



**FEIM**
FUNDACIÓN
PARA ESTUDIO
E INVESTIGACIÓN
DE LA MUJER

 **UNFPA**

LA ADOLESCENCIA EN ARGENTINA: SEXUALIDAD Y POBREZA

Dra. Mabel Bianco / Lic. Cecilia Correa
Con la colaboración especial de Luciana Peker

INDICE

- 1) PRESENTACIÓN
- 2) RADIOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN DE LAS Y LOS JÓVENES EN ARGENTINA
 - Hambre universitario
 - Desocupados de toda ocupación
 - Escolaridad vs. Exclusión
 - Desamparados por el sistema de salud
 - Verdad y consecuencia: la violencia
 - Las dos caras de la inseguridad
 - Jóvenes y crisis: un cóctel peligroso
- 3) LAS Y LOS JÓVENES Y LA SALUD REPRODUCTIVA: UN PROBLEMA SILENCIADO
 - Dime cuánto ganas y te diré cuantos hijos tienes
 - Embarazo adolescente
 - El aumento del aborto
 - Machismo argentino
 - El SIDA y la vulnerabilidad de las mujeres
 - Fantasías
- 4) SEXO EN VIVO Y SILENCIO EN DIRECTO
- 5) SITUACIÓN LEGAL Y POLÍTICA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS Y LOS ADOLESCENTES
- 6) LA NECESIDAD DE ACCIÓN: UNA DEUDA PENDIENTE
 - Una deuda pendiente
 - La antovacuna contra el SIDA: mujeres, jóvenes y pobres
- 7) CONTEXTO INTERNACIONAL
- 8) ALGUNAS REFLEXIONES FINALES
- 9) BIBLIOGRAFIA

ANEXO: SÍNTESIS ESTADÍSTICA

I) PRESENTACIÓN

La adolescencia es una de las etapas más importantes del ciclo de la vida de las personas, y también de las más difíciles. En la transición de la niñez a la juventud o adultez, se producen cambios, biológicos, síquicos y sociales que signarán el futuro de cada persona, sea hombre o mujer. En esta etapa se completa el aprendizaje de habilidades, la definición y adopción de hábitos de vida como los alimentarios, higiénicos, y otros, que perdurarán el resto de la vida. Es en esta época en la que ocurren los cambios físicos y biológicos más importantes debido a la maduración sexual; se completa el desarrollo de los genitales externos adoptando las características corporales del ser mujer u hombre y también ocurren los cambios en los genitales internos. Simultáneamente se producen variaciones en los comportamientos sociales así como psicológicos, que se expresan en las percepciones y sentimientos característicos de la adolescencia.

Como todo periodo de transición importante, la adolescencia es de gran inestabilidad emocional y síquica. En el niño o la niña que empieza a parecerse a un hombre o a una mujer, coexisten características infantiles con las de la adultez produciéndose importantes y bruscos desbalances emocionales que experimenta el o la adolescente, y que impactan a quienes los rodean: sus familiares, compañeros, amigos, profesores y/o vecinos.

En épocas de crisis sociales y económicas graves como la que vive Argentina desde fines del 2001, se generan contextos socio-familiares que afectan a los cambios bio-psico-sociales individuales propios de la adolescencia. En estos periodos de profunda crisis los adolescentes experimentan miedos e inseguridades que, sumados a los desequilibrios emocionales propios de ese periodo, les producen mayores malestares y problemas. Por ejemplo, la pérdida de trabajo de los padres, la falta de dinero para cubrir las necesidades básicas del grupo familiar y la angustia que se vive en el hogar, impactan fuertemente en los adolescentes produciéndoles distintas reacciones. En general se revelan contra estos padecimientos. A veces esa rebelión se expresa en odio e indignación hacia el resto de la sociedad, que en muchos casos los induce a reaccionar contra las personas y los impulsan a cometer acciones delictivas y/o de venganza por mano propia. En otros casos vuelcan su rebelión contra ellos mismos, padeciendo depresiones, llegando hasta intentos o suicidios, y/o desarrollan enfermedades graves.

Frecuentemente, en estas épocas de crisis los/las adolescentes se ven forzados a asumir precozmente roles de adultos como cuidar a sus hermanos, administrar la casa, salir a trabajar fuera del hogar y generar ingresos para la supervivencia familiar. **La crisis reciente en Argentina destruyó y acabó la adolescencia de miles de chicas y chicos.** Fueron obligados por las circunstancias a asumir responsabilidades de “adultos” y quedaron atrapados en un “repentino” crecimiento que los llevó a autoabastecerse, a generar ingresos, a salir de su casa, a abandonar a sus padres y sus familias o a sostenerlos económica y socialmente. Cualquiera de estos efectos en la mayoría de los casos, fueron negativos y dejarán un impacto en los adolescentes varones o

mujeres de esta generación. Recién en los próximos años o décadas, sabremos cual fue ese impacto y podremos medirlo en toda su magnitud. Mientras tanto vemos hoy a los adolescentes que interrumpen sus estudios, hipotecan sus vidas en “trabajos” a veces extorsivos e indignos, pierden sus amigos, sus familias, sus casas, sus ámbitos de contención y protección.

La mayoría de estos adolescentes, varones y mujeres, perdieron sus ilusiones y con ellas la alegría y la búsqueda de ideales. Estos jóvenes “viejos” sin oportunidades, sin proyectos de vida y sin un porqué o para qué vivir, son hoy las víctimas sobrevivientes de la crisis. Esta es la consecuencia más grave de la crisis y será muy difícil de superar. Junto a la pérdida de los proyectos de vida y de sus ilusiones, se produjo un mayor aumento de la maternidad y/o paternidad adolescente con los riesgos que ella depara: abandono de la escolaridad, inserción laboral prematura y en malas condiciones, pérdida de vivencias de la adolescencia como amigos / as, fiestas, salidas y otros. Estas también son consecuencias negativas que nos deja la crisis.

En este marco **¿Cómo hablar a nuestros adolescente de sus derechos?. ¿Cómo lograr se inserten como ciudadanos / as plenos /as, con derechos y no solo obligaciones?. ¿Cómo favorecer su autoestima y su dignidad?.** Estas son las preguntas que muchos y muchas nos hacemos y nos rondan diariamente. Este trabajo no da las respuestas, tenemos que encontrarlas cada uno y construirlas entre todos / as. Pero si nos plantea el problema y aspira a generar la búsqueda de soluciones y repuestas que hoy necesitan y exigen nuestros adolescentes. Argentina ratificó primero y luego dio estado constitucional a la Convención de los Derechos de los niños. Pero esto no alcanza, necesitamos adecuar nuestra legislación y además nuestros mecanismos sociales e institucionales para lograr se respeten y garanticen esos derechos. Respecto a los cambios legislativos desde el 2001, hay un proyecto de ley de protección integral de los / las niños / as y adolescentes en el Senado de la Nación que espera su sanción y que a pesar del tan mentado interés y prioridad por el bienestar de niños y niñas, la mayoría de los y las senadores de la Nación ignoran u olvidan. Esa ley promueve cambios integrales para asegurar los derechos de los/as niños / as. Sin embargo, la sociedad la ignora y tampoco la reclama. No podemos desconocer este desinterés. Este es nuestro aporte para que todos los ciudadanos mujeres y hombres, asumamos nuestro compromiso con nuestros adolescentes de hoy, para evitar que la crisis los siga castigando.

Buenos Aires, Mayo 2003

II) RADIOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN DE LAS Y LOS ADOLESCENTES EN LA ARGENTINA

El 18% de la población argentina, más de 6,7 millones de personas, tienen entre 10 y 19 años de edad. Pero si en un concepto actualizado de adolescencia extendida se considera que esta etapa de la vida alcanza a los jóvenes de hasta 24 años, la adolescencia comprendería al 27% de la población del país, o sea 10 millones de personas¹. El 88,4% de los adolescentes argentinos viven en centros urbanos. Respecto a los sexos, hay un leve predominio de varones (50,6%)². Casi la mitad de ellos vive en ciudades de más de 50.000 habitantes. Siete de cada diez jóvenes argentinos son pobres³.

Hoy los/as jóvenes argentinos tienen su vida condicionada por la falta de recursos. Nunca en la historia argentina reciente tantos jóvenes fueron pobres. Y nunca tan pobres. En el año 2001, del total de la población urbana que no alcanzaba a cubrir sus necesidades básicas (NBI), el 52,7 % eran niños y adolescentes⁴. Ser pobre significa mucho más que no tener dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida. La pobreza es como el vagón de un tren que conduce directo al aumento de la violencia, el uso de drogas y alcohol, las enfermedades, la depresión, el SIDA, los embarazos no planeados, y disminuye la escolarización, la profesionalización y los proyectos de vida de las y los adolescentes.

Pero en la Argentina, además de la pobreza, creció la indigencia. Ahora está en riesgo la subsistencia misma. Actualmente en el país hay 12.490.000 menores de 18 años. De ellos, 8,6 millones de niños / as y adolescentes hasta los 14 años, son pobres. Y la mitad de ellos, 4,1 millones son indigentes⁵. Ser indigente significa no tener acceso a la canasta básica de alimentos y por tanto para un niño o adolescente significa no comer los alimentos mínimos para que su cuerpo pueda crecer normalmente y carecer de lo básico para su desarrollo

¹ Informe "Salud de la adolescencia en la Argentina", Unidad Coordinadora de Programas Materno Infanto- Juveniles y Nutricionales, Ministerio de Salud de la Nación, abril 2001.

² *Ibíd.* 1.

³ El 70% de los jóvenes de 15 a 24 años es pobre, según datos de la Consultora Equis en base a datos del INDEC, mayo 2002.

⁴ "Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990 /2001", 2 Serie Análisis Social, Ministerio de Economía, Secretaría de Política Económica, UNICEF, INDEC (Instituto de Estadísticas y Censos), Buenos Aires, Argentina, 2003.

⁵ Situación social. Datos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Agosto 2002.

biológico. En efecto, en el 2001, el 52.5 % de la población que residía en hogares con ingresos insuficientes para cubrir una canasta básica de alimentos (indigentes) estaba constituida por niños y adolescentes. Entre la población bajo la línea de pobreza, la presencia de niños y adolescentes se reduce levemente pasando a un 46.2 %. Solo merece señalarse la situación de **los / as adolescentes, que constituyen el único grupo que aumentó su presencia entre la población pobre e indigente**, a costa de leves disminuciones en el peso relativo de los otros grupos, contando con el 19 % de adolescentes con NBI⁶. En los chicos esto se ve claramente. Hoy, por ejemplo, en La Matanza, en el corazón del conurbano bonaerense, el 25% de los bebés nacen desnutridos⁷. El 40% de los niños de hogares con necesidades básicas insatisfechas no supera un cociente intelectual de 80, cuando el valor promedio está entre 90 y 110, según un estudio del Programa de la Unidad de Neurobiología Aplicada CEMIC CONICET⁸.

La agudización de la crisis argentina se profundizó con un ritmo tan vertiginoso, desde fines del año 2001 que es inusual en el mundo. Nunca hubo tantos pobres en la Argentina. Actualmente, el 57,8% de la población es pobre⁹. Esto quiere decir que más de 20 millones de personas no tienen ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas. Pero además, dentro de esos 20 millones hay 9.955.000 que son indigentes, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC¹⁰. El deterioro de la situación social de la Argentina es tan profundo, que se calcula que desde octubre del 2001-cuando el 38,3% de la población era pobre- hasta octubre del 2002 hubo 600.000 nuevos pobres por mes. Esto sin perjuicio de aclarar que el deterioro no empezó ayer, sino que es de varias décadas, y que la última aceleración del deterioro fue a partir de 1995.

A pesar de su profundidad, la crisis es muy reciente y todavía no hay datos suficientes para medirla en todas sus dimensiones. Se conocen los datos del aumento de la pobreza, pero todavía no se sabe todo lo que esa pobreza implica en los distintos indicadores de bienestar en la Argentina. Hay estimaciones y datos parciales que nos permiten tener una idea aproximada. Por ejemplo, hace diez años en las villas miserias de la Ciudad de Buenos Aires vivían 52.000 personas, hoy residen de forma precaria 112.400 personas. Pero el crecimiento más vertiginoso ocurrió durante el 2002 –el momento álgido de la crisis- cuando llegaban 43 personas por día a las villas miserias porteñas, según datos del consultor Carlos Tramutola¹¹.

Además, según estimaciones del Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil - CESNI- aumentó un 30% la cantidad de bebés que nacen con bajo peso al nacer. **Pero la desnutrición no es un problema sólo de los bebés. Es también un problema de adolescentes, jóvenes y adultos**¹². *“Estamos viendo desnutrición en prepúberes y púberes como nunca antes habíamos visto*

⁶ Ídem 4.

⁷ Página / 12, 21 de abril del 2002.

⁸ “Desnutrición infantil en la Argentina: ¿Hoy podría surgir un nuevo Maradona?”, Para Ti, por Luciana Peker, 26 de julio del 2.002.

⁹ “El nivel de pobreza es cada vez más alto: 57,8% de la población”, Clarín, 1 de febrero del 2003, por Ismael Bermúdez.

¹⁰ Encuesta Permanente de Hogares, dato de octubre 2002, difundido el 31 de enero del 2003.

¹¹ “Se duplicó la población de villas miserias porteñas”, La Nación, 23 de febrero del 2003, por José Ignacio Lladós.

¹² “Madres de la desnutrición”, de Luciana Peker, Revista “Para Ti”, 31 de enero del 2003.

en el país”, advirtió Cándido Roldán, Presidente de la Fundación Argentina de Adolescencia (FADA)¹³.

Por otra parte, este es un problema de salud con causas y efectos conocidos, que se agravó –en gran escala- a causa de la crisis reciente. Hay un dato contundente que habla de cómo la pobreza reproduce más pobreza. Actualmente, el 80% de las embarazadas atendidas en la Maternidad Sardá, de la Ciudad de Buenos Aires, padecen una anemia acentuada. En 1995 la cifra era menor: entre el 30% y el 50% de las embarazadas sufría de anemia. La anemia en la madre implica menores posibilidades de desarrollo del bebe, que a partir de su nacimiento ya tiene factores adversos que seguramente se acentúan durante su vida.

Este es un problema social aunque se exprese en la salud. En la misma Ciudad de Buenos Aires en que está ubicada la Maternidad Sardá, pero en un sanatorio privado –el Hospital Alemán, de Barrio Norte-, actualmente, apenas el 20% de las mujeres tiene un nivel alto de anemia. En el Hospital Alemán, dos de cada diez pacientes tienen anemia, en la Maternidad Sardá ocho de cada diez. La brecha de la desigualdad es brutal. Y tiene una razón: *“En la medida en que se fue complicando el problema social, aumentó la desnutrición materna. Las mujeres no pueden comer carne, queso y huevos porque es caro. Y eso está hipotecando el futuro del país”*, subraya Ricardo Illia, Subdirector de la Maternidad Sardá y Profesor de Obstetricia en la UBA¹⁴.

La pobreza genera pobreza. **Más allá de los embarazos de mujeres y adolescentes desnutridas que generan más desnutridos, la pobreza de hoy condiciona también el futuro, especialmente el de las mujeres. Y más el de las jóvenes.** La mayoría (69%) de las mujeres adolescentes de clase alta se imagina que a los 25 años va a estar estudiando una carrera universitaria. Sin embargo, la mayoría (44,4%) de las adolescentes de clase baja supone que a los 25 años va a formar una familia y sólo el 30% que va a estar cursando clases en una facultad, según una encuesta sobre 211 adolescentes del área metropolitana de Buenos Aires, recientemente publicada¹⁵.

Hambre universitario

Si bien la pobreza coarta los proyectos de vida, todavía muchos pobres –o más bien “nuevos pobres”- no amoldados a su nueva condición pelean por tener un futuro mejor. La Argentina todavía hoy –cuando ya la mitad de su población vive en la pobreza- tiene índices altos de alfabetización y escolarización. De hecho, **la Argentina, un país que históricamente tuvo una importante clase media, no se acostumbra a ser pobre.** Y, a pesar de las dificultades (y de que estos indicadores irán deteriorándose cada vez más) la educación y la cultura siguen siendo valores existentes en la mayoría de las personas. Esto se enmarca en el fenómeno de los “nuevos pobres” provenientes de la clase media empobrecida, algo que se empezó a describir en la Argentina desde la década del 90´ y que

¹³ “Aumento de depresión, ataques de pánico e intentos de suicidio entre los adolescentes”, Página/12, 30 de septiembre del 2002, por Mariana Carbajal.

¹⁴ “Madres de la desnutrición”, de Luciana Peker, Revista “Para Ti”, 31 de enero del 2003.

¹⁵ Riesgo reproductivo en la adolescencia, desigualdad social y asimetría de género”; de Rosa Noemí Geldstein y Edith Alejandra Pantelides, publicada por UNICEF en noviembre del 2001.

es un fenómeno social característico de Argentina ya que no se observa en otros países o regiones del mundo.

Los “nuevos pobres” son los que se cayeron de la clase media a la clase baja. Son, estadísticamente, pobres pero en la gran mayoría todavía tienen recursos de clase media, aunque los van perdiendo. En este contexto, en la tradición de un país de inmigrantes en donde los hijos siempre superaban a los padres, fenómeno opuesto al actual, en el país de “mi hijo el doctor” por la ilusión de los inmigrantes de que sus hijos fueran profesionales, se registra un problema tan doloroso como inédito: la desnutrición de estudiantes universitarios.

Seguramente, con el tiempo, la pobreza irá dejando huellas más profundas y los pobres ni siquiera llegaran a los umbrales de las universidades. Hoy, en el rompecabezas incompleto de la Argentina, los “nuevos pobres” pelean por superarse mientras estudian y hacen malabares para comer. **Alimentarse es su examen más difícil!** En la Universidad Nacional del Comahue, durante el 2002, había 160 alumnos con una insuficiencia alimentaria grave. Pero el problema del hambre estaba generalizado, tanto, que uno de cada diez estudiantes de esa Universidad en Bariloche, sufren insuficiencia alimentaria. Estos /as jóvenes comen una sola comida diaria. Y, por su achicado presupuesto, un día a la semana no comen absolutamente nada, según descubrió un estudio realizado sobre 1.016 estudiantes del Centro Regional Universitario Bariloche¹⁶.

Obviamente este problema se relaciona con los niveles de pobreza de la Argentina. En esa misma Universidad, por ejemplo, hay 1.082 estudiantes, que cuentan con un ingreso inferior a \$200 mensuales, insuficientes para alimentarse. Este es un drama nacional. En la Universidad de La Plata, aunque sin cifras, también detectaron que sus estudiantes no podían alimentarse correctamente. Por eso, durante el 2002, tuvieron que entregar un subsidio alimentario para que los alumnos pudieran adquirir el menú de los comedores universitarios., que habitualmente son muy baratos porque están subsidiados. Sin embargo el año pasado ni así podían los estudiantes costearse su almuerzo. Esto se observó en la mayoría de universidades con comedores universitarios.

Desocupados /as de toda ocupación

Hay universitarios que, a pesar del hambre, intentan completar una carrera. Pero, claramente, la crisis no produce héroes. La crisis decepciona y paraliza. **En la Argentina hay 1.145.177 jóvenes de entre 15 y 24 años que no tienen ninguna actividad**, lugar de contención o proyecto: **no trabajan, no estudian y no buscan empleo**, según datos de la Encuesta Permanente de Hogares, del INDEC, realizada en mayo del 2002, procesados por la Consultora EQUIS¹⁷. Por lo tanto, **el 17,2% de los /as jóvenes argentinos están excluidos del sistema laboral y educativo, y ni siquiera tienen en miras integrarse a él.** Pero esto es el promedio nacional. En algunas regiones la situación es todavía más grave. En Tucumán, el 21, 5% de su población (55.000 jóvenes), en San Juan el 21,3% (22.700 jóvenes) y en la Provincia de Buenos Aires el 19,5% (490.000 jóvenes) de la población joven está absolutamente inactiva. Esto quiere decir que **dos de**

¹⁶ “Preocupa la deficiente alimentación entre los estudiantes”, La Nación, 19 de agosto del 2002, por Raquel San Martín.

cada diez chicos bonaerenses no tienen nada mejor que hacer que sentarse en la vereda, pero ni siquiera a esperar.

Como dijimos en la Argentina la pobreza no es nueva, pero sí creció vertiginosamente a causa de la crisis. En 1999 la inactividad juvenil alcanzaba al 13,8% de los jóvenes. En el 2002, ya atrapaba al 17,2% de ellos. En esos tres años la cantidad de adolescentes que no trabajan, no buscan empleo y no estudian creció un 24,6%. Los jóvenes bajan los brazos cuando encuentran las puertas cerradas. O saben que las van a encontrar. Dentro de las mujeres desocupadas de la Ciudad de Buenos Aires, la mayoría (el 25%) son jóvenes de entre 15 y 24 años. En la Capital Federal, la desocupación femenina golpea más fuertemente a los jóvenes, según datos de la Dirección General de la Mujer, en base a la Encuesta Permanente de Hogares de 1999¹⁸.

La tradición educativa de la Argentina se va a ir evaporando en la medida en que se siga consumiendo la perspectiva de futuro. Los chicos saben que no hay trabajo y sienten que estudