de discriminación o violencia; ayudar a los varones a comprender el papel que desempeñan y las responsabilidades que tienen para evitar embarazos no planificados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida; sensibilizar a los demás actores sociales acerca de la importancia de promover los DDSSyR de los-as adolescentes y vigilar y monitorear el cumplimiento de las leyes y programas que promuevan la SSyRR en todas las edades.

- Es indispensable que sean las personas y la población en general quienes monitoreen a niveles locales y provinciales, la aplicación del PNSSyPr en todas sus disposiciones ya que según los datos recogidos, es insuficiente la distribución de MAC en los consultorios de planificación familiar de los hospitales generales y las maternidades, así como en los Centros de Salud del primer nivel de atención.

- Dado el panorama planteado sobre la situación de los y las adolescentes en la República Argentina donde las cuestiones de clase, creencias religiosas y tradiciones culturales profundizan las inequidades de género, es urgente que la educación sexual se implemente asegurando la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados como único modo de garantizar acciones tendientes al efectivo cumplimiento de la salud sexual y reproductiva.



## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Análisis de las experiencias y resultados de la aplicación de las listas de chequeo, 2006. [http://www.conders.org.ar/pdf/Informe\\_final\\_Listas\\_de\\_chequeo\\_06.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/Informe_final_Listas_de_chequeo_06.pdf)
- Bianco, M Re. M I. *Qué deben saber madres, padres y docentes sobre educación sexual y VIH SIDA*. Cartilla Educativa. FEIM, 1999.
- Bianco, M; Correa, C; Peker, L. *La adolescencia en Argentina. Sexualidad y Pobreza*. FEIM / FNUAP. Argentina, 2003.
- Bianco y Cols., Cartilla educativa: *¿Qué deben saber padres y docentes sobre sexualidad y sida?* Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer, Buenos Aires, Argentina, 2006.
- Checa, Susana. *La brecha entre lo que saben y hacen*. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Gino Germani, 2005.
- Checa, Susana (comp.) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Canale, Rashid. *Embarazo adolescente: intervenciones institucionales*. Consejo Nacional de la Mujer. Bs. As., 1999.
- Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales -CONDERS- *Situación de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva: desde la perspectiva de las/os usuarias/os*. Argentina, 2003.
- Giberti, Eva (comp.) *Nuestros derechos, nuestras vidas. Los niñ@s y l@s adolescentes. Sus derechos, su sexualidad, una perspectiva de género*. Consejo de los Derechos de los Niños Niñas y Adolescentes del GCBA. Bs. As., 2005.
- Fainsod, Paula. *Embarazo y maternidad adolescente en la escuela media*. Ed. Miño y Davila. Bs As., 2006.
- Faur, Eleonor. *Educación integral de la sexualidad. Aportes para su abordaje en la escuela secundaria*. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación-UNFPA, 2007.
- Faur, Eleonor y Lamas, A. *Derechos universales, realidades particulares. Reflexiones y herramientas para la concreción de los derechos humanos de niños, niñas y mujeres*. Buenos Aires, UNICEF, 2003.
- Faur, Eleonor. *Entre la moralidad religiosa y la ética de los derechos humanos: Debates y marco institucional vigente para la educación integral de la sexualidad en la Argentina contemporánea*. IDAES-Universidad Nacional de General San Martín Buenos Aires, Argentina Ponencia en Coloquio Educación, sexualidades y relaciones de género. Facultad de Filosofía y Letras. U.B.A., 2006.
- FEIM y el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Estrategias comunicacionales para promover la sexualidad saludable en adolescentes*, 2005. [http://www.feim.org.ar/Publicacion\\_VIGIA.doc](http://www.feim.org.ar/Publicacion_VIGIA.doc)
- FEIM / Secretaría de Salud, Gobierno Municipal de Bahía Blanca / Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *¿Qué deben saber las mujeres sobre sexualidad y VIH- /Sida*. Folleto informativo. Argentina, 2005.
- Gogna, M. y otros. *Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social. La Argentina que viene. Análisis y propuestas para una sociedad en transición*. Argentina, 1998.
- Gogna, Mónica (comp.) *Embarazo y maternidad en al adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. CEDES Bs. As., 2005.
- Informe de Monitoreo de situación de la salud sexual y reproductiva. Santa Cruz, 2005. [http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_santacruz.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_santacruz.pdf)
- Informe de Monitoreo de situación de la salud sexual y reproductiva. Entre Ríos, 2006. ["http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_entrerios.pdf"](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_entrerios.pdf)
- Informe de Monitoreo de situación de la salud sexual y reproductiva. Formosa, 2006. [http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_formosa.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_formosa.pdf)
- Informe de Monitoreo de situación de la salud sexual y reproductiva. Mendoza, 2006. [http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_mendoza.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_mendoza.pdf)
- Informe de Monitoreo de situación de la salud sexual y reproductiva. Santiago del Estero, 2006. [http://www.conders.org.ar/pdf/informe\\_santiagodelestero.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/informe_santiagodelestero.pdf)

