

Mayo, 2019

A nuestras familias, amigos y compañeros por estar presentes, acompañarnos e incentivarnos en este largo camino. Por bancarnos en esta elección de cómo mirar, sentipensar y actuar en el mundo.

A la Universidad Pública, por existir y resistir. A nuestras docentes por guiarnos en este proceso.

Al feminismo por develar nuestra cotidianeidad y enseñarnos cada día a construir un mundo más justo.

Al IPEM 12 anexo y al Centro de Salud 47, a les jóvenes con quienes construimos, por hacer de esta experiencia un aprendizaje cotidiano, por interpelarnos en cada intercambio y confiarnos sus vivencias, sus preocupaciones y sus deseos.

Gracias.

Índice

Índice	2
Introducción	5
Capítulo 1. Acerca del campo de la salud sexual: perspectivas de abordaje y configuración histórica	7
1.1 Aproximaciones al campo de la salud	7
1.2 Sobre las políticas sociales para el abordaje de la salud sexual	12
1.3 Representaciones Sociales y la construcción de las sexualidades	18
1.4 Una intervención situada: antecedentes, actores y escenarios de intervención	19
Capítulo 2: Representaciones sociales de las juventudes en torno a las sexualidades	21
2.1. Acerca de cómo miramos a las juventudes	21
2.2 Acercando la mirada: les jóvenes del IPEM 12 anexo	23
2.3 La construcción de representaciones: entre el paradigma binario y el abordaje desde la diversidad	27
2.4 Acerca de la dimensión reproductiva de la sexualidad	35
2.5 El cuerpo como territorio: consentimiento, cuidados y placer	40
Capítulo 3. Consejerías en salud sexual integral	45
3.1 La apuesta por la politización de las sexualidades	45
3.2 Desafíos posibles para la construcción de la salud sexual integral	48
3.3 Aportes desde el trabajo social al campo de la salud sexual	53
Reflexiones finales	59
Bibliografía	62
Planificaciones de talleres para el abordaje de las sexualidades	67
TALLER 1: Educación Sexual Integral	68
TALLER 2: Géneros y sexualidades	70
TALLER 3: Representaciones y mitos sobre la sexualidad	72
TALLER 4: Sexualidades y Salud Sexual	73
TALLER 5: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	74
TALLER 6: Embarazo no deseado e Interrupción Legal del Embarazo	75

Introducción

La presente producción sistematiza un proceso de intervención pre-profesional desarrollado durante el año 2018, en el marco de la tesina de la Licenciatura en Trabajo Social. Nos proponemos reconstruir el proceso incorporando aportes teórico-referenciales que nos posibilitaron realizar un análisis y una lectura crítica de la intervención.

Como equipo de trabajo partimos de reconocer las desigualdades estructurales de la realidad social propias del sistema capitalista, colonial y patriarcal que construye, para les jóvenes de sectores populares, una posición marginal en cuanto al acceso de derechos. Esta intervención en el campo de la salud sexual recupera los aportes del feminismo interseccional, la perspectiva de géneros y el enfoque de derechos en pos de realizar un abordaje integral.

A partir de la articulación entre el Centro de Salud 47 y el IPEM 12 anexo realizamos un proceso de intervención poniendo como eje central el ejercicio de derechos sexuales desde el protagonismo de las juventudes. Sostuvimos una estrategia de consejerías en salud sexual integral, generando un espacio de orientación, asesoramiento y acceso a la información vinculada a derechos sexuales y sexualidades. A su vez trabajamos en instancias de talleres, encuentros formativos y de reflexión sobre diversas temáticas. Profundizamos en distintas dimensiones implementando estrategias de intervención orientadas a abordar los obstáculos que operan a nivel simbólico para el ejercicio efectivo de derechos.

Nos interesa compartir un análisis de las representaciones sociales de les jóvenes como aspecto central en la construcción y el ejercicio de las sexualidades. Para ello recuperamos entrevistas, registros de cuadernos de campo y encuestas que constituyen nuestras fuentes primarias de acceso a la información. A su vez, retomamos aportes de los procesos de tesinas de grado desarrolladas anteriormente en el marco de la propuesta de intervención en el IPEM 12 anexo.

En el primer capítulo reconstruimos el campo de la salud, profundizando en la caracterización de la salud sexual como campo de intervención. Situamos brevemente los escenarios de inserción institucional y les actores con quienes que trabajamos.

En el segundo capítulo desarrollamos la perspectiva desde donde miramos a las juventudes, profundizando sobre les jóvenes del IPEM 12 anexo como sujetos de la intervención. Realizamos un análisis sobre las representaciones sociales que las juventudes construyen en torno a las sexualidades, recuperando discursos, prácticas y relatos surgidos

durante el proceso. Abordamos cuestiones vinculadas a diversidad sexual, construcciones de género, consentimiento, placer y derechos sexuales y derechos reproductivos retomando algunos ejes analizadores con los que trabajamos.

El tercer capítulo, propone un análisis de la implementación de consejerías en salud sexual integral dentro del ámbito educativo, identificando algunos aportes y desafíos asumidos específicamente desde el campo del trabajo social. Ponemos el acento en la apuesta por la politización de la sexualidad y esbozamos una reflexión en torno a la consejería en salud sexual dentro de las escuelas como una política social con gran potencial y de alto impacto.

A modo de cierre, recogemos los principales ejes que hemos analizado y planteamos algunas reflexiones que esperamos se constituyan como puntapiés y disparadores para pensar otras intervenciones vinculadas al ejercicio de la salud sexual integral.

Esta producción es parte de una búsqueda y un recorrido académico, teórico-referencial y ético-político realizado por el equipo. Como estudiantes comprometidas con los procesos de emancipación, justicia social y con las luchas de los movimientos feministas y de las disidencias, parte de nuestra apuesta política se vincula a incorporar el uso de lenguaje inclusivo en nuestra producción, ya que reconocemos el carácter performativo de éste en cuanto productor de la realidad. Asumimos el desafío de cuestionar el orden heteronormativo y patriarcal que reproduce el uso hegemónico del lenguaje donde predominan referencias masculinas y binarias para nombrar a hombres, mujeres e identidades disidentes.

Capítulo 1. Acerca del campo de la salud sexual: perspectivas de abordaje y configuración histórica

1.1 Aproximaciones al campo de la salud

Caracterizar y construir el campo de la salud requiere en primera instancia recuperar una noción de ésta. Partimos de concebirla como un campo en el sentido planteado por Bourdieu (1997), refiriendo a una compleja configuración donde se construyen diversas posiciones en torno a capitales e intereses en un complejo entramado de relaciones de poder.

En nuestro país, el campo de la salud se divide en tres subsistemas (público, privado y de obras sociales). A su vez, se organiza en torno a tres niveles de complejidad y atención; nos situaremos a partir de la Atención Primaria de la Salud (APS).

En la Declaración Alma Ata (1979) se expresa que la Atención Primaria de la Salud refiere a:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (p.1)

Partimos de esta definición para reinterpretar y recuperar a la APS no sólo como un nivel de atención, sino también desde su potencia como estrategia orientada a promover la autonomía en la toma de decisiones y la participación activa de la comunidad a partir de un proceso integral de concepción de la salud, donde efectores y usuarios reducen la distancia impuesta por el modelo médico hegemónico. La APS como perspectiva refuerza la promoción y prevención a partir del acceso a la información y una atención multisectorial y multidisciplinar transversal a los niveles de complejidad.

Entendemos que en la configuración del campo de la salud se ponen en juego diversas perspectivas político-ideológicas para pensar el proceso salud-enfermedad (PSE) (LAURELL, 1986). A lo largo de la historia han predominado diferentes enfoques. El modelo médico-hegemónico (MMH) consolidado en el siglo XIX definía a la salud desde una perspectiva biologicista y evolucionista mirando la ausencia de enfermedad, fragmentando (mente-cuerpo) e individualizando. Sustentado en la racionalidad científica, interviene en

forma clínica/asistencial/curativa buscando una eficacia pragmática a través de la eliminación del síntoma y con una tendencia a la medicalización de la vida cotidiana.

A mediados del siglo XX comienza un proceso de revisión crítica. Los movimientos sociales, feministas y la corriente de medicina crítica desarrollaron fuertes cuestionamientos a las características del modelo médico hegemónico reconociendo que producía un gran deterioro en la salud colectiva además de generar mayor desigualdad social.

Retomando a Laurell (1986), la medicina social entiende :

Al proceso de salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no solo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos. (p.1)

Este enfoque pone de relieve que las dimensiones social, cultural, económica y política de la vida cotidiana no son factores que intervienen en los procesos salud-enfermedad, sino que éstos se configuran a partir de las anteriores. Los problemas epidemiológicos que se constituyen en diferentes contextos micro y macrosociales tienen características estructurales donde las dimensiones de clase y género resultan necesarias para comprender sus particulares configuraciones.

Como equipo, realizamos un recorte para pensar los PSE en el campo de la salud sexual. Recuperamos los datos arrojados por la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (INDEC; PNSSyPR, 2014) realizada a población de mujeres entre 14 y 49 años y varones de 14 a 59 años:

Entre las mujeres que han tenido su primera relación sexual, la edad promedio es de 17,3 años, siendo para los varones de 16 años. Este promedio baja a 15,5 cuando se calcula específicamente en torno a la generación que tiene entre 14 y 19 años. En relación al uso de algún método anticonceptivo (MAC) en la primera relación sexual el 68,4% de la población encuestada indica haber utilizado, mientras que el 32,6% indica no haber utilizado. Este porcentaje aumenta considerablemente en torno a la población joven actual, llegando a un 90,4% que ha utilizado algún MAC en su primer relación sexual (INDEC; PNSSyPR, 2014).

En lo que respecta al embarazo en niñas y adolescentes, Amnistía Internacional (2017) sostiene que “Argentina se ubica actualmente por encima del promedio mundial” (p.4). Se estiman 114.125 nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años y 3261 en menores de 15 años.

Este hecho merece especial preocupación no solo por el riesgo de mayores complicaciones físicas que representa el embarazo a temprana edad, sino porque a menor

edad, mayor es la probabilidad de que el embarazo sea producto de abuso sexual, relaciones forzadas y explotación sexual (AMNISTÍA, 2017, p.4).

Según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas Argentina (2010) uno de cada seis nacimientos corresponde a una mamá adolescente. De éstas, un 65 % quedaron embarazadas por no utilizar un método anticonceptivo o utilizarlo de manera incorrecta. A su vez, al menos el 53% manifestó no haber buscado el embarazo. El embarazo en jóvenes y adolescentes, además de las posibles vulneraciones de derechos que mencionamos anteriormente, tiene un fuerte impacto en la escolarización de las mujeres: 6 de cada 10 jóvenes que quedan embarazadas al momento de estudiar, abandonan la escuela.

Reconocemos que la construcción de sexualidades se encuentra atravesada por condicionantes sociales, políticos y culturales que habilitan o restringen prácticas. En nuestro país, atravesamos un contexto signado por el creciente aumento de la pobreza y la desigualdad que impacta de modo diferencial en los sectores populares en general y en las juventudes de modo particular.

En contextos donde se profundizan las condiciones desfavorables para el ejercicio pleno de la sexualidad la dimensión reproductiva cobra relevancia particular. Entra en juego la falta de acceso a información vinculada a la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y al uso de métodos anticonceptivos. Esto se traduce en el aumento de las tasas de embarazos no planificados en jóvenes y al incremento de casos de infecciones de transmisión sexual, principalmente sífilis.

Esta contextualización general evidencia la potencia de habilitar espacios donde se promueva la accesibilidad a información clara y precisa sobre cuidados de la salud sexual y las relaciones sexuales, donde se promueva el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos atendiendo a las particularidades que las juventudes requieren.

En nuestra sociedad, el abordaje hegemónico sobre la salud se da desde una mirada adultocéntrica en relación con los jóvenes donde además de la posición de poder de profesionales de la salud en sí, la adultez tiene potencialidad decisora que subsume los intereses, motivaciones, necesidades, experiencias y saberes de las juventudes obstaculizando la posibilidad de construir juventudes autónomas.

Retomando los aportes anteriores, reconocemos que la teoría social juega un papel central para poder definir, comprender, analizar e intervenir en los procesos de salud. Nos posicionamos a partir de un enfoque de derechos, feminista e interseccional (VIVEROS VIGOYA, 2016), para pensar los procesos de salud-enfermedad reconociendo la complejidad

de los múltiples atravesamientos que configuran las identidades de manera diferencial según la condición de género, raza y clase.

En este sentido, la producción teórica feminista aportó al cuestionamiento a la función determinista y biologicista del MMH resaltando “el carácter dinámico de los procesos reproductivos así como el control social que se ejerce sobre ellos” (ESTEBAN GALARZA, 2006, p.12). De este modo, se ponen en tensión los mandatos que operan sobre las mujeres vinculándolas a lo reproductivo y a la maternidad obligatoria y dentro del ámbito doméstico, mientras que colocan la paternidad como un hecho social, como posibilidad y no como mandato.

Maria Luz Esteban Galarza (2006) realiza una crítica a la categoría occidental de sexo, reconociendo que ésta

Se ha construido (...) desde una mirada totalmente jerárquica, dicotómica y heterosexual del cuerpo humano y de las relaciones sexuales. Este "modelo de dos sexos" condiciona la manera de percibirnos a nosotros mismos y de percibir social y médicamente a hombres y mujeres, y viceversa; todo ello al margen de que la experiencia individual de la identidad de género sea mucho más diversa, híbrida y contradictoria. (ESTEBAN GALARZA, 2006, p.14)

En ese sentido incorporamos la noción de género para pensar los procesos de salud-enfermedad trascendiendo la categoría de sexo. La autora propone pensar al género desde su potencial “Entendido como un "principio de organización social" que nos permite niveles y dimensiones de análisis muy diferentes, tanto de las desigualdades en la salud de hombres y mujeres como de fenómenos sociales más amplios” (ESTEBAN GALARZA, 2006, p.16).

La reconocemos entonces como categoría estructurante de la configuración de las posiciones e intereses dentro del campo de la salud. Esto nos posibilita cuestionar y proponer alternativas superadoras a los supuestos positivistas del proceso salud-enfermedad que predominaban en el paradigma médico hegemónico.

A su vez, posicionarnos desde una perspectiva de géneros es una clave fundamental para el análisis de las representaciones sociales de las juventudes en torno a la sexualidad. Problematizar los procesos de construcción de la sexualidad de los jóvenes en particular y de la sociedad en general resulta un aporte valioso para el desarrollo de la autonomía y la autodeterminación desde el cuidado y el respeto.

Las juventudes de nuestra sociedad están insertas en un sistema patriarcal. Retomando a Rodríguez (como se citó en POZZERLE, 2018), entendemos por éste a “un sistema jerárquico de relaciones sociales, políticas y económicas que construye la diferencia entre

varones y mujeres (...) basada en la diferenciación biológica, que establece, reproduce y mantiene al varón como paradigma de lo humano” (p.41).

El patriarcado se sostiene a partir de un modelo de dominación masculino en las esferas social, política, económica, religiosa e ideológica. Este sistema se expresa en distintas formas de violencia hacia las mujeres y disidencias: económica, psicológica, simbólica, física y sexual (POZZERLE, 2018). Ésta última, refiere a cualquier violencia que afecte el disfrute pleno de la sexualidad. En nuestro país, las normativas vigentes reconocen a la violencia contra las mujeres como:

toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. (LEY 26.485, 2009, Art.4)

Si tomamos los datos brindados por el INDEC (2018), en 2017 se registraron 86.700 casos de violencia contra mujeres de 14 o más años en Argentina. Además, en el 48,4% de los casos hay datos que permiten analizar la relación del agresor con la víctima: “En ocho de cada diez casos registrados (82,7%), el agresor es la pareja o expareja de la víctima. Esto implica una vulnerabilidad específica, porque la víctima mantiene o mantuvo una relación afectiva” (p.37).

Como equipo consideramos imprescindible un abordaje a nivel estatal de ésta problemática. Nos posicionamos desde una perspectiva de salud integral y de derechos, asumiendo que las acciones deben orientarse a hacer efectivos los derechos humanos y de ciudadanía, en donde es fundamental la elaboración de políticas públicas que atiendan la mejora de la calidad de vida de la población.

1.2 Sobre las políticas sociales para el abordaje de la salud sexual

Situar la intervención en el campo de la salud pública implica reconocerla dentro del conjunto de políticas sociales. Consideramos pertinente recuperar la propuesta de Danani (2009) para pensarlas como el conjunto de intervenciones estatales que tienen como objetivo actuar sobre las condiciones de vida y de reproducción de la vida de la población. A partir de los aportes de Fleury (como se citó en DANANI; et al, 2009), la autora propone que una

manera de distinguirlas según su especificidad es a partir de delimitar su campo de intervención, es decir, el objeto sobre el cual actúan.

Las políticas sociales se sitúan como construcciones en doble sentido: desde su carácter no natural y desde su carácter ‘positivo o como creación’. El Estado en tanto agente central del proceso construye una visión y definición acerca de los problemas sociales y las maneras de abordarlos a partir de sentidos concretos. En ese recorte se imprimen marcos político-ideológicos que construyen dando entidad a diversas situaciones de la realidad y dejando por fuera otros procesos sociales dentro del marco de sus acciones. (DANANI; et al, 2009)

El conjunto de las políticas sociales constituye una respuesta a la cuestión social para intentar compensar las desigualdades sociales. Grassi (2003) las define como:

La dirección que se impone activamente en la acción estatal como expresión o en nombre de intereses generales, en ese sentido puede ser entendida como condensación de los procesos de hegemonización político-cultural que caracteriza a un ciclo histórico en una sociedad determinada. (p.3)

Las discusiones en torno a la salud sexual reproductiva y los derechos sexuales se instalan a nivel internacional a partir de la década de los setenta producto de las reivindicaciones y demandas de los movimientos feministas y de crítica al modelo médico hegemónico. En 1979 se sanciona la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) donde los Estados que suscriben se comprometen a generar condiciones de igualdad para “elegir responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos” (CEDAW, 1979, art. 10).

Reconocemos que los diversos paradigmas que configuran el campo de la salud, en Latinoamérica en general y en Argentina particularmente, han ido modificándose a la luz de los procesos sociales y de los proyectos políticos ideológicos de las gestiones gubernamentales.

En nuestro país estas discusiones cobran relevancia a partir de los años noventa cuando las normativas vinculadas a planificación familiar comienzan a ser cuestionadas y estos debates comienzan a instalarse en la esfera pública.

La reforma constitucional llevada adelante en 1994 incorpora la CEDAW como normativa que apunta a garantizar el acceso a los derechos sexuales y derechos reproductivos. A partir de ese momento se avanza en una serie de marcos normativos que habilitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos reconociéndolos de manera diferenciada. Los primeros hacen referencia a “aquellos derechos que involucran la capacidad

de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencias ni riesgos.” (MINISTERIO DE SALUD, 2013, p.5)

Por otra parte reconoce que los derechos reproductivos

Refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados. (MINISTERIO DE SALUD, 2013, p.5)

Nos parece pertinente poner de manifiesto que estas leyes proponen el abordaje desde un enfoque de género. Incorporan “las desigualdades existentes entre las personas por su género y su orientación sexual, producto de la persistencia de relaciones de poder y los mandatos sociales” (MINISTERIO DE SALUD, 2013, p.12). Se erigen como normativas que reconocen las desigualdades sociales producto de las condiciones de género que ubican a mujeres y disidencias en una posición diferencial respecto a los varones.

A su vez, realizamos una reconstrucción histórica de las políticas de atención a la salud sexual que configuran el campo problemático de nuestra intervención, procurando identificar puntos de tensión entre los marcos normativos y los contextos de implementación efectiva .

En Córdoba durante 1996 se sanciona la Ley 8.535 que crea el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad orientado al acceso a la información sobre sexualidad y reproducción. Este propone un abordaje de promoción vinculado a campañas informativas y educativas para el ejercicio de la paternidad responsable.

En 2002 se sanciona la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Éste establece acciones orientadas a la promoción, prevención y asistencia de la salud a través del acceso a información, métodos anticonceptivos y prestaciones para la población. Se encuentra direccionado a fortalecer la toma de decisiones autónomas a partir de “potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable” (PNSSyPR, Art 2). A su vez, busca promover la atención de la salud sexual de jóvenes y la creación de Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva en los servicios de salud pública en todo el país.

Con base en éste, ese mismo año (2002) se sanciona en Córdoba la Ley 9.073 que crea el Programa de Maternidad y Paternidad Responsable que se propone como objetivos “garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable” (Ley 9.073, 2003, art.2). Propone un abordaje de la sexualidad desde una perspectiva reproductiva, ligada a la planificación familiar.

En el año 2006 la Ley 26.150 crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) que establece la responsabilidad del Estado en hacer cumplir el derecho de los niños y adolescentes a recibir educación sexual integral en todos los establecimientos educativos (desde los niveles de educación inicial hasta la formación docente), entendiéndola como la articulación de los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos de los sujetos.

En el mismo año se sanciona la Ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica que reconoce el derecho a realizar intervenciones quirúrgicas a partir de la toma de decisiones autónomas de los ciudadanos (LEY 26.130, 2006).

Durante el año 2009 se sanciona Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, aportando al reconocimiento de los derechos de las mujeres en los ámbitos público y privado (LEY 26.485, 2009).

En 2010 se crea el Protocolo de interrupción legal del embarazo (ILE) que habilita dos causales principales para la aplicación del mismo. Contempla situaciones en que el embarazo sea producto de una violación y situaciones en que se ponga en juego la vida o la salud integral de la mujer (MINISTERIO DE SALUD, 2010).

En 2012 se sanciona la Ley 26.743 de Identidad de Género. Ésta permite que las personas trans (transexuales, transgéneros) sean inscriptas en sus documentos personales con el nombre y el género autopercibido. Además ordena que todos los tratamientos médicos de adecuación a la expresión de género autopercibido sean incluidos en el Programa Médico Obligatorio. Pretende garantizar una cobertura de las prácticas en todo el sistema de salud, tanto público como privado (MINISTERIO DE SALUD, 2014, p.16).

Retomando los aportes de Aizenberg (2003) es posible evidenciar que entran en conflicto las posiciones de actores e instituciones, tanto en los debates por la construcción de marcos normativos, como en la disputa por la instalación de éstos en la agenda pública. Los sectores conservadores, principalmente de la Iglesia Católica, como la ONG “mujeres por la vida” y el Portal de Belén, han llegado a presentar objeciones judiciales durante el proceso de sanción de las leyes. Lograron obstaculizar la implementación de políticas públicas vinculadas a la garantía y ampliación de los derechos sexuales y reproductivos.

Durante 2018 se instala en el Congreso Nacional el debate en relación al Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Este pretendía, no solo obtener su estatus legal, sino ampliar el acceso a todas las personas gestantes. El proyecto no logró ser aprobado por la cámara de senadores del Poder Legislativo Nacional, luego de la media sanción

obtenida por la Cámara de diputados de la Nación. Durante este proceso se generaron masivas movilizaciones por parte de la sociedad y movimientos sociales demandando el reconocimiento del derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Como reacción a este movimiento, sectores conservadores y religiosos avanzan en una campaña a nivel latinoamericano de deslegitimación de la educación sexual y criminalización de lo que llaman ideología de género.

Consideramos central el lugar que históricamente los movimientos feministas, de mujeres y disidencias ocupan en torno a la defensa y exigencia del reconocimiento y el acceso a los derechos sexuales y derechos reproductivos. Actualmente con un fuerte hincapié en la despenalización y legalización del aborto y contra la violencia de género, entre otras.

El proceso de puja permanente por la instalación de los debates sobre salud sexual y salud reproductiva ha conquistado algunos avances en materia legislativa y de políticas públicas. Las políticas desarrolladas, la sanción de marcos normativos desde el 2002 y los debates instalados en la agenda pública, marcaron un punto de inflexión en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en Argentina. Sin embargo, persisten condiciones estructurales y de voluntad política que dificultan/obstaculizan la implementación efectiva de dichas políticas.

El escenario local de Córdoba se caracteriza por la actual escasez de MAC; el reciente reconocimiento legal del protocolo de ILE; los obstáculos para la aplicación de la Ley 26.130; los recortes presupuestarios y de recursos; la falta de capacitación de profesionales y efectores de salud en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos. Se configura así un escenario complejo donde operan obstáculos concretos para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Más allá de los avances históricos en materia de legislación y conquista de derechos, reconocemos que el estado actual del campo de la salud sexual está signado por un recorte de las políticas y programas. Las decisiones políticas de desmantelamiento y achicamiento del Estado (que cobran clara visibilidad con la eliminación del Ministerio de Salud y su transformación a secretaría) vuelven a colocar en mayor condición de vulnerabilidad a los sectores populares en general y a las juventudes, mujeres y disidencias en particular.

En lo que respecta a las perspectivas de implementación de las políticas en torno a derechos sexuales y derechos reproductivos, el PNSSyPR trasciende un lineamiento basado en el paradigma de la planificación familiar diez años después de su creación. Postula como objetivos no sólo el ejercicio de maternidades y paternidades responsables, sino que también procura el abordaje de toda la población en materia de salud sexual. Incorpora

discursivamente los derechos de manera más amplia e integral teniendo en cuenta los marcos normativos sancionados desde el 2002.

Dentro de este panorama se comienza a replantear el modelo de atención de usuaries, considerando a las consejerías en salud sexual y salud reproductiva como una estrategia fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Éstas toman en cuenta el contexto y los recursos existentes. Prevén el acceso gratuito a métodos anticonceptivos a partir del asesoramiento profesional y la elección autónoma, promoviendo el derecho del acceso a la información para la toma de decisiones.

Consideramos que esto implica un cambio de paradigma ya que, a la vez que reconoce a lo reproductivo como una de las dimensiones de la sexualidad, reconoce a mujeres y jóvenes como sujetos de derecho promoviendo la toma de decisiones autónomas y ubica a los efectores de la salud como garantes de los derechos de ciudadanía.

Este programa enmarca y habilita nuestra inserción institucional en el CS 47 a través de la estrategia de consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Genera condiciones para proponer en el ámbito educativo un espacio de asesoramiento, orientación y acceso a la información vinculada a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las juventudes.

1.3 Representaciones Sociales y la construcción de las sexualidades

Las representaciones sociales se constituyen como la principal dimensión que analizaremos en esta producción. Para referirnos a éstas retomamos los aportes de Mato (2007), quien las entiende como formas de sentido, interpretación y simbolización construidas que "orientan y otorgan sentido a las prácticas sociales que esos actores desarrollan en relación a ellas, y son modificadas a través de tales prácticas" (p.133).

Al sostener que "organizan la percepción e interpretación de la experiencia" (p.133) el autor se aparta de la noción de representaciones sociales ligadas a 'la realidad'. Entiende, no sólo, que esta categoría es una "concepción problemática, inacabada, en proceso" (p.135), sino que la relaciona a la noción de experiencia. Así, "supone que no hay una realidad por representar, sino diversas maneras de interpretar y simbolizar la experiencia social" (p.136).

Entendiendo que son construcciones, argumenta que para su análisis es imprescindible atender a "procesos o dinámicas, y no objetos o resultados" (p.136) que se dan dentro de ciertos marcos institucionales. Destaca la importancia de mirar "cómo se elaboran esas

representaciones y el papel que juegan en la formulación de los programas de acción (agendas) de ciertos actores sociales" (p.133).

En este sentido, consideramos que las representaciones sociales de las juventudes son un eje de análisis imprescindible para comprender cómo construyen y transitan su sexualidad. La sociedad produce representaciones no sólo diferentes, sino desiguales para las personas según el género impuesto e inclusive sobre el género autopercebido. El entrecruce entre representaciones sociales y enfoque de género nos permite problematizar aquellas que construyen las juventudes sobre las sexualidades y la vinculación con sus propias prácticas.

Al hablar de sexualidades partimos de la noción propuesta por la OMS (como se citó en Ministerio de Salud de la Nación, 2014, p.200), donde se contempla que la sexualidad no es únicamente lo genital y las relaciones sexuales, sino que se expresa en múltiples dimensiones (formas de pensar y sentir, desear, valores, prácticas, etc). En este sentido, se entiende de manera amplia e integral: recupera la interacción de factores biológicos, socioeconómicos, psicológicos, culturales, éticos, espirituales y religiosos.

Nos referiremos a sexualidades (en plural) reconociendo la multiplicidad de maneras de transitarlas y construirlas que se configuran por el carácter singular de las experiencias y trayectorias de los sujetos. Consideramos pertinente recuperar una noción de sexualidad integral que abarca, se manifiesta y se construye en todas los aspectos de la vida cotidiana. En el Programa Nacional de Educación Sexual Integral se realiza la importancia de mirar las

Cuestiones vinculadas con la expresión de sentimientos y de afectos, la promoción de valores relacionados con el amor y la amistad, la reflexión sobre roles y funciones atribuidos a mujeres y a varones en los contextos sociohistóricos, -que- no formaban parte de los contenidos vinculados a la educación sexual (BARGALLÓ, 2012, p.11)

reconociendo que la sexualidad se practica y se expresa en los modos de sentir, pensar y hacer.

En este sentido, Morgade (2006) sostiene que “la sexualidad integra una de las dimensiones de la subjetividad que más cuesta a los sujetos sociales conquistar para conocer y disfrutar sin culpas” (p.2). Retomando aportes de Foucault (como se citó en MORGADE, 2006), se propone entender a la sexualidad como una cuestión política que está negada, despolitizada, reprimida. Entendemos necesario apostar a procesos de politización desde la perspectiva de potenciar el ejercicio de la sexualidad como dimensión emancipatoria de la subjetividad.

1.4 Una intervención situada: antecedentes, actores y escenarios de intervención

Realizamos el proceso de intervención desde el Centro de Salud 47 dependiente de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) de la Municipalidad de Córdoba, en barrio Coronel Olmedo ubicado en zona sudeste de la ciudad.

El equipo del CS está compuesto por profesionales de trabajo social, pediatría, enfermería, ginecología, medicina general, odontología y personal de administración. Asisten no sólo personas del área programática, sino que se atiende a población de zonas aledañas que no cuentan con servicios de salud o están restringidos en accesibilidad y/o recursos.

En marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y en articulación con los centros de salud 47 y 68 y con los IPEM 124 e IPEM 12 anexo, tesistas y estudiantes de trabajo social realizaron durante los últimos tres años un trabajo de promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos y acceso a servicios de salud.

Nuestra intervención habilita la continuidad de dicho proceso en el IPEM 12 anexo, bajo la pretensión de profundizar la cobertura cuanti y cualitativa, situándonos desde el Centro de Salud 47.

La escuela secundaria IPEM 12 Juan Domingo Perón Anexo Socavones se ubica en la Av. Camino 60 Cuadras km 12, en zona semi-rural. Está conformada por un curso por cada año académico, sumando un total aproximado de 150 estudiantes. Los jóvenes que asisten tienen entre 12 y 20 años y viven en zonas aledañas: barrio Coronel Olmedo, Cárcano, El Quebracho, camino 60 cuadras, entre otros.

El IPEM 12 anexo está ubicado en la intersección entre las jurisdicciones de Córdoba, Bower y Toledo. Esta localización implica dificultades concretas para pensar el acceso a servicios públicos (el acceso a servicios de ambulancia, por ejemplo), ya que no son asumidas las responsabilidades y competencias jurisdiccionales.

En lo que respecta a las decisiones institucionales del IPEM 12 anexo, desde el año 2016 el proyecto institucional pedagógico comprende prioritariamente a la Educación Sexual Integral. Esto se fundamenta en la lectura de situaciones de embarazo en jóvenes adolescentes, violencias, abusos e intereses de los jóvenes en la temática. Al hablar del proyecto de la institución, Schlemenson (1998) refiere a una idea creada para resolver necesidades, tanto de los miembros de la institución, como externas. Pero no solo está la idea:

ponerla en actos requiere la elaboración de un plan de acción orientado a su concreción (p.396-397).

Respecto a este reconocemos que si bien hay docentes que abordan desde sus clases temas vinculados a la educación sexual, no existen en el IPEM 12 anexo políticas institucionales definidas, articuladas y transversales al proyecto educativo. Las docentes incorporan la temática en sus clases de manera particular ya que no existe un espacio formal de planificación, el cual fue demandado por docentes a les directivos durante el encuentro de cierre del proceso de intervención.

Capítulo 2: Representaciones sociales de las juventudes en torno a las sexualidades

2.1. Acerca de cómo miramos a las juventudes

El trabajo social como profesión se configura a partir de las relaciones con agentes que son percibidos en base a un marco teórico-conceptual y un posicionamiento ético-político concreto.

Realizamos la intervención partiendo de una concepción de los jóvenes en la que recuperamos el carácter de “productoras, hacedoras y no solo como productos, en donde las y los individuos, las relaciones sociales y organizaciones, no aparecen estáticas, sino en constante cambio” (GONZÁLEZ, 2001, p.3).

Al hablar del sujeto de intervención nos referiremos a las juventudes que se constituyeron como protagonistas del proceso. Sostenemos que las juventudes (como categoría) deben ser entendidas como “construcción social, histórica, cultural y relacional, que a través de las diferentes épocas y procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes” (DÁVILA, 2004, p.8). Además, al nombrarlas en plural aludimos al hecho de que no hay una sola manera de ser joven, sino que son múltiples y diversos los modos y formas en que se construyen las juventudes.

Históricamente se las ha mirado desde la noción de adolescencia, que responde a una perspectiva biologicista y psicológica. Restringe este momento a una condición etérea de transición entre la niñez y la adultez, caracterizado por la permanencia de las crisis vitales que inician en la pubertad, donde el sujeto “empieza a recortar su propia imagen dentro del cuadro familiar y comienza a definir una identidad en función de ideas, opiniones, juicios, criterios y valores que siente como propios” (SEHAS, 2000, p.21).

Desde la perspectiva que adoptamos, consideramos posible recuperar la noción de adolescencia para pensar a los sujetos de la intervención ya que reconocemos que lo psico-evolutivo se constituye como un referente válido, pero insuficiente para definir y comprender la complejidad de transitar la juventud. El abordaje acotado a esta dimensión descontextualiza a las juventudes, invisibilizando la heterogeneidad de formas de transitar ese período y dejando de lado la perspectiva de búsqueda y configuración de la subjetividad e identidad.

Entendemos a la adolescencia dentro de un proceso más amplio, donde la noción de juventudes nos permite analizar la complejidad y diversidad de vivencias y dinámicas transitadas, reconociendo el carácter singular de las experiencias y el momento histórico que les toca vivir.

Para comprender cómo se vivencia y configura la sexualidad de las juventudes y los posicionamientos que van ocupando dentro del campo, nos resulta necesario “recuperar la diversidad de prácticas, comportamientos y universos simbólicos que ella puede incluir, articulada con variables como clase, género, etnia, cultura, región, contexto socio-histórico, entre otras.” (ACEVEDO, 2012, p.36)

Consideramos que hablar de juventudes implica comprenderlas desde una doble marginación. Por un lado, relacionada al (des)encuentro de dos mundos, adolescencia y adultez, que genera visiones cercanas y distantes. Dentro de esta perspectiva, retomamos el aporte de Acevedo (2012) para pensar críticamente “la cultura adultocéntrica” que ubica a la adultez como referencia y parámetro para pensar la experiencia de la juventud. La hegemonía e institucionalización de esta cultura opera pretendiendo dirigir y controlar la conducta juvenil desde su propia cosmovisión, dejando de lado los intereses y potencialidades propias de las juventudes.

Para hacer referencia a la segunda marginación es necesario recuperar -desde un carácter situado- la posición que las juventudes ocupan en el espacio social. Posición que “sufren por ser pobres, porque están más allá del margen puesto por otros que son quienes deciden y tienen poder” (SEHAS, 2000, p.16). Por lo tanto, ponemos el acento en la condición de vulnerabilidad, analizando cómo el contexto restringe las posibilidades de acceso a servicios y recursos en el marco del derecho a la salud.

Considerar esta doble marginación y ponerla en diálogo con la perspectiva de género permite recuperar los múltiples atravesamientos, donde las identidades se construyen de manera diferencial según la condición de género y raza.

Durante este proceso de definición de aspectos de la identidad y de intercambio con otros, es preciso reconocer que los patrones de socialización hegemónica establecen diferencias en cuanto a normas, roles y espacios, tendiendo a naturalizar el binarismo femenino-masculino y reforzando los privilegios atribuidos a las identidades masculinas.

Esto nos enfrenta al desafío de desaprender lógicas hegemónicas internalizadas en nuestras trayectorias personales y colectivas. Entendemos que de esta manera podremos construir nuevas relaciones y vínculos con los jóvenes. Es necesario interpelarnos en los

encuentros y desencuentros, para reconocer el derecho de las juventudes a ser protagonistas de su propia vida y de la construcción del mundo.

En este sentido, resulta necesario analizar las representaciones sociales atravesadas por condiciones de vida materiales y simbólicas concretas. Las representaciones vinculadas a la sexualidad ocupan un lugar importante en la configuración de sus identidades y proyectos como sujetos y se construyen a través de interacciones con adultos y pares, en las que se transmiten valores y normas.

2.2 Acercando la mirada: les jóvenes del IPEM 12 anexo

Durante el proceso de intervención trabajamos con estudiantes de primer a sexto año del IPEM 12 anexo habilitando un espacio de consejerías en salud sexual integral. Realizamos un recorte específico para trabajar en profundidad con jóvenes de segundo y tercer año en la implementación de ocho talleres (cuatro por curso). Estos estuvieron orientados por las demandas planteadas por los jóvenes en las encuestas realizadas. Además, realizamos dos talleres transversales a todos los cursos, sumando un total de veinte talleres a lo largo de la intervención.

Este recorte se fundamenta en la decisión de fortalecer las dimensiones de promoción y prevención sobre prácticas vinculadas a la salud sexual en el marco de un proceso de autoconocimiento en torno a la propia sexualidad. Para ello apuntamos a fortalecer principalmente la visibilización de la sexualidad desde su integralidad, abordando el respeto por la identidad, los cuidados y el consentimiento en el marco del ejercicio de una sexualidad placentera que recupere el deseo y el disfrute.

Recuperando los procesos de tesina desarrollados anteriormente, identificamos que el trabajo de profundización se realizó prioritariamente en otros cursos, quedando segundo y tercer año fuera de los talleres, por cuestiones de viabilidad.

Consideramos necesario situar la intervención a partir de las singularidades de los jóvenes con que trabajamos reconociendo los múltiples atravesamientos que configuran sus posiciones. Los jóvenes mayoritariamente viven con sus familias y pertenecen a sectores sociales de bajos ingresos. Una gran cantidad vive en barrios periféricos o zonas semi-rurales próximas al km 12, también hay jóvenes que provienen de familias migrantes, principalmente de Perú y Bolivia.

La condición de género opera como una característica distintiva en cuanto algunas jóvenes son madres, trabajan en cortaderos y la mayoría relata que aporta en el trabajo doméstico y de cuidado de manera diferencial a los varones de la familia.

En términos de generación, nacieron entre 1999 y 2008. Como grupo etéreo, su infancia transcurrió a partir de la crisis del 2001 y posterior proceso de recuperación social y económica. Al igual que la generación anterior:

Siempre vivieron en un régimen político democrático, con libertad de expresión y una creciente democratización de los vínculos conyugales; (...) entre discursos sobre el embarazo en la adolescencia como problema social, con un progresivo conocimiento y disponibilidad de métodos preventivos; se socializaron en medio de debates sobre salud y derechos sexuales y reproductivos; crecieron en el marco de una expansión de imágenes sexuales en la televisión y del uso regular de Internet, entre otras circunstancias que los diferencian de generaciones previas. (JONES, 2010, p.19)

Con la intención de comenzar a caracterizar a los sujetos de la intervención, realizamos encuestas a un total de 124 jóvenes entre 11 y 20 años, siendo ésta casi la totalidad de la población estudiantil inscripta (82,66%). Del total de encuestas realizadas, 63 jóvenes se autoperciben como mujeres, 53 respondieron varones y 8 personas no responden acerca del género autopercebido.

A través de las encuestas pudimos caracterizar algunas experiencias y discursos vinculados a la sexualidad. En primer lugar, consideramos necesario resaltar que el 31% dice no hablar de sexualidad y otro 12% no responde si habla o no del tema. Entre el 54,8% de los jóvenes que sí lo hacen, conversan principalmente con amigas, madres, padres y otras personas (principalmente mujeres) de la familia. Hay una clara distinción según la condición de género: el 60,3% de las personas que si hablan son mujeres. Esta variación disminuye al 43,9% cuando miramos el porcentaje de mujeres dentro del total de personas que no hablan del tema.

Observamos que esta distinción del abordaje en términos de género tiene una correlación con distintas características del sistema patriarcal. En primer lugar, la enseñanza sobre consentimiento suele ser escasa o inexistente, lo que se profundiza en el caso de los varones. Complementariamente, la enseñanza en torno a cuidados sobre métodos anticonceptivos recae mayoritariamente sobre las mujeres. Se responsabiliza fundamentalmente a las mujeres del cuidado y la prevención, desresponsabilizando a los varones. Esta situación refleja la idea socialmente instalada de que somos las mujeres quienes debemos aprender a cuidarnos de los

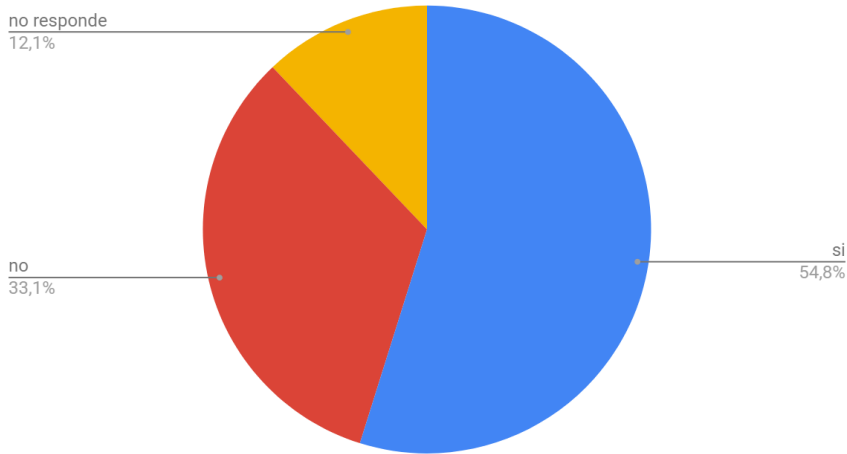
abusos y violencias que los hombres ejercen sobre nosotras, cuando debería incorporarse enseñanza sobre respeto, consentimiento, cuerpo y cuidados para todas las personas.

En este mismo sentido, identificamos una apropiación diferencial de la información entre varones y mujeres. En los espacios de talleres los varones expresan vergüenza y/o desinterés en hablar de diversas temáticas. Las mujeres expresan interés y curiosidad en conversar, preguntar y exponer sus ideas. Se plantean diversas inquietudes, entre las cuales aparecen principalmente las relaciones sexuales, el funcionamiento del cuerpo y los cuidados limitados al uso de MAC y prevención de ITS.

A través de la caracterización de los jóvenes y de la problemática abordada, construimos una demanda vinculada al sostenimiento de un espacio de asesoramiento y orientación para el acceso a información sobre sexualidades en un sentido amplio: relaciones sexuales, cuidados, identidad de género, cuerpos, placer y consentimiento.

Del total de jóvenes que hablan sobre sexualidad, ninguno identifica ámbitos en el que aborden la temática además de la familia y amistades. Esto llama la atención acerca del lugar que la ESI ocupa en la escuela. Los jóvenes no expresan que en el ámbito educativo conversen sobre temáticas vinculadas a la sexualidad, como tampoco refieren a los CS como espacios de referencia para procurar información sobre la temática.

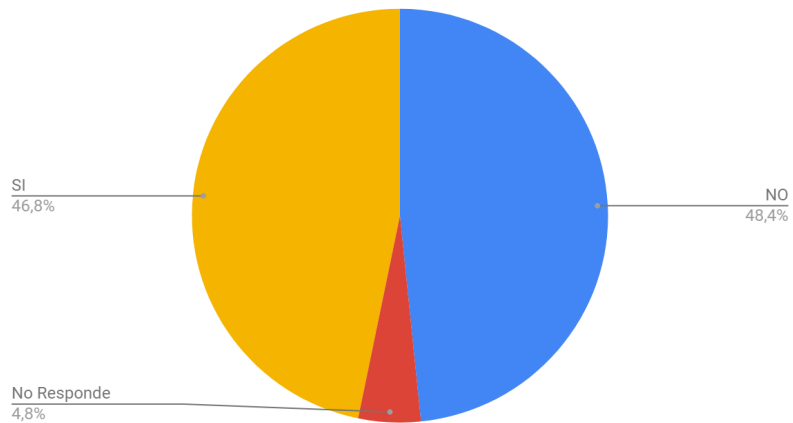
Jóvenes que hablan sobre sexualidad



Mayoritariamente refieren no haber tenido relaciones sexuales aún (48,4%) siendo un 46,8% el que declara haber tenido mientras un 4,8% no responde.

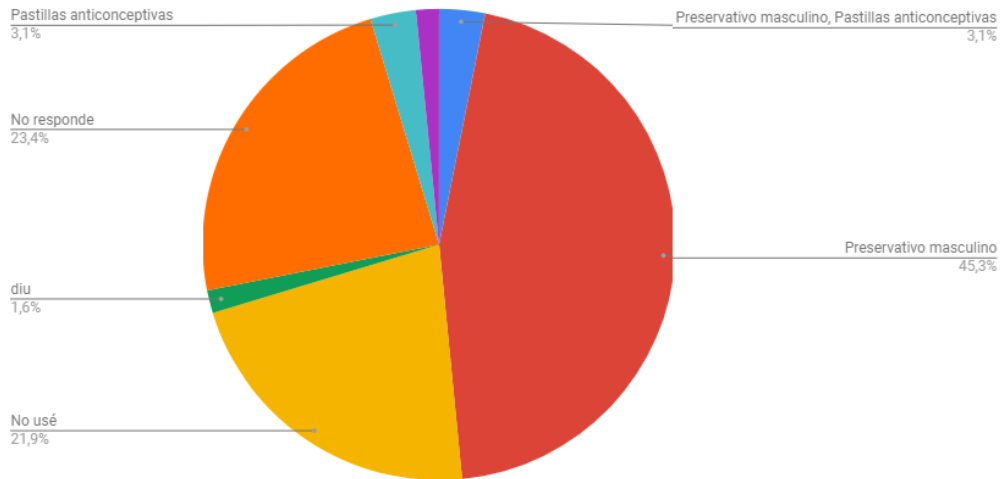
Entre quienes respondieron haber tenido relaciones, el 54,7% indicó haber utilizado algún MAC, el 21,9 % respondió que no utilizó ningún MAC y el 23,4% restante no respondió. Si analizamos la población del IPEM 12 anexo podemos decir que en

Jóvenes que han tenido relaciones sexuales



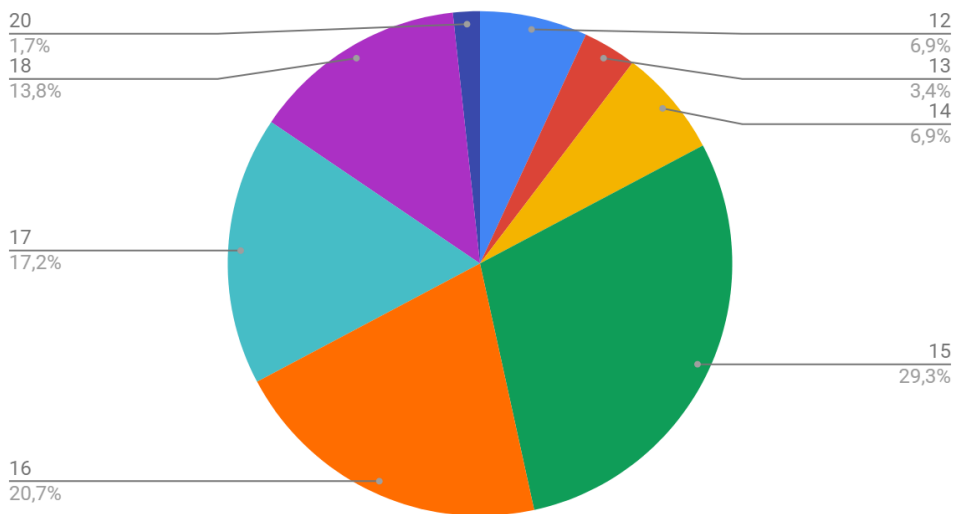
relación a la Encuesta Nacional, los valores se encuentran por debajo del promedio nacional. Recordemos que según INDEC y PNSSyPR (2014) casi el 70% de la población sexualmente activa del país utiliza métodos anticonceptivos.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



En este mismo estudio, sostienen que la edad de iniciación sexual de los jóvenes es de 15,5 años. En lo que respecta a la población estudiantil del IPEM 12 anexo, el 17,2% de la población sexualmente activa tiene entre 12 y 14 años. Si bien no podemos realizar una comparación lineal en términos de la edad de iniciación sexual, consideramos fundamental observar las características presentes en este IPEM para no invisibilizar situaciones existentes.

Edades de jóvenes sexualmente activos



2.3 La construcción de representaciones: entre el paradigma binario y el abordaje desde la diversidad

En este apartado nos proponemos analizar las representaciones que las juventudes construyen en torno a la sexualidad, recuperando los paradigmas que operan en su constitución.

Históricamente el paradigma hegemónico ha construido nociones y representaciones desde un enfoque binario que reconoce la existencia de los géneros femenino y masculino, establecidos a partir de los órganos genitales y aspectos hormonales de cada cuerpo. Es decir que los aspectos biológicos y hormonales habilitan la asignación social de ciertas identidades, roles, funciones, orientaciones del deseo y expresiones estereotipadas (PEDRIDO NANZUR, 2017).

Este paradigma es puesto en cuestión desde la perspectiva de la diversidad, entendiendo que reproduce un marco de opresión y discriminación histórico y estructural en nuestras sociedades (VILLAR, 2013, p.27). Es desde este enfoque que nos posicionamos y construimos las herramientas de intervención y de análisis del proceso. Entendemos que las sexualidades son mucho más complejas. Retomamos algunas categorías que nos permiten analizarlas y comprenderlas: sexo, identidad de género, orientación sexual y expresión de género (VILLAR, 2013, p.27).

Por orientación sexual¹ entendemos a la orientación del deseo sexual. Por sexo nos referimos al conjunto de aspectos biológicos vinculados a los órganos genitales y la genética que posee una persona. La perspectiva binaria reconoce así dos sexos posibles: hombre y mujer. Desde la perspectiva de la diversidad se complejiza la mirada reconociendo la intersexualidad (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2014), es decir, la existencia y aceptación de cuerpos que no responden a características totalmente masculinas o femeninas, cuestionando los cuerpos que lo hegemónico construye como válidos.

Al hablar de identidad de género (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2014) hacemos referencia a los modos de autopercepción en relación al género que se asume como propio y en consecuencia a ciertas normas culturales asociadas. Reconocemos su carácter dinámico ya que “se construye y modifica a través del tiempo, en la relación con el entorno personal y social”² (MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2014, p.202).

1 Algunas de las categorías con que las personas definen su atracción por otras personas son: heterosexual, homosexual, pansexual, bisexual, asexual (PEREZ, 2017)

2 Entonces, además del género femenino y masculino reconocidos por el binarismo, encontramos personas del tercer sexo, bigéneros, demigénero, agéneros y géneros fluidos, entre otros (PEREZ,

En palabras de Esteban Galarza (2008), en la sociedad patriarcal -signada por un sistema de género asimétrico y diferenciador- las características en torno al género están atravesadas por una tensión entre lo femenino y lo masculino que puede operacionalizarse de diversas maneras, pasando desde identidades fuertemente dicotomizadas hasta aquellas más complejas e híbridas. “La heterosexualidad y/o la oposición masculino/femenino pueden ser, son de hecho para muchas mujeres (y hombres) instrumento identitario y mecanismo de subordinación, pero pueden ser también herramientas al servicio del deseo y la interacción”(ESTEBAN GALARZA, 2008, P.38). Con esto hacemos referencia a la importancia de jerarquizar la condición de género, a partir de la autopercepción, para utilizarla como herramienta -individual y colectiva- de emancipación.

Finalmente, cuando hablamos de expresiones de géneros (PEDRIDO NANZUR, 2017) nos referimos a las modalidades en que las personas nos mostramos ante las demás. La forma en que vestimos, hablamos, nuestros gustos, las posiciones que ocupamos expresan características que socialmente asociamos a distintos géneros. En ese sentido la perspectiva binaria dicotomiza los procesos identitarios estableciendo que una persona puede mostrarse en forma femenina o masculina. El paradigma de la diversidad viene a cuestionar ese mandato, al reconocer las múltiples maneras de ser y habitar de las personas, entendiendo la complejidad de los procesos y su carácter dinámico y por tanto habilitando diversas y múltiples maneras de presentarse frente al mundo.

Esteban Galarza (2008), a través de su análisis reconoce un invitación teórica

No - a- prescindir de la importancia de la estructura social y el sistema de género, pero sí a dar toda la relevancia a las praxis, y ver el género no como lo que “somos” – identidades fijadas culturalmente, masculinas o femeninas–, sino fundamentalmente “como lo que hacemos” (Stolcke, 2003), prácticas sociales e individuales donde la corporalidad es una dimensión fundamental (Connell, 1995; Esteban, 2004). El género, por tanto, sería una forma de estar en el mundo y no de ser; esta visión nos ayuda a desesencializar la experiencia. (p.34)

Coincidimos con la autora en que esta forma de entender al género como un proceso dinámico con distintos grados de reflexividad, puede ser extendida a la sexualidad en sus múltiples dimensiones. En dicho proceso, “la narratividad y la corporalidad interactuarían mutuamente, a través de actos básicamente corporales (...) en interacción continua con los otros, actos que van modificándose en el tiempo y en el espacio”(ESTEBAN GALARZA, 2008, P.34).

2017)

Durante la etapa diagnóstica de la intervención indagamos sobre algunas nociones y prácticas que les jóvenes vinculan a la sexualidad. Identificamos la existencia de mitos y representaciones asociadas fuertemente al paradigma binario y hegemónico donde se acota la sexualidad a la dimensión reproductiva y se naturalizan posiciones, prácticas y discursos según la condición de género. A partir de esa lectura, desarrollamos una serie de talleres y encuentros incorporando aportes teórico-conceptuales orientados a ampliar esas representaciones posibilitando a su vez, potenciar las representaciones que cuestionan el modelo hegemónico.

Para el abordaje de algunas temáticas con un anclaje teórico, como la distinción entre el sistema binario y la perspectiva de diversidad sexo-genérica, se expresaron dificultades para la interpretación e incorporación de algunas categorías. En este sentido, consideramos necesario realizar un ejercicio de traducción a un lenguaje más accesible y cotidiano, recuperando los saberes y experiencias de los jóvenes impulsando un proceso de reflexión y construcción colectiva del conocimiento.

Una de las dinámicas que usamos para abordar la sexualidad en algunos de los talleres fue el teléfono descompuesto. Iniciamos con la frase “la sexualidad es más que sexo” que en su recorrido mutó a “la sexualidad es tener sexo” en uno de los grupos, y en el otro llegó al final sin modificaciones. En otros grupos usamos la frase “tenemos sexualidad toda la vida” que fue mutando a “sexo oral toda la vida” (jóvenes de tercer año en un taller) y terminó en “algo de vida”.

A lo largo de la dinámica pudimos observar no sólo el uso del lenguaje verbal, sino las expresiones corporales que demostraban los jóvenes. El grupo que logró transmitir la frase sin modificaciones se mostraba seguro, con un mensaje claro y repetible. En contraposición, en el grupo que sufrió modificaciones se observaron reacciones de vergüenza en gestos, expresiones verbales (‘qué?!’) y risas nerviosas. En este sentido, podemos ver cómo el sentimiento de vergüenza puede constituirse como un obstáculo para el acceso a la información o la reproducción de la misma.

Otra de las actividades realizada en un taller con jóvenes de tercer año consistió en una lluvia de ideas sobre qué es la sexualidad, donde procuramos retomar e identificar los conocimientos y mitos que los jóvenes poseen. En ese sentido, retomamos algunas expresiones:

- “es con el sexo que nace cada uno, la tenemos desde que nacemos pero siempre es distinta, por los cambios corporales” (joven de tercer año, 15 años)
- “sexualidad es los genitales” (joven de tercer año, 15 años)

- “forma de ser, la vestimenta y el género” (joven P de tercer año, 15 años)
- “masculino/femenino” (joven de tercer año, 15 años)
- “como muchos le dicen, es hacer el amor” (joven de tercer año, 15 años)
- “para mi es algo que puede ser cada uno es decir ser bisexual, trans, homosexual” (joven de tercer año, 16 años)
- “todos los días se aprende algo [sobre sexualidad] ” (joven de tercer año, 15 años)
- “dura desde nacer hasta morir, pero no es igual.. si tenés más edad tenés más experiencia” (joven de tercer año, 15 años)
- “los jóvenes tienen más energía” (joven de tercer año, 14 años)

Observamos que algunas expresiones hacen referencia a la dimensión reproductiva de la sexualidad y las relaciones sexuales que se asientan en el paradigma binario con referencias concretas a la dicotomía masculino-femenino. Por otra parte, también se incorporan otros aspectos vinculados a la identidad, la orientación sexual y las expresiones de género.

En el desarrollo de los talleres, a partir de procesos reflexivos, la idea de construcción, transformación y aprendizaje estuvo presente en todos los grupos, a diferencia de expresiones como la vestimenta, la forma de ser y la identidad de género, que solo fue nombrada en uno.

En lo que respecta a la noción de género, la mayoría de los jóvenes identificaron identidades binarias (femeninas y masculinas). Solo una persona en primera instancia nombró el travestismo.

Identificamos dos grandes grupos de representaciones. A la hora de reflexionar sobre las características de las personas y como son nombradas y construidas, el binarismo es problematizado por algunos, reconociendo la existencia de personas con características distintas. Al respecto expresan: “identidad es cómo nos sentimos cada una” (joven de segundo año) ;“su identidad es varón porque se reconoce así. es trans como el personaje de la novela” (joven de segundo año); “somos libres de qué queremos ser, de cómo nos sentimos, de quien nos puede gustar y de cómo nos identificamos” (joven de segundo año).

Por otro lado, algunos jóvenes ligan el género al sexo biológico, vinculado principalmente a los órganos genitales. En una actividad grupal para reflexionar sobre las identidades, a partir de algunas características, a un grupo le tocó una situación hipotética: una persona que al nacerle pusieron Luna, hoy elige llamarse Ezequiel. Dentro del grupo utilizaron referencias femeninas para referirse al personaje, argumentando que “si nació con vagina, entonces es mujer” (grupo de jóvenes de segundo año).

Podemos evidenciar así, que la asociación entre los aspectos biológicos y genéticos de una persona y el género está naturalizada. Los primeros operan como una suerte de

materialidad que da sustento a la identidad de una persona, relegando las dimensiones simbólicas y subjetivas que constituyen la integralidad de la identidad, de las diversas maneras de habitar el mundo. La visibilización de la identidad autopercebida es un proceso que requiere mayores esfuerzos reflexivos cuando se ha naturalizado.

La posibilidad de reconocer al género como condición diferenciada al sexo biológico, así como los procesos de construcción de identidad, resultan un ejercicio complejo de asumir. La identidad en primera instancia, aparece dada por las características biológicas y el nombre de nacimiento, colocando en segundo plano aquellos aspectos que muestran la autopercepción de los sujetos, en este caso a partir de una ruptura con las formas hegemónicas.

La dimensión subjetiva de la identidad incluso apareció invisibilizada en varias ocasiones. Para abordar la identidad autopercebida propusimos -a partir de la referencia de una persona trans de la televisión- reflexionar sobre los impactos y sentimientos que producen los juicios (expresiones burlescas, desestimación, discriminaciones) en clave de vulneración de derechos.

En relación a la orientación sexual, observamos que se mantienen dos lógicas para entenderlas. Algunas expresiones se vincularon a juicios morales basados en la vergüenza y desaprobación al hablar de relaciones no heterosexuales en los espacios públicos: “que dos mujeres se besen me da vergüenza” (joven de tercer año). Por otro lado, algunas compañeras interpellaron esos comentarios expresando “que dos mujeres se besen está bien, es su decisión”, “si una amiga me dice que es homosexual yo respeto lo que ella dice porque es su cuerpo y ella manda”, “si un amigo es homosexual lo acepto como se debe porque es un ser humano igual que yo”, “lo respeto porque sigue siendo una persona normal, merece el mismo respeto” (jóvenes de tercer año).

Entendemos que estas expresiones pueden ser leídas en la clave que Giddens (1992) propone al reconocer que

En los tiempos actuales, la vivencia de la sexualidad está siendo mediatizada por otros cánones y formas de relación entre personas; esto implica que las concepciones, los límites, las libertades, entre otros, son reinventadas, como un juego de ir y venir en una constante y continua negociación. (como se citó en SÁNCHEZ LÓPEZ, 2008, p.3)

En este sentido, consideramos que se ponen en juego diferentes marcos ideológicos y culturales en la configuración de las sexualidades contemporáneas. La particularidad de

nuestro momento socio-histórico se expresa en las representaciones que las juventudes manifiestan. En la configuración del sentido común les jóvenes reflejan

la vivencia subjetiva de las condiciones estructurales y la acción social de los sujetos, (...) ese que hace que las representaciones de la realidad se vuelvan una modalidad particular del conocimiento, cuyo fin es elaborar comportamientos y comunicación entre los individuos. (SÁNCHEZ LÓPEZ, 2008, p.3)

Ésta responde, no sólo a las construcciones hegemónicas binarias y heteronormativas que han predominado históricamente en la sociedad, sino también a la emergencia de discursos y representaciones de perspectivas no hegemónicas y disidentes que van visibilizándose y disputando crecientemente la construcción de nuevos sentidos.

A lo largo de la intervención identificamos que les jóvenes reproducen representaciones ligadas al pensamiento binario y patriarcal en donde hay una forma en que las cosas son, una especie de esencia, aún dentro de la diversidad. A la hora de pensar en la abstracción recurren a preguntas como “si habla como mujer, ¿es gay o es hetero?” o argumentos como “si alguien nace con genitales masculinos es varón” a pesar de autoperibirse mujer.

En este sentido, sostenemos que la posibilidad de pensar las identidades por fuera de estos márgenes es una posibilidad difícil de incorporar a partir de la matriz heteronormativa y binaria aprehendida por les jóvenes. A la hora de realizar actividades en donde construimos personas ficticias con algunas características de sexo, identidad de género, orientación sexual o expresión de géneros, les jóvenes esperan encontrar una respuesta correcta, como si la conjugación de dichas características determinase que todas las personas que las poseen son de una misma forma.

En casi todos los grupos observamos inseguridades y dudas a la hora de construir un personaje, en relación a cómo hacerlo correctamente. Entendemos que esto responde, por un lado, a las dinámicas propia de las instituciones educativas cuya modalidad de enseñanza y evaluación tradicional y hegemónica recae en una respuesta correcta, pero entendemos que no se reduce a ella.

Esta forma de entender a las personas responde más profundamente a la incorporación del sistema binario en el que solo hay dos formas posibles y correctas de ser, y toda aquella forma que se aleje de los estereotipos son anomalías a ser -de mínima- corregidas.

En torno a la construcción y autopercepción identitaria, identificamos que si bien les jóvenes incorporan discursivamente un paradigma de diversidad donde se reconocen múltiples construcciones identitarias posibles, reproducen una representación binaria donde

quienes no responden a los estereotipos del ser mujer o ser varón son marcadas diferencialmente.

En este ejercicio se pone en evidencia cómo “aquellos cuerpos, géneros o deseos que transgreden de alguna forma los modelos regulativos que tal matriz impone, están expuestos a las más diversas formas de sanción social” (MATTIO, 2012, p.90) es decir, cómo el ejercicio de reconocimiento y aceptación opera en un plano de apariencia pero se traduce en prácticas de discriminación y diversas maneras de sanción. En esta misma lógica observamos que en la construcción de personas ficticias reproducen un estereotipo sostenido:

Si un niño de ocho años juega con muñecas (es decir, sale del estereotipo masculino), el resto de sus características sostienen esa lógica: “es bisexual, medio afeminado. Se siente bien así. Le gusta vestirse gay, le dicen plumudo y juega con mujeres y muñecas, y al básquet” (jóvenes de tercer año).

Si un joven de 17 años es homosexual, presuponen que “se viste normal” -refiriéndose a una expresión masculina- y a su vez lo dibujan burlescamente con remera azul y pollera rosa estilo tutú. Agregan: “se junta con los que lo tratan bien y se lleva mal con los que lo critican. Le gusta jugar al fútbol y pintarse las uñas”(jóvenes de tercer año).

En este grupo, si bien toman características que no son únicamente masculinas o femeninas, se interpretan en esos términos: se es un poco varón y un poco mujer, cuasi una identidad demigénero, pero construida desde una posición burlesca, que la ridiculiza y juega entre lo anormal y lo existente.

Por otro lado, identificamos que hay grupos que construyen representaciones más ligadas a perspectivas de diversidad, generando discusiones en torno a las diversas formas de construir la propia identidad. Ante quienes sostenían que por ser machona eras lesbiana, interpelaban diciendo que no necesariamente esa era la única posibilidad, “puede ser hombre”, o “sólo una mujer con características masculinas.. yo soy mujer y soy masculina” (joven de tercer año).

Finalmente, observamos que discursivamente se expresan registros en clave del disfrute personal a partir de consignas como “somos libres de qué queremos ser, de cómo nos sentimos, de quien nos puede gustar y de cómo nos identificamos” (jóvenes de tercer año).

Aun así, no opera una problematización profunda sobre los prejuicios, prácticas de discriminación y/o coacciones presentes en la sociedad. Se expresa entonces un ideal de tipo deber ser en el que la libertad (ligada a la felicidad) se logra siendo “sólo nosotros mismos”. Este mismo es refutado a la hora de hablar, por ejemplo, de situaciones de embarazos no deseados donde identificamos juicios morales vinculados a la culpabilización y

responsabilización de la mujer que se expresan en algunos relatos de los jóvenes: “eso es porque abren las piernas” o “hay gente que no le importa cuidarse, total después aborta”.

2.4 Acerca de la dimensión reproductiva de la sexualidad

El proceso de intervención estuvo atravesado por la tensión entre trabajar sobre la dimensión reproductiva de la sexualidad y visibilizar y profundizar sobre otras dimensiones de ésta. Recuperamos un enfoque integral sobre la salud y la sexualidad habilitando en algunos casos que la primera se constituyese como puntapié para abordar otros aspectos.

En lo que respecta al abordaje de la dimensión reproductiva de la sexualidad, la estrategia estuvo orientada a promover y facilitar el acceso a información y métodos anticonceptivos (MAC) y jerarquizar el cuidado de la salud sexual mediante la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la asunción de prácticas sexuales saludables.

La perspectiva de salud sexual integral que construimos parte de pensar en el cuidado como dimensión central para su ejercicio saludable. Hacemos referencia a las prácticas sexuales que son representadas y logran ser asumidas desde el disfrute, el placer y el deseo y no sólo desde el enfoque de riesgo de embarazo o transmisión de ITS.

En torno al acceso a MAC analizamos que existen, por un lado, representaciones vinculadas a la responsabilidad individual sobre el cuidado, siendo una decisión personal la elección acerca del uso de un método. Por otro lado, encontramos representaciones en torno al rol de la pareja -generalmente masculina- como aquella responsable del uso o no de MAC. Esto se refleja en diversas entrevistas donde los jóvenes expresan que su pareja “no quiere usar preservativo porque se siente diferente” (joven de cuarto año); “no usamos, no sé.. el nunca habló de eso” (joven de cuarto año); “no quiere preservativo porque dice que no sabe cómo se usa” (joven de sexto año).

Ponemos el acento en dos ejes atravesados por la construcción una responsabilidad de cuidado a la hora de elegir usar o no un MAC: por un lado, referimos al autocuidado, a la decisión personal sobre nuestro cuerpo y nuestro proyecto de vida. Por el otro, se trabaja sobre el reconocimiento de la responsabilidad compartida en la pareja sexual frente al uso de MAC, como forma de respeto y cuidado mutuo. Observamos como la asunción de métodos anticonceptivos se asocia a una responsabilidad y un trabajo de las mujeres, evidenciando cómo opera la lógica patriarcal en torno a los cuidados sobre la salud sexual.

En el inicio del proceso, el acceso al preservativo dentro del espacio de salud sexual estaba mediado por la vergüenza y tabúes de retirarlos. Varias personas solicitaban permiso

para hacerlo y daban alguna justificación para llevarlos, otras los retiraban a escondidas. Algunos varones se referían a “caramelos” para pedirlos y otros se acercaban a retirarlos para otra persona.

El proceso de toma de confianza y desnaturalización del tabú sobre el uso del preservativo generó una ruptura de esas prácticas y hacia el final de la intervención un gran número de jóvenes se acercaban a la mesita a retirarlos sin dar explicaciones y/o pedir permiso e inclusive realizaban demostraciones entre pares de cómo colocar el preservativo y cómo realizar el campo de látex. En este sentido otras jóvenes expresaron “no entiendo porqué les da vergüenza, si es algo que todos hacen” (joven de tercer año).

Partimos de abordar los conocimientos de las juventudes sobre los diferentes MAC problematizando las representaciones vinculadas a los mitos existentes sobre su uso: “las pastillas engordan”; “no funcionan bien”; “pueden causar infertilidad” o “conozco a alguien que quedó embarazada con el DIU”. Podemos ver cómo la utilización de MAC está mediada por representaciones acerca de su efectividad que se basan en el conocimiento de experiencias de embarazo donde se utilizó alguno de éstos.

Pudimos trabajar sobre la importancia de que el inicio de los MAC sea a partir de una decisión autónoma (conforme a la comodidad de cada una) e informada y no a partir de las imposiciones médicas o de las decisiones tomadas por familiares. Esto se expresa en relatos como “uso el implante porque mi mamá dice que soy gatita y me voy a olvidar las pastillas” (joven de segundo año) o “mi mamá me quiere poner el DIU porque tuve relaciones una vez” (joven de segundo año).

En los espacios de consejerías, las consultas sobre MAC hormonales son en su mayoría realizadas por las jóvenes, sin que las parejas masculinas se acerquen. Podemos ver en este sentido, que el registro sobre las ITS y la posibilidad de contraerlas queda en un lugar relegado a la hora de pensar la salud sexual, y que las preocupaciones o intereses del acceso a recursos se vinculan a prevenir embarazos o a regular la menstruación.

Durante la intervención realizamos un testeo masivo de ITS. Esta instancia permitió recoger inquietudes y mitos acerca de qué significa contraerlas, de los modos de transmisión y tratamiento y de cómo fortalecer el trabajo de prevención. En este sentido, apuntamos a fortalecer el uso del preservativo para el disfrute de relaciones sexuales seguras donde también se prevenga la transmisión de las infecciones. Realizar un testeo en el espacio educativo posibilitó visibilizar y poner en la agenda de los jóvenes un aspecto de la salud

sexual ubicado en un lugar secundario, ya que en los relatos y prácticas de cuidado no emergió fuertemente.

Por otra parte, en el marco de los debates en el Congreso³ sobre el Proyecto de interrupción legal del embarazo realizamos debates con los jóvenes donde pudimos identificar algunas representaciones en torno a los embarazos no deseados. En primer lugar, identificamos una responsabilización a nivel individual que se divide entre quienes la entienden desde la autonomía y la garantía de acceso a servicios de salud, desde una perspectiva de derecho a decidir sobre el propio cuerpo (“yo no lo haría pero si quieren que lo hagan” expresaba una joven de cuarto año), y quienes entienden una responsabilidad exclusivamente individual sin posibilidad de acceder al sistema de salud para recibir contención y acompañamiento en la decisión.

Por otro lado, identificamos sanciones construidas desde un juicio moral. Es decir, opiniones que apuntan a decidir y direccionar por sobre las situaciones de las otras personas. Al respecto una joven de cuarto año expresaba “las que abren las piernas, las que gozan no.. Las adolescentes o a las que les falla el método sí”.

Impulsar este debate implicó tensiones con los jóvenes. Nos desafió a generar una propuesta de discusión que partiera de reconocer los derechos existentes para la interrupción legal del embarazo en nuestro país. La temática fue abordada a partir de recuperar los conocimientos e informaciones que circulan en los medios y redes que consumen los jóvenes, para realizar una tarea de problematización y reflexión sobre algunos sentidos comunes que se reprodujeron durante el debate. Entre estudiantes de quinto año surgieron expresiones como “feminazi”, “feministas: grupo de mujeres”, “genocidio de bebés”, “Aborto legal”, “mata dos vidas” y “salvar la vida de una mujer”.

Algunas de las expresiones que surgieron estuvieron ligadas a marcar la responsabilidad exclusiva de la mujer: “ella no se cuidó”, “si abre las piernas..” y “no les importa cuidarse total después abortan”. Aquí resulta interesante cómo opera nuevamente la reproducción de una lógica patriarcal donde las mujeres son responsables -y culpables- y la figura del varón se encuentra ausente, como escindida de responsabilidades frente a un embarazo no deseado.

A partir de reconocer las diferentes posiciones en torno al debate, trabajamos sobre las condiciones estructurales que impactan diferencialmente en los embarazos no deseados de jóvenes y mujeres de sectores populares y con posibilidades restringidas para el acceso real a servicios de salud. Resaltamos en este sentido la responsabilidad del Estado en (no) garantizar el cumplimiento de las legislaciones y programas vigentes que promueven el

³ Desarrollados entre julio y septiembre de 2018

acceso a información, a MAC y la posibilidad de realizar ILE en condiciones de riesgo para la salud integral de la mujer.

Apostamos a fortalecer un abordaje integral donde la educación sexual se constituye como herramienta fundamental para el acceso a la información y a MAC que posibilite prevenir embarazos no deseados.

Otro aspecto importante vinculado a la salud sexual tiene que ver con los conocimientos en torno a la menstruación. Las jóvenes de los primeros años demandaron acceso a información que permitiera entender este proceso, para lo cual propusimos un abordaje basado en el conocimiento del cuerpo como dimensión importante del ejercicio de la salud sexual.

Trabajamos con folletos y con la confección de calendarios sobre el ciclo menstrual que proponían registrar sensaciones y sentimientos vinculados a lo corporal. Existió una fuerte demanda de profundizar para entender cómo funciona el cuerpo, sobretudo en los primeros años. A partir de este interés identificamos que existe una representación no hegemónica que coloca a la menstruación como tema de interés para las jóvenes y que se presenta como demanda para ser abordada colectivamente. La exploración y el (auto)conocimiento del cuerpo se construyen como una tarea importante que se plantea colectivamente en la escena pública y emerge como demanda frente a espacios que habilitan trabajarla.

Analizamos las representaciones en torno a la dimensión reproductiva de la sexualidad a partir de su carácter situado, es decir, de las singularidades, historias de vida, trayectorias y experiencias de las juventudes del IPEM 12 anexo. Identificamos una tensión entre representaciones sobre lo reproductivo que responden a un enfoque de riesgo y el desarrollo de prácticas y discursos sustentados en la utilización de MAC para habilitar el disfrute y el placer de las relaciones sexuales. Incorporamos herramientas teóricas para problematizar la salud sexual desde el sistema binario y patriarcal que establece posiciones, estereotipos y responsabilidades diferenciales según el género.

Basándonos en el enfoque de derechos y retomando la Ley de derechos de los pacientes, recuperamos una perspectiva que piense a las juventudes desde la ciudadanía, como sujetos de derecho y que recupere la autonomía para la toma de decisiones vinculadas a la salud sexual. En ese sentido propusimos un abordaje de la noción en torno a las prácticas de cuidado y el consentimiento como dimensiones fundamentales para el ejercicio de una vida sexual saludable.

2.5 El cuerpo como territorio: consentimiento, cuidados y placer

Este apartado está dedicado a profundizar algunas de las dimensiones que recuperamos como centrales para abordar la sexualidad: consentimiento, cuidados y placer. Estas categorías no son azarosas: se constituyen como parte de una apuesta por poner de relieve prácticas que cuestionan y desnaturalizan los roles, mandatos y estereotipos de género hegemónicos y patriarcales que operan en la construcción de las sexualidades.

Retomarlas nos permitió problematizar algunas representaciones sobre la sexualidad restringidas a su dimensión reproductiva presente en algunos discursos cuando les jóvenes expresaban “yo ya sé todo” [sobre sexualidad] y “ya me lo explicaron”.

Entendiendo a las juventudes en el marco de un sistema patriarcal, es necesario realizar una lectura crítica a los procesos de socialización apprehendidos y que se expresan en normas, roles y espacios que naturalizan la desigualdad entre lo masculino y femenino, reforzando los privilegios atribuidos a las identidades masculinas. Como consecuencia a esta socialización diferencial a los varones se les otorgan libertades, estímulos y poca protección, y se les orienta hacia la acción y la independencia. A las mujeres, en cambio, se les fomenta el desarrollo de la esfera afectiva, se les reprimen libertades y talentos. Ellas reciben poco estímulo y bastante protección; se las orienta hacia una idea de intimidad ligada al ocultamiento y la dependencia (JONES, 2010). Estos procesos de socialización se construyen en clave binaria, donde las disidencias son pensadas a partir de la idea de normalización, siendo forzadas a responder a dichos estereotipos según su sexo biológico.

Ante eso, desde la perspectiva que asumimos se propone un abordaje desde la toma de conciencia, refiriendo a la adopción de procesos reflexivos para identificar miedos y sumisiones que se han instaurado a lo largo de la vida de las mujeres y disidencias. Esta problematización apunta a fortalecer procesos de empoderamiento, confianza y autoestima que habiliten el ejercicio de la sexualidad libre.

En este marco, reconocemos la potencialidad de un espacio para abordar la sexualidad con jóvenes. Entendemos la necesidad de implementar una estrategia que apunte a fortalecer el proceso de desnaturalización por parte de las mujeres y disidencias, así como la necesidad de generar procesos de problematización y reflexión con las masculinidades.

A la hora de pensar las relaciones sexoafectivas, “el deseo y la sexualidad son terrenos oscuros en que el consentimiento puede no quedar bien delimitado” (AMIGO, 2018, S/D). Partimos de la idea de que el consentimiento es otorgado bajo condiciones de libertad y reversibilidad. Es decir, una persona debe poder estar en condiciones de decidir dar, negar o

retirar su consentimiento sin recibir reacciones violentas como respuesta. Desde esta perspectiva, se entiende que ese fino límite que muchas veces pareciera no estar claro requiere un esfuerzo para ser descifrado.

El consentimiento entusiasta simplemente no se presupone, y se busca como un elemento fundamental de la relación sexual. Es eliminar la noción de conquista, con una parte invasora activa y otra receptora pasiva, y sustituirlo por una cooperación en la que todas las partes han podido decidir qué desean, y qué no desean; lo han podido comunicar; han sido escuchadas y aceptadas; y cada una de las fases de este proceso ha sido erótica. (ANDINO, 2013, S/D)

Al recuperar relatos de las jóvenes donde hacen referencia al no uso de preservativo en sus relaciones sexuales a partir de la decisión de sus parejas, o refiriendo a no sentir comodidad de tener relaciones en determinados contextos (en la casa de su pareja cuando está la familia por ejemplo), propusimos incorporar la noción de consentimiento como puntapié para habilitar las preguntas y visibilizar la posibilidad de elegir en qué condiciones sostener relaciones.

En este sentido, Ramón (2019) analiza:

La idea fue no pensar en el consentimiento como algo que está dado por sentado ante la ausencia de un no. Que no haya un no, que es lo que implica el consentimiento desde una idea legalista, no implica que las mujeres estemos del todo cómodas en una situación. Hay una cantidad de factores que intervienen que a veces no dan el espacio de decir que no(...)

Uno de los grandes problemas es que los varones dan por sentado el consentimiento y las mujeres dan por sentado que van a tener que acceder a tener una relación sexual. No están representadas ni erotizadas en las representaciones de situaciones sexuales las preguntas, como algo fundamental. Nuestra idea era romper la concepción heteronormada de que el silencio es hot y que las personas cuando se acaban de encontrar saben inmediatamente lo que al otro le gusta. (S/D)

Si retomamos los relatos de las jóvenes que participaron en las consejerías podemos ver claramente la tensión entre la ausencia de la búsqueda de consentimiento y la ruptura con la idea de “tener que acceder”.

“Yo le decía que yo iba a estar cuando esté lista, él me quería hacer ver como que era una necesidad, pero para mí no era una necesidad. Yo estaba bien así, no me iba a morir si no estábamos. (...) él me presionaba, me apuraba, me decía: me dejaste la pija

dura, hace tres meses que no la pongo, ¿para ésto me hiciste esperar?”. (joven, tercer año)

Recuperando este relato podemos ver cómo la noción de consentimiento se tornó central a la hora de decidir si sostener relaciones sexuales con su pareja. Frente a la ausencia de la pregunta por los deseos e intereses, se establecieron límites a partir de la toma de decisiones de la joven.

Durante el proceso de intervención trabajamos con diversas demandas: de acceso a información previa al inicio de relaciones sexuales, de acceso a MAC, de espacios de escucha y acceso a información vinculada a ITS, diversidad sexual e identidades de género. En todos los casos el abordaje en torno al cuidado es desde una perspectiva integral: cuidado es respeto, consentimiento, información, conocimiento de nuestros cuerpos, acceso efectivo a servicios de salud y a métodos anticonceptivos. Es en este sentido que buscamos problematizar las representaciones sobre las relaciones sexuales que se vinculan al riesgo, para habilitar esa dimensión de la sexualidad desde el disfrute y el placer⁴.

Trabajar con estas nociones ha posibilitado identificar situaciones de abuso sexual intrafamiliar⁵ así como la problematización de relaciones sexoafectivas donde no se utilizan MAC porque la pareja no habla del tema. También hemos acompañado situaciones de jóvenes que encuentran dificultades para hablar con sus parejas acerca del deseo sexual, esclareciendo los límites y las necesidades de cada una. Respecto a estas situaciones apostamos principalmente a realizar un acompañamiento vinculado a habilitar un espacio de escucha y realizar un ejercicio reflexivo para identificar en primera instancia el propio cuerpo de las mujeres; cuáles son los deseos, qué es lo que se quiere o no hacer, en qué momento, cómo podemos comunicar eso y que tipo de respuestas esperamos y recibimos.

Si bien la mayoría de las consultas en el espacio de consejería las realizaron las jóvenes, nuestra estrategia estuvo dirigida también a trabajar con varones. Entendemos fundamental un proceso de deconstrucción y reflexividad sobre las masculinidades hegemónicas de hoy en día. En nuestra sociedad

los hombres creen que la insistencia da buenos resultados, creen que lo más importante es el sexo penetrativo y que solo se vulnera el consentimiento si se dice explícitamente que no, eso se presta para todas estas situaciones borrosas que no

4 “Referimos al placer como aquellas sensaciones de disfrute, gusto, satisfacción que podemos experimentar en una relación afectivo-sexual: el placer de tener relaciones sexuales con la persona que nos gusta, de imaginar, fantasear, de sentirnos queridos y queridas, deseados y deseadas (...) Aquello que nos resulta placentero, que despierta nuestro deseo, nos llega a través de los sentidos” (MYSU, S/D, p 2)

5 Frente a las cuales realizamos interconsulta con la colega referente de terreno y notificamos a las autoridades del IPEM

entran en lo delictivo pero que tenemos que revisar como sociedad para tener relaciones sexuales placenteras. (RAMÓN, 2019, S/D)

Por eso mismo es clave asumir la construcción de nuevas masculinidades, aportando interrogantes que posibiliten la problematización de las formas hegemónicas ya aprehendidas.

El conocimiento del cuerpo es otro punto clave para la construcción de una sexualidad libre. “Nuestro cuerpo es sexuado, las personas estamos preparadas para el contacto corporal cuerpo a cuerpo”(MYSU, S/D, p.3). Es un ejercicio interesante aprender a identificar qué cosas nos gustan y cuáles no, con qué acciones, lugares y tiempos nos sentimos dispuestas o dejamos de estarlo. Existe un vínculo entre la valoración del propio cuerpo y el goce de la sexualidad integral. Por ello, parte de esta perspectiva de fortalecimiento y potenciación de una sexualidad integral para les jóvenes comprende algunos puntos claves para trabajar con ellos.

El primero es el fortalecimiento de la autoestima. Es decir, valorarse a sí misma y al propio cuerpo. Aquí se propone “No basarnos en los modelos de belleza impuestos, entender que nuestro cuerpo es bello, todos los cuerpos lo son porque nos permiten transmitir, compartir y disfrutar de muchas sensaciones placenteras. (...) Lo que hace un cuerpo hermoso es su capacidad para transmitir y sentir” (MYSU, S/D, p.4) destacando a su vez la fundamental importancia del cuidado hacia el propio cuerpo.

En ese sentido, durante el proceso de intervención trabajamos a partir de cuestionar las representaciones hegemónicas sobre los cuerpos. Abordamos el ejercicio de la sexualidad a partir de la autovaloración y no discriminación de otros cuerpos recuperando las singularidades.

En segundo lugar, se habla de una ética relacional (MYSU, S/D). Por ésta se entiende el establecimiento de relaciones basados en la sinceridad, el respeto, la comunicación y la confianza. Así, la seguridad y la comunicación posibilitan acceder a una “vivencia sexual y afectiva y dar rienda suelta a nuestra imaginación” (MYSU, S/D, p.4). Además, el lugar de la comunicación es fundamental para conocer y respetar los deseos y preferencias de cada persona, abandonando la idea de que se sabe de antemano los deseos de alguien. Estos aprendizajes se logran conociendo a las personas y reconociendo su carácter dinámico.

La comunicación puede realizar grandes aportes al placer. Acceder a información y recursos necesarios puede posibilitar y favorecer el ejercicio de una sexualidad sin riesgos donde se asuman conductas sexuales saludables que habiliten el disfrute.

Antes tenía un novio que me trataba de nenita porque yo no quería tener relaciones con él (...) con él no quería porque no me hacía calentar, a veces pensaba

que estaba bien perder la virginidad con él, pero cuando estaba con él no me daban ganas. No estaba cómoda, no hacía cosas que me calentaran, era muy egoísta. (...) A veces te trataba mal, no tenía problema en hacerte sentir menos. No le gustaba que yo sea amiga de sus amigos, y yo era amiga nomas. (joven de tercer año)

En este relato podemos ver cómo juegan los factores de consentimiento, cuidado y placer. La falta de consentimiento y contemplación de los deseos e intereses de la otra persona inciden también en la aparición o no del deseo y el erotismo. A su vez, podemos ver cómo la capacidad de poder identificar el propio deseo y la posibilidad de decidir son herramientas claves para identificar y evitar situaciones de violencias y abusos.

El énfasis se pone en que la responsabilidad es compartida por la pareja: las identidades masculinizadas deben asumir la responsabilidad de preguntar y generar comodidades, y las identidades feminizadas deben asumir la posibilidad elegir y transmitir las decisiones. Es decir, fortalecer la comunicación como un eje central en la construcción de las relaciones.

Capítulo 3. Consejerías en salud sexual integral

3.1 La apuesta por la politización de las sexualidades

El ejercicio de politizar las sexualidades se constituyó en un desafío durante todo el proceso de intervención ya que apostamos a visibilizar que, cotidianamente y en todos los territorios que transitan las juventudes, se construyen y ponen en juego aspectos de la sexualidad en tanto dimensión fundamental de la identidad.

Coincidiendo con Argüello (2012) entendemos que

La politización de las identidades sexuales encuentra momentos de concreción no sólo en el paso de lo privado a lo público en términos personales, vitales, cotidianos (momento de transgresión), sino también en las disputas en torno a los valores y las normas que rigen el orden social y la convivencia (momento de ciudadanía). (p.11)

Durante la intervención construimos una estrategia vinculada al diseño e implementación de consejerías en salud sexual integral, entendiéndolas como

espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más conciente e informada posible. (MINISTERIO DE SALUD, 2015, p.11).

Concebir las desde su complejidad implica mirar sujetos particulares en territorios con condiciones ambientales, sociales y culturales específicas. Incorporar el abordaje de la salud sexual dentro de un espacio educativo implicó recuperar a las juventudes desde una doble condición: como jóvenes usuarias del sistema de salud y jóvenes transitando procesos de enseñanza-aprendizaje dentro del sistema educativo formal.

El espacio de salud sexual integral fue nombrado durante la intervención como “la mesita” recuperando la referencia de las intervenciones pre-profesionales precedentes. En términos operativos, se colocaba una mesa en el patio de la escuela durante dos días en la semana. Contábamos con un muestrario de MAC, folletería vinculada a información sobre MAC, consentimiento, ITS, diversidades y violencias, entre otras. Accedimos a estos materiales a partir de la articulación y el trabajo en red con el espacio de consejerías en salud sexual y reproductiva de la FCS, UNC. Principalmente utilizamos materiales del Ministerio

de Salud y de la fundación ESAR⁶. A su vez, elaboramos algunos materiales específicos para abordar temáticas como consentimiento, diversidades, ciclo menstrual e información sobre los centros de salud.

Resignificamos la propuesta de consejerías para pensarla como un espacio de apropiación de las juventudes en el ámbito de la educación formal. Uno de los ejes fundamentales se centró en recuperar sus saberes e identificar las construcciones desde el sentido común, proponiendo procesos de reflexión y problematización para construir colectivamente nuevos conocimientos. Allí se pusieron en juego las representaciones, los discursos y las prácticas, generando nuevos sentidos y disputando órdenes no hegemónicos para transitar las juventudes desde la vivencia de sexualidades libres.

Pusimos la mirada sobre la necesidad de garantizar el acceso a información adecuada, oportuna y con lenguaje accesible; ejercitar una escucha atenta para habilitar la expresión de subjetividades en pos de problematizar o fortalecer prácticas de cuidado, facilitar el acceso al sistema de salud y acompañar en “la construcción de autonomía y en la concientización sobre el ejercicio de los propios derechos sexuales y reproductivos” (MINISTERIO DE SALUD, 2015, p.11).

Las consejerías integrales funcionaron a partir de instancias colectivas e individuales. Principalmente abordamos demandas vinculadas a los aspectos de la sexualidad desarrollados en el capítulo anterior⁷, centrándonos en la salud sexual y profundizando en el acceso a recursos (materiales y simbólicos) vinculados al ejercicio efectivo de los derechos. En este sentido, el trabajo dentro del espacio para la salud sexual integral se orientó a fortalecer el acceso a la información, brindar orientación y acompañamiento, potenciar procesos de reflexión, gestionar recursos, realizar derivaciones y fortalecer la construcción colectiva de saberes con los jóvenes.

Instalar “la mesita” en el patio de la escuela implicó una irrupción de las sexualidades en el ámbito de lo público en búsqueda de su politización. Lejos de ser un espacio escondido o disimulado pretendía aparecer en medio del espacio común, en las áreas más transitadas por los jóvenes, para visibilizar y poner en evidencia que la sexualidad no sólo es algo que debemos, sino que queremos y podemos hablar. En ese sentido, abordamos la sexualidad como derecho y demanda de las juventudes.

⁶ Red latinoamericana que trabaja sobre la temática de salud sexual promoviendo un “modelo de servicios integral en salud sexual reproductiva”.

⁷ Identidad de género, dimensión reproductiva de la sexualidad, consentimiento, cuidados y placer, binarismo y perspectiva de la diversidad.

Esta estrategia habilitó la posibilidad de realizar consejerías individuales y colectivas con los jóvenes, garantizando espacios de confidencialidad, confianza y comodidad. Ya sea en horario de clases como en los recreos, los jóvenes se acercaban a conversar en torno a distintas temáticas, trasladando al espacio público las inquietudes, experiencias y representaciones vinculadas a las sexualidades. Si bien contábamos con espacios privados para consejerías que requirieron mayor confidencialidad, gran parte de las consultas se daban en el espacio público, en donde incluso se llegaron a dar conversaciones en torno a la vergüenza. “A algunos les da vergüenza cuando vienen, a mí no, si todos lo hacen”, reflexionaban algunas jóvenes.

Hacemos referencia al desarrollo de una estrategia integral recuperando no sólo la diversidad de aspectos y temáticas que abordamos, sino también los distintos dispositivos desarrollados. Trabajamos en talleres sobre sexualidades facilitando y construyendo herramientas para repensarlas en clave de derechos.

Retomando a Argüello (2012) coincidimos en que “las sexualidades, de esta manera, constituyen un campo de disputa, un ámbito de politicidad” (p.184). Sostenemos que lo hacen, porque es allí donde se ponen en juego, se imprimen sentidos y donde se habilitan o restringen maneras de transitar los espacios y construir la propia identidad. La escuela como espacio de encuentro, intercambio y construcción de subjetividades y formas de pertenencia, ocupa un lugar privilegiado en la disputa por esos sentidos acerca de qué sexualidades pueden existir en lo público.

Si la sexualidad es política es porque el deseo lo es. Es decir, porque el deseo (en sus alcances y sus límites) da forma a tipos de relacionamiento con el otro, y a sentidos y reificaciones sobre el tipo de relaciones (sociales, sexuales) permitidas, estimuladas o prohibidas. (ARGÜELLO, 2012, p. 184)

Instalar en las aulas y en los espacios comunes de la escuela temáticas vinculadas a derechos sexuales y derechos reproductivos implica poner en tensión los sentidos desde los cuales se piensa la sexualidad de los jóvenes. Politizar la sexualidad es asumir el desafío de disputar las maneras de relacionamiento hegemónicas, los roles y estereotipos. Es decir, la disputa por los ordenamientos sociales.

3.2 Desafíos posibles para la construcción de la salud sexual integral

Retomamos los aportes de Rabotnikof (2008) para pensar la apuesta por la politización de la sexualidad en clave de lo público. Desarrollamos estrategias que partieron de entender a

la sexualidad desde su dimensión pública, desde el desafío por recuperar “el lugar en el que lo común y lo general se articulen con lo visible y con niveles de accesibilidad ampliados” (p.39).

Entender a las sexualidades desde esta perspectiva, y a partir del enfoque de derechos, implica analizar los modos en que el Estado construye políticas sociales orientadas a la garantía de derechos de la ciudadanía en general y de las juventudes en particular. Consideramos imprescindible la construcción de políticas que contemplen las particularidades de los sujetos hacia los que se dirigen.

En ese sentido, realizamos un diagnóstico inicial para caracterizar a los jóvenes del IPEM 12 anexo y pensar la implementación de las consejerías centradas en el sujeto de la intervención. Generamos una política orientada a jóvenes entre 11 y 20 años de zonas periféricas y semi-rurales y mayoritariamente con acceso restringido a los servicios de salud.

En el capítulo precedente abordamos cómo las representaciones sociales de los jóvenes en torno a la sexualidad están atravesadas por el reconocimiento del acceso a la información y a la educación sexual integral como herramientas fundamentales para la toma de decisiones.

En las encuestas realizadas al cierre del proceso⁸, los jóvenes expresaron algunos aportes que reconocen en torno a los talleres de educación sexual implementados: “Te enseñan a prevenir, a cuidar tu salud y a sacarte las dudas que tenés”; “como cuidarse del embarazo, enfermedades”; “Cómo protegernos al tener relaciones”; “Cuando te enseñan, te explican, te aconsejan”; “Es lindo porque nos enseña mucho”; “Nos enseña cómo cuidar nuestro cuerpo, nuestra sexualidad y cómo tener sexo”.

Evidenciamos que la reconocen como posibilidad de conocer y ampliar los saberes vinculados a las sexualidades, con atención en las ITS y a la dimensión reproductiva.

En este sentido, y como complemento que posibilita potenciar el acceso a la educación sexual, sostenemos que la consejería en salud sexual integral es una estrategia de intervención fundamental para abordar esta temática en el momento socio-histórico actual.

Retomando la noción de políticas sociales (DANANI; et al, 2009) abordada anteriormente (capítulo 1.2), destacamos la necesidad de visibilizar a las consejerías en salud sexual integral en las escuelas como una política que se inserta en la vida cotidiana de los jóvenes. Reconocer el actual proceso de visibilización de la problemática -en torno al acceso y ejercicio de la salud sexual- y la irrefutable necesidad de educación sexual, nos obliga a pensar las respuestas más efectivas y posibles plasmadas en políticas sociales.

⁸ Encuestas realizadas a jóvenes de segundo y tercer año

En ese sentido, como equipo apostamos a realizar la intervención desde un abordaje intersectorial, poniendo en diálogo y en tensión los campos de la salud y la educación. Por ello realizamos la intervención en el IPEM 12 anexo insertándonos desde un anclaje institucional en el CS 47. Asumir esta estrategia se vincula a la apuesta por el fortalecimiento y la consolidación de redes que habiliten diseñar estrategias de abordaje integrales vinculadas al ejercicio de los derechos sexuales de las juventudes.

Partimos de la idea de que la intersectorialidad abona a generar espacios de encuentro entre actores institucionales que procuran dar respuestas integrales a estas problemáticas complejas. Nos referimos con ello a la posibilidad de trabajar sobre los emergentes que originaron el encargo (embarazos no planificados en jóvenes, violencia en el noviazgo) potenciando los recursos simbólicos y materiales con que cuentan las instituciones y los profesionales.

Entendemos que la articulación intersectorial y el trabajo en redes aporta a fortalecer el acceso de las comunidades en general y de los jóvenes en particular a los servicios de salud. Esta apuesta nos permitió en primera instancia, recuperar el enfoque de derechos, indagando en las representaciones sobre la sexualidad y los servicios de salud. En segunda instancia, permitió develar algunos obstáculos para el acceso efectivo y avanzar en un trabajo de apropiación sobre las instituciones para el ejercicio de los derechos sexuales de manera integral.

El proceso de intervención se enmarcó en un contexto social y político de creciente visibilización de los derechos sexuales y derechos reproductivos y de contundentes demandas sociales por la aplicación efectiva de políticas sociales orientadas a garantizarlos.

Como contrapartida, se promueven prácticas y discursos de sectores antiderechos que procuran desconocer el ejercicio de la sexualidad de las juventudes en clave de derechos. Se instalan a nivel social operaciones y discursos que buscan clausurar y retornar al ámbito de lo doméstico y familiar -postulándolos como ámbitos privados- la cuestión vinculada a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes.

En ese marco las instituciones públicas (servicios de salud y escuelas) ocupan un lugar privilegiado en la tarea de formar ciudadanías libres y autónomas con base en el ejercicio pleno de derechos. Consideramos que en un contexto de auge de las discusiones en torno a la educación sexual -y de las arremetidas de sectores contra el reconocimiento de estos derechos- el Estado debe generar procesos de revisión y readecuación de las políticas ya establecidas.

En 2010 se introdujeron modificaciones en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La elaboración de una propuesta de diseño, organización e implementación de Consejerías en salud sexual y salud reproductiva implicó un avance concreto en clave de derechos. En algunas instituciones de salud públicas (hospitales y centros de salud) se están creando e implementando incipientemente estos dispositivos.

La implementación sistemática y sostenida de las consejerías dentro del espacio educativo es fuertemente valorada por los jóvenes, al convertirse en uno de los principales dispositivos de acceso a recursos simbólicos y materiales vinculados a la salud sexual y la sexualidad integral.

A partir de la propuesta de identificar los aportes de la existencia de consejerías en salud sexual integral dentro del IPEM 12 anexo, los jóvenes de cuarto año expresaron: “me parece genial que podamos saber cosas nuevas que no son tan usuales en el cole”; “me parece una idea genial, me gusta mucho porque puedes sacarte dudas sobre todo aprendes muchas cosas”; “por ahí pueden [podemos] sacar cosas para leer y prevenir enfermedades, para que nos expliquen”; “está buenísima porque quizás [tengamos] unos padres que no nos ayudan ni explican cosas así y tener una ayuda en el cole y nos dan métodos”.

Anteriormente hemos hecho referencia a la potencia que tiene su inserción dentro de las escuelas. Si bien se están creando consejerías en instituciones de la salud, analizamos que existen dificultades para su acceso. Existen representaciones, mitos y prejuicios (como la ‘inexistencia de confidencialidad’) y el temor o vergüenza a someterse a un control ginecológico, entre otros que obstaculizan el acceso a recursos materiales y simbólicos.

En clave de leer las particularidades de ser una zona semi-rural, encontramos obstáculos vinculados a la distancia geográfica, la inexistencia de servicios de salud cerca de las viviendas, el costo del transporte, las dificultades en torno al horario de atención y las limitaciones para moverse autónomamente en relación a sus familiares.

La mayoría de los jóvenes no reconocen las instituciones vinculadas a la salud como espacios para transitar, las representaciones que sostienen están mayormente ligadas a un modelo de asistencia disociando la promoción y prevención como dimensiones del PSE.

Trabajamos sobre los mitos existentes y abordamos los derechos en torno a la salud sexual recuperando los derechos de los pacientes⁹ buscando fortalecer el acceso a los servicios de salud. En este sentido propusimos un acercamiento del CS al territorio donde los jóvenes transitan cotidianamente apuntando al desarrollo de estrategias vinculadas a APS.

⁹ Con base a la Ley 26742 de Derechos de los pacientes en su relación con profesionales e instituciones de salud, que establece el derecho a la confidencialidad, el consentimiento informado y la autonomía de usuaries.

Durante la jornada de testeo de ITS realizada en la escuela, el equipo del CS realizó trabajo de prevención y promoción facilitando información y realizando el testeo voluntario y confidencial a los jóvenes.

Esto implicó tensionar la representación de las instituciones como espacios fijos a donde el acceso a la salud es pensado sólo si los jóvenes se acercan porque éstas permanecen lejos de los territorios. Generar un acercamiento del equipo de salud al espacio educativo implicó repensar el acceso a derechos en clave territorial, disminuyendo la distancia y habilitando un acercamiento entre efectores de la salud y los jóvenes, como propone el enfoque de APS.

A su vez, generar un testeo en la escuela implicó el abordaje de los derechos sexuales de manera conjunta por parte de ambas instituciones. Si bien esto configura un avance en clave intersectorial, la articulación se dio a partir de la mediación que realizamos como equipo.

Reconociendo los aportes que las juventudes identifican respecto al espacio de consejerías, y los obstáculos mencionados en torno al acceso a los centros de salud, consideramos que no es suficiente su instalación únicamente en dichas instituciones, como tampoco lo es hoy en día el abordaje de la ESI que hacen las escuelas (lo cual no desarrollamos en profundidad ya que no se constituye en objeto de análisis de esta producción).

Sostenemos que las consejerías dentro de las escuelas son una estrategia que puede complementar el abordaje de instituciones de la salud y las intervenciones vinculadas a la ESI como políticas que apuntan a garantizar derechos de las juventudes escolarizadas. Por eso mismo, entendemos fundamental una política social que apunte a la incorporación de profesionales de distintas áreas de la salud que tengan formación específica en salud sexual integral para la institucionalización de las consejerías dentro de los espacios educativos.

La apuesta por generar políticas sociales que promuevan el trabajo articulado y de redes entre instituciones en un territorio, habilita a fortalecer la participación de las comunidades y a promover así el ejercicio de ciudadanía. Implica recuperar trayectorias de vida y experiencias de las juventudes para generar abordajes situados y facilitar el seguimiento y acompañamiento de diversas situaciones, poniendo de relieve cómo las dimensiones constitutivas de las representaciones sociales operan como obstaculizadores o facilitadores en la vida cotidiana para el ejercicio de la salud sexual integral.

En el marco de los servicios de salud y dentro de los espacios educativos, nuestra apuesta fue recuperar aquellas vetas que se configuran como potencias para el ejercicio efectivo de los derechos vinculados a la salud sexual. Desafiarnos a intervenir desde el entrecruzamiento

de los campos de la salud y la educación nos permitió potenciar las experiencias del territorio para fortalecer el ejercicio de derechos de las juventudes.

Para pensar en la politización de las sexualidades y los discursos que emergen a nivel social podemos retomar la noción de desfamiliarización de Esping Andersen (2000) para mirar las políticas a las que apostamos. En ellas, la responsabilidad de garantizar el acceso y ejercicio de la salud sexual no está signada a lo privado (en su asociación a lo doméstico) sino que refiere al Estado como garante de derechos. En este sentido, entendemos que si bien se ha dado un paso fundamental en el avance de la desfamiliarización de la educación sexual a partir de la creación del PNSSyPR y la Ley 26.150, hay un largo camino por recorrer para su efectivización, en la que las consejerías dentro de las instituciones educativas se constituyen como una potencia.

3.3 Aportes desde el trabajo social al campo de la salud sexual

En este apartado recuperamos categorías analíticas específicas de la profesión, con el objetivo de esbozar algunos aportes que desde el trabajo social se pueden realizar para pensar intervenciones en el campo de la salud sexual, con atenciones particulares en la implementación de consejerías.

Retomando la caracterización situada de los jóvenes que se constituyeron como sujeto de la intervención, definimos el objeto de intervención a partir de los obstáculos que se presentan para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y que operan en la dimensión simbólica de la reproducción cotidiana de las juventudes del IPPEM 12 anexo.

Construimos el objeto de intervención a partir de los aportes de Parra (2015) delimitando el conjunto de dimensiones sobre las que se intervendrá profesionalmente. A su vez retomamos a Travi (2006), quien procura resaltar el proceso de construcción de dichos obstáculos, entendiendo al objeto como “una relación problemática no evidente, hipotetizada por el investigador” (p.235).

Para construir el objeto se hace necesario recuperar el carácter situado y dinámico de los procesos y realidades sobre las que intervenimos, estableciendo un recorte vinculado a profundizar en algunos aspectos dentro del campo problemático. Para ello, reconstruimos en primera instancia el estado de la cuestión, recuperando el marco histórico y normativo del campo de la salud sexual, así como las particularidades de los sujetos de la intervención, situándonos en los territorios e instituciones específicas en donde intervenimos.

Rozas Pagaza (2001) sostiene que para construir el objeto de intervención es necesario centrarse en la reproducción cotidiana identificando la diversidad de demandas y necesidades que allí se expresan. En ese sentido el proceso de intervención se situó en el espacio escolar reconociendo que en este territorio les jóvenes transcurren y habitan cotidianamente.

Con este marco, avanzamos en identificar los aspectos de la sexualidad sobre los que era deseable y posible intervenir. Nos centramos en lo simbólico como dimensión prioritaria, reconociendo que a partir del entramado de representaciones sociales que se (re)producen sentidos hegemónicos que conviven en tensión con experiencias que disputan y construyen otros sentidos.

En esa línea, partimos de concebir al sujeto de intervención desde su potencialidad, recuperando sus intereses y trayectorias de vida, para co-construir en ese marco estrategias situadas. Nos basamos en el paradigma¹⁰ que entiende a las infancias y las juventudes desde su condición de sujetos de derecho partiendo de reconocer la autonomía progresiva, la participación directa y la primacía del interés superior de los niños y jóvenes para la toma de decisiones.

La particularidad de las juventudes como sujeto se caracteriza por transitar una etapa de redescubrimiento del mundo y de exploración de éste, consolidando algunos aspectos de la subjetividad. En ese sentido consideramos que este momento tiene gran potencialidad para pensar la problematización de representaciones y la construcción de nuevos sentidos. A su vez, habilita generar rupturas con lógicas adultocéntricas, recuperando los intereses y las experiencias propias de las juventudes.

El campo de intervención profesional está orientado a la atención de necesidades sociales, materiales y no materiales, que se constituyen en obstáculos para la resolución de la vida cotidiana de los sujetos y para el real ejercicio de sus derechos. En ese sentido, durante el proceso de intervención pre-profesional construimos estrategias de intervención entendiéndolas como el “conjunto de prácticas profesionales, conscientemente dirigidas a resolver situaciones problemáticas de los agentes sociales en la reproducción de su existencia” (GONZÁLEZ, 2001, p.8). Éstas apuntaron a alcanzar los objetivos propuestos, orientando la intervención.

Los objetivos se centraron principalmente en la búsqueda de potenciar el capital cultural y capital social en el sentido planteado por Bourdieu (2011), recuperándolos como categorías

¹⁰ Materializado en la el nuevo Código Civil y Comercial y plasmado en la Ley de Protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes (26.061) donde son percibidos como sujetos de derecho, cuestionando el paradigma de entender a los niños y adolescentes como objetos de protección o tutela

analíticas que en la realidad se expresan de manera interrelacionada y con un carácter dinámico, como recursos de poder.

Cuando nos referimos al capital cultural (BOURDIEU, 2011) hablamos de la apropiación de contenidos y aprendizajes vinculados a la salud sexual y que contribuyan al ejercicio de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos. La mediación para llegar a esto fue a través de la educación social (AQUIN, 2009), involucrando en el proceso de aprendizaje a las juventudes a través de la participación interactiva, donde los conocimientos fueron contruidos a partir de procesos de reflexión y problematización en base a las trayectorias y saberes previos. Construimos diagnósticos para pensar las temáticas con que trabajaríamos a partir de la demanda de les jóvenes en torno a las sexualidades, recuperando sus inquietudes, deseos y saberes.

Recuperando a Bourdieu (2011), concebimos al capital social como un recurso ligado a “una red durable de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de interreconocimiento” (p.221). En este sentido, realizar una intervención orientada a fortalecer el capital social implicó generar estrategias que habilitaran el acercamiento y la apropiación de los servicios de salud por parte de les jóvenes. A partir de impulsar un testeo de ITS en la escuela, se dio un encuentro de les jóvenes con parte de los equipos de salud del CS 47 y CS 68 habilitando intercambios y consultas con les profesionales. Esto permitió que mediante un trabajo de promoción y prevención se fortalezca la dimensión de derechos. A través de la promoción social buscamos aportar al reconocimiento del derecho a la salud sexual interpelando a dichos actores institucionales en torno a la asunción de responsabilidades como garantes de éstos.

Construir estrategias de abordaje implica poner en juego una posición ética-política profesional desde la cual intervenir. Como futuras profesionales, consideramos que la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas en general y de las juventudes en particular requiere revisar críticamente las políticas sociales que se están implementando en nuestra época y sus impactos concretos en la reproducción cotidiana. Entendemos que este dispositivo de intervención posibilita asumir estas problemáticas desde su complejidad, ya que la escuela se constituye como espacio privilegiado en tanto tiene potencial para “la construcción de subjetividades sexuadas y el ejercicio de la autonomía y los derechos” (MORGADE; ALONSO, 2008, p.16).

Cuando sostenemos que el abordaje de las sexualidades debe realizarse desde las políticas sociales, hacemos referencia a la responsabilidad estatal en torno al ejercicio de derechos de la ciudadanía. Realizamos una apuesta ético-política profesional en la que la

responsabilidad tiene un lugar central. Retomando los aportes de Cazzaniga (2001) entendemos que ésta implica dar cuenta de los actos, asumir las decisiones y hacerse cargo de las consecuencias, poniendo en juego la capacidad de revisión y reflexión crítica.

Entendemos que en la intervención profesional la responsabilidad implica correrse de una perspectiva tecnocrática en la que solo ejecutamos como meras operarias. Involucra el ejercicio de la autonomía relativa, entendiéndola como un “proceso de lucha, de articulación de poderes a través de la organización, de la teorización, de la movilización de energías, recursos y estrategias que se traducen en fuerza contra-hegemónica” (CUSTO; LUCERO, 2009, p.94). Construir la intervención profesional requiere de procesos reflexivos y de evaluación sobre la praxis, sus fundamentos y sus impactos en clave de construcción y conquista de autonomía profesional.

En torno a los procesos de intervención en consejerías de salud sexual integral para jóvenes, la tarea de revisión es ineludible ya que es preciso generar estrategias de intervención superadoras de los obstáculos para la accesibilidad, orientándonos a partir una ética de la reconstrucción, es decir, desde “las convicciones, por la indignación frente a la injusticia, por responder frente a las alternativas que elegimos, reconociendo claramente las dificultades, pero poniendo en juego la voluntad de ampliar el horizonte de lo posible” (CAZZANIGA, 2001, p.42)

Consideramos que dentro del campo de la salud sexual en general, y en torno a la implementación de consejerías en particular, el trabajo social puede realizar aportes específicos para pensar las intervenciones. La profesión guarda un potencial importante para recuperar el enfoque desde la atención primaria de la salud (APS) como estrategia. La dimensión interventiva de la profesión implica el encuentro e intercambio con sujetos en territorios. Esto posibilita retomar aspectos de la vida cotidiana y los obstáculos para la reproducción de ésta, habilitando el diseño y la implementación de estrategias que incorporen dicha complejidad.

El enfoque de APS promueve el abordaje de los PSE desde su multiplicidad de atravesamientos, habilitando la implementación de estrategias situadas, donde lo situado se configura a partir de las particularidades del sujeto y en vinculación con el espacio territorial. Desde la profesión, la APS resulta una estrategia que facilita la aproximación a los sujetos de intervención apostando al trabajo de co-gestión para la resolución de obstáculos que operan en la reproducción cotidiana de la existencia.

En la apuesta por esbozar algunas especificidades que el Trabajo Social puede aportar dentro del campo de la salud sexual, recuperamos la potencialidad de la profesión en torno a

la politización de la vida cotidiana. En ese sentido recuperamos a Fraser (1991), quien propone pensar la política de las necesidades a partir de tres momentos:

El primero es la lucha por establecer o por negar el estatuto político de una necesidad dada, la lucha por validar la necesidad como un asunto de legítima preocupación política o por clasificarlo como un tema no político. La segunda es la lucha sobre la interpretación de la necesidad, la lucha por el poder de definirla y así determinar con qué satisfacerla. El tercer momento es la lucha por la satisfacción de la necesidad, la lucha por asegurar o impedir la disposición correspondiente. (FRASER, 1991, p.7-8)

El trabajo social ocupa un lugar privilegiado en torno a construir discursos de expertos recuperando los discursos de “formas opositoras”, posibilitando estructurar la política de necesidades en torno a ampliar los derechos en materia de salud sexual y reproductiva reconociendo que “los discursos de los expertos sobre las necesidades son los medios para traducir las necesidades fugitivas suficientemente politizadas en objetos de potencial intervención estatal” (FRASER, 1991, p.24).

En ese sentido, la posición que ocupamos quienes nos desempeñamos dentro del campo del trabajo social, habilita a desafiarnos en la construcción y disputa de discursos y sentidos orientados a la emancipación de la ciudadanía. Nos centramos en recuperar aspectos del entramado de reproducción de la vida cotidiana de los sujetos, donde se ponen en juego una red de relaciones, condiciones objetivas y marcos estructurales.

En ese entramado, recuperar las voces, intereses y trayectoria de los sujetos en clave de derechos, es un desafío y una apuesta posible para el Trabajo Social ya que reconocemos que “lo social es también el lugar donde las necesidades fugitivas, exitosamente politizadas, se traducen en demandas para la acción gubernamental” (FRASER, 1991, p.18).

Reafirmamos la disputa de sentidos dentro del campo de la salud sexual donde los paradigmas hegemónicos continúan reproduciendo prácticas vinculadas a la concepción de usuarios desde un lugar pasivo, desde la individualidad y a partir de la implementación de políticas focalizadas para la resolución de necesidades de sectores populares.

Como futuras profesionales apostamos a recuperar la dimensión subjetiva (en el marco de lo colectivo) y la complejidad e integralidad de los procesos de salud. El anclaje territorial y la dimensión comunitaria resultan dimensiones centrales para viabilizar la apuesta por construir salud sexual desde la diversidad.

El aporte específico del trabajo social en el campo de la salud sexual lo realizamos desde la apuesta hacia la construcción de sexualidades libres, donde los sujetos ejerzan autónomamente la toma de decisiones sobre sus cuerpos.

El Estado mediante sus instituciones y a partir de la implementación de políticas sociales tiene una responsabilidad ineludible en garantizar el ejercicio de los derechos, y no de forma nominal, sino a partir de habilitar políticas y estrategias que garanticen la equidad y una mayor accesibilidad de las juventudes a servicios de salud de calidad.

Reflexiones finales

Realizar el proceso de sistematización de la intervención desarrollada durante el año 2018 en el marco de la tesina de la Licenciatura en Trabajo Social implicó para el equipo, un desafío por poner en juego categorías teórico-políticas que sirvieran como herramientas de análisis de la realidad sobre la que intervinimos.

Asumimos la apuesta de sostener un proceso con los jóvenes del IPPEM 12 anexo, recuperando las intervenciones pre-profesionales precedentes. Nos centramos en las representaciones sociales en torno a las sexualidades, identificando y trabajando sobre los obstáculos que operan en la dimensión simbólica para el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Abordamos las representaciones sociales en torno a las las sexualidades analizando cómo se configuran y poniendo atención sobre los paradigmas que las atraviesan. Recuperamos experiencias, discursos y prácticas en las que se manifiestan tensiones entre perspectivas binarias, patriarcales y heteronormativas que construyen sexualidades normadas y aquellas que reconocen la diversidad de maneras de transitarlas y construirlas.

A partir de estrategias de promoción y prevención apuntamos a identificar, visibilizar y problematizar las formas heteronormativas y patriarcales. Analíticamente podemos distinguir dos grandes ejes desde donde la abordamos: la dimensión reproductiva de la sexualidad y las dimensiones del cuerpo, cuidados, consentimiento y placer.

En ambos ejes identificamos diversas representaciones que funcionan como obstáculos para el ejercicio de una sexualidad libre de violencias. En lo que respecta a la dimensión reproductiva, los principales obstáculos encontrados giran en torno a la presencia de mitos y desinformaciones sobre los MAC y las ITS, el funcionamiento del cuerpo y las responsabilidades existentes o invisibilizadas en torno a la toma de decisiones. Por ello buscamos potenciar el acceso a la información -y a otros recursos simbólicos y materiales disponibles- como herramientas fundamentales para la toma de decisiones de forma autónoma por parte de las juventudes.

Respecto a las dimensiones de cuerpo, consentimiento y placer, apostamos a la construcción de decisiones personales centradas en la exploración de los intereses y deseos de cada persona y puedan ser puestos en diálogo de manera respetuosa con los deseos e intereses de sus compañeros sexuales con base en la salud sexual.

La tensión y convivencia de perspectivas se manifiestan en las distintas posiciones que les jóvenes asumen. Por un lado, identificamos juicios morales que sancionan la autonomía y el placer. Por el otro, la demanda por información sobre el funcionamiento del cuerpo y el ciclo menstrual fue una constante en la intervención. El conocimiento del propio cuerpo fue una inquietud que posibilitó procesos de construcción de saberes colectivos, de problematización y de reflexión.

La apuesta de construir abordajes intersectoriales y en redes implicó la interpelación institucional y de actores para construir respuestas integrales a las demandas de las juventudes. Situándonos en el Centro de Salud, abordamos en los espacios educativos los interrogantes en torno a la salud sexual proponiendo la implementación de una política orientada a los sujetos de intervención desde la territorialidad.

Esta intervención se configuró desde una doble apuesta: por un lado, implicó la aproximación e inserción indirecta (mediante el equipo) de las instituciones de la salud en la escuela. Por el otro, funcionó como puente en la articulación entre la escuela IPEM 12 anexo y los centros de salud de barrio Cárcano y Coronel Olmedo, acercando intereses, inquietudes y problemáticas de las juventudes y la escuela al CS. Estas dos líneas se materializaron acercando las voces de los jóvenes hacia los profesionales de la salud, como así también facilitando el acercamiento de recursos diversos a la escuela.

Trabajar con jóvenes en la escuela habilitó el diseño de estrategias donde lo subjetivo y lo colectivo se pusieron en articulación constante, produciendo interpelaciones y disputando sentidos en torno a la toma de decisiones autónomas. Los procesos de problematización estuvieron marcados también por la desnaturalización de los roles y estereotipos de género. Los jóvenes ocuparon un lugar protagónico en la apropiación de espacios y en la construcción de discursos y prácticas vinculadas al ejercicio de la sexualidad (dimensión ésta restringida al ámbito privado desde la visión hegemónica).

Este proceso de intervención se sitúa en un momento histórico caracterizado por la progresiva politización de la sexualidad en clave de derechos, visibilizada en las demandas de los movimientos feministas y de las disidencias, la exigencia de políticas orientadas a garantizar derechos sexuales y derechos reproductivos y el progresivo reconocimiento de las juventudes como sujetos de derecho. Politizar las sexualidades implica así el reconocimiento de la identidad, la posibilidad de construir múltiples y diversas maneras de ser y estar en el mundo.

El cuestionamiento a los privilegios patriarcales cobra relevancia a partir de procesos de organización y de las luchas políticas donde los movimientos feministas, de mujeres y

disidencias, construyen progresivamente un lugar central. Consideramos que es preciso dar la disputa en la construcción del feminismo dentro del ámbito de producción académica y recuperamos la necesidad de problematizar(nos) la reproducción de las desigualdades de género.

Sostenemos la necesidad de profundizar las políticas públicas sobre sexualidades dentro de los espacios educativos, reconociendo el lugar privilegiado de éstas en tanto territorio cotidiano de las juventudes, de producción e intercambio de sentidos. Desde nuestra perspectiva, las políticas y sus estrategias deben implementarse de forma tal que vayan al encuentro de los sujetos a quienes están dirigidas.

La estrategia de consejerías aborda no sólo las dificultades de las juventudes urbanizadas, sino que incorpora a las poblaciones rurales o semi-rurales escolarizadas, siendo éste otro aspecto fundamental para pensar la garantía de derechos sexuales y derechos reproductivos en todas las juventudes. He aquí la potencia fundamental de la inserción de las consejerías dentro de las escuelas: no solo fortalecen la politización de las sexualidades, sino que se instalan en la vida cotidiana de las juventudes ofreciendo un conjunto de herramientas: información, espacios de contención y acompañamiento, de acceso a MAC y la visibilización de un espacio de referencia al que pueden acudir sin mayores obstáculos.

Esta producción procura constituirse como un aporte para reflexionar acerca de las experiencias posibles dentro del campo de la salud y en los espacios educativos, donde les jóvenes puedan reconocerse desde su potencialidad como actores capaces de interpelar y transformar su realidad a través de experiencias colectivas.

Bibliografía

- ACEVEDO, P. (2012). *Investigación y la Intervención con Jóvenes. En I. J. Villa Alejandro, Culturas Juveniles. Disputas entre Representaciones Hegemónicas y Prácticas*. Salta, Argentina. Noveduc.
- AIZENBERG, L.; GOGNA, M.; ZAMBERLIN, N. (2003). *Derechos humanos en argentina. Informe 2002-2003. Cap. VII La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos*. Argentina. Siglo XXI, CELS.
- AMIGO, J. (2018, 27 de abril) *El consentimiento será entusiasta o no será*. Proyecto Khalo, recuperado de <http://www.proyecto-khalo.com/2018/04/el-consentimiento-sera-entusiasta-o-no-sera/>
- AMINISTÍA INTERNACIONAL, (2017) *Embarazo en la adolescencia en argentina. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos*, (S/D).
- ANDINO, E. (2013) *Consentimiento entusiasta: introducción y verbalización*. Eugenia Andino, recuperado de <http://eugeniaandino.es/2013/07/14/consentimiento-entusiasta-introduccion-y-verbalizacion/>
- AQUIN, N. (2009). *Objetivos y funciones del Trabajo Social Comunitario*. Ficha de cátedra. Córdoba, Argentina.
- ARGÜELLO PAZMIÑO, S. (2012). *El proceso de politización de la sexualidad: identificaciones y marcos de sentido de la acción colectiva*. Revista Mexicana de Sociología, Vol 75 N° 2. México.
- BARGALLÓ, M. L. (2012) *Educación Sexual Integral para la Educación Secundaria II. Contenidos y propuestas para el aula*. Buenos Aires, Argentina. Min. de Educación de la Nación.
- BOURDIEU, P. (1997) *Razones Prácticas. Espacio social y espacio simbólico*. Barcelona, España. Anagrama.
- BOURDIEU, P. (2011) *Las estrategias de la reproducción social*. Buenos Aires, Argentina. Siglo XXI.
- CAZZANIGA, S. (2001) *Cuestiones éticas en la formación profesional: de la prescripción a la reflexión*. Desde el fondo, cuadernillo N°19. Argentina.
- CEDAW - Convención sobre Todas las formas de discriminación contra la mujer, (1979).

- CORREA J.; SANDOBAL M. (2010) *América Latina: un espacio de rostros juveniles diferente*. Chile. Editorial Mimeo.
- CUSTO, E., LUCERO, J. (2009) *La construcción y la conquista de autonomía. Poner en juego la subjetividad contemporánea de los trabajadores sociales*. Revista Escenarios, año 9, núm. 14. La Plata, Argentina. Editorial Espacio.
- DANANI, C. Et Al. (2009) *Gestión de la política social. Conceptos y Herramientas. La Gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización*. Buenos Aires, Argentina. Prometeo Libros.
- DÁVILA, O. (2004). *Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes*. Última década n°21. Valparaíso, Chile.
- DECLARACIÓN ALMA ATA, (1979).
- ESPING ANDERSEN, G. (2000), *Las estructuras de bienestar en Europa. Estado de bienestar y familia*. Madrid, España. Fundación ONCE.
- ESTEBAN GALARZA, M. (2006) *El estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista*. Revista Salud Colectiva, Vol 2 N° 1. Buenos Aires, Argentina.
- ESTEBAN GALARZA, M. (2008) *Identidades de género, feminismo, sexualidad y amor: Los cuerpos como agentes*. Universidad del País Vasco.
- FRASER, N. (1991) *La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío*. Debate feminista, año 2, volumen 3. México.
- GONZALEZ, C. (2001). *La intervención en el Abordaje Familiar*. Argentina. Mimeo.
- GRASSI, E. (2003) *Estado, cuestión social y políticas sociales. En Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal*. Buenos Aires, Argentina. Espacio editorial.
- INDEC; PNSSyPR. (2014) *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años*. Buenos Aires, Argentina. Libro digital.
- INDEC, (2018). *Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres (RUCVM)*. Buenos Aires, Argentina. Libro digital.
- JONES, D. (2010). *Sexualidades adolescentes : amor, placer y control en la Argentina contemporánea* . Buenos Aires, Argentina. Ed. CICCUS.
- LAURELL, C. (1986) *El Estudio del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Montreal. AMALC

- Ley 9.073 Creación del Programa de Maternidad y Paternidad Responsables, (2003).
- Ley 26.130 de Anticoncepción quirúrgica, (2006).
- Ley 26.150 Programa de Educación Sexual Integral, (2006).
- Ley 26.485 protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, (2009).
- MATTIO, E. (2012) *¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual* en “Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos”. Córdoba, Argentina. (S/D).
- MATO, D. (2001) *Estudios Latinoamericanos sobre cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización*. Buenos Aires, Argentina. CLACSO.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2010) *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*. Buenos Aires, Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2013) *Leyes que reconocen tus derechos. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Buenos Aires, Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2014) *Experiencias para armar. Manual de talleres en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires, Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2015) *Consejerías en salud sexual y salud reproductiva*. Buenos Aires, Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD (2013) *Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Buenos Aires, Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD (2014) *Consejerías de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación*. Buenos Aires, Argentina.
- MORGADE, G. (2006) *Educación en la sexualidad desde el enfoque de género. Una antigua deuda de la escuela*. Revista Novedades Educativas N° 184. Buenos Aires, Argentina.
- MORGADE, G. y ALONSO, G. (2008). *Cuerpos y sexualidades en la escuela. De la “normalidad” a la disidencia*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- MYSU, (S/D). *El placer sexual*. Uruguay. Recuperado de <http://www.mysu.org.uy/haceclick/folletos/04-el%20placer-sexual.pdf>

- PARRA, G. (2015) *El objeto y el Trabajo Social: Algunas aproximaciones a la problemática del objeto en el Trabajo Social*. Costa Rica. Boletín electrónico recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000419.pdf>
- PEDRIDO NANZUR, V. (2017) *Diversidad sexual*. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/diversidad-sexual>
- PEREZ, G. (2017). *¿Qué es la diversidad sexual? explicación fácil*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=1QbTZYiQ6BA&vl=es>
- POZZERLE, J; TASILE, C; Et Al. (2018) *Cuadernillo de contenidos. Diplomatura en Formación de Acompañantes Comunitarios Contra la Violencia de Género*. Córdoba, Argentina. UPC.
- RABOTNIKOF, N. (2008) *Lo público hoy: lugares, lógicas y expectativas*. Iconos, revista de Ciencias Sociales. Num 32. Quito, Perú.
- RAMÓN, M. (2019, 3 de enero). *Erotizar la pregunta: hay que romper con la concepción de que el silencio es hot*. El Grito del Sur. Recuperado en <http://elgritodelsur.com.ar/2019/01/red-de-mujeres.html>
- ROZAS PAGAZA, M. (2001) *Una perspectiva teórico-metodológica de la intervención en Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina. Espacio editorial.
- SANCHEZ LOPEZ, M. (2008), *SEXUAL-I-HABLANDO, las representaciones sociales de las estudiantes de educación preescolar en relación con la educación para la sexualidad*. Revista Electrónica Educare, vol. XII, núm. 1. Costa Rica.
- SCHLEMENSON, A. (1998) *Análisis organizacional y empresa unipersonal. Crisis y conflicto en contextos turbulentos*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- SEHAS (2000) *El desarrollo de los jóvenes en situación vulnerable. Manual metodológico I*. Argentina. SEHAS y Fundación KELLOGG.
- TRAVI, B. (2006) *La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social*. Buenos Aires, Argentina. Espacio Editorial.
- UNFPA - Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2010) *Datos sobre embarazo adolescente en la Argentina*. Argentina. Recuperado de http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=202&Itemid=56
- VILLAR, A; CABALLERO, I; CANARIAS, E; Et Al (2013) *Los deseos olvidados*. Bilbao, España. Recuperado de https://cear.es/wp-content/uploads/2013/11/NAHIA-Los-Deseos-Olvidados_-Castellano.pdf
- VIVEROS VIGOYA, M (2016). *La interseccionalidad: una aproximación situada de la dominación*. Debates Feministas N° 52. Bogotá, Colombia.