- Informe realizado en el marco del proyecto Monitoreo de las Metas de UNGASS en Salud Sexual y Reproductiva *Sociedad Civil Luchando por Derechos* coordinado por GESTOS Brasil y con el apoyo de Fundación Ford y ONUSIDA, 2008.
- Oizerovich, Silvia; Daldevich, Dora; Salvo, Miriam; Schulman, Licia; Vázquez, Sandra; Santos, Hilda. *Investigación exploratoria sobre características de crecimiento desarrollo y cuidados de la salud sexual y reproductiva en población adolescente*. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Argentina, 2003.
- Palacios, Josefina; Palacios, María Laura; Silva, Marcelo Ricardo. *Acciones de Promoción y Prevención educación para la salud sexual y reproductiva en adolescentes de EGB3 y Polimodal*. Centro de Salud Republica Argentina. Ponencia. 1er. Congreso Nacional de Salud Social y Comunitaria, 2005.  
[http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/trabajos/resumenes/resumen\\_120.html](http://www.medicoscomunitarios.gov.ar/trabajos/resumenes/resumen_120.html)
- Palermo, Alicia. *Las concepciones de género de las maestras de escuelas primarias de la ciudad de Buenos Aires*, en Heredia, Norma R. y Videla, María del Valle, (comp.), *Pensamiento Feminista II. Aportes para un nuevo andamiaje social*, CEN Ediciones. Argentina, 2004.
- Ramos, Gabriela y Román, Cecilia. *La "prevención" como cuestión de las mujeres adolescentes* En Morgade, G y Alonso, G. (comp.) *Cuerpos y sexualidades en la escuela. De la normalidad a la disidencia*. Ed. Paidós. Bs. As., 2008.
- Ramos, Gabriela A. *Los cuerpos sexuados en la escuela: ¿dialogan, monologan o están sordos?*. Media Revista. CePA-Ministerio de Educación GCBA. Año 2/ Nº3/ Nov. 2007.
- Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. *Salud Sexual y Reproductiva/Derechos Sexuales y Reproductivos*. Folleto informativo. Argentina, 2001.
- Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. *Salud Sexual y Reproductiva/Derechos Sexuales y Reproductivos*. Folleto informativo. Argentina, 2002.
- Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. *Salud Sexual y Reproductiva/Derechos Sexuales y Reproductivos*. Folleto informativo. Argentina, 2003.
- Rosenberg, M. *Aborto no punible. En torno al artículo 86 del Código Penal. Su significación actual*, Introducción, M. Rosenberg, Foro por los Derechos Reproductivos, Bs. As., 1997.
- Rosenberg, M. *Sexualidad y género en la adolescencia*, publicación del CDNNyA. Dic. 2004.
- Rosenberg, M. *La Maternidad/Paternidad en la Adolescencia*. Clase curso de capacitación CDNNyA. Julio 2007-06-30.
- Schufer, Marta; Martellini, Paul y Moscovich, Lorena. *Los pediatras y la ley de salud reproductiva*. En Petracci-Ramos (comp.) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* UNFPA. CEDES, 2006.
- UNIFEM-FEIM. *Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos*. Bs. As., 2003.
- UNICEF/Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. *Guías de salud. La salud de las mujeres*. Guía de Salud Nº 5. Argentina, 1997.
- Vazquez, M; Cosovschi, *Programa Integral de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y Prevención del VIH/sida en mujeres, adolescentes y jóvenes pobres del Gran Bs. As.* pvd/2002/020-534. Fundación Huésped, 2002.
- Wainerman, C.; Chami, Natalia. *Experiencias de educación sexual en las escuelas de hoy*. Univ. San Andrés, 2006.
- Weeks, J. *Sexualidad*. Ed. Paidós. Bs. As., 1998.





**CONDeRS**  
Consortio Nacional de Derechos  
Reproductivos y Sexuales

Paraná 135 3º Piso "13"  
Tel/Fax: (5411) 4372-2763  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

[info@conders.org.ar](mailto:info@conders.org.ar)  
[www.conders.org.ar](http://www.conders.org.ar)

ISBN 978-987-24407-1-8



9 789872 440718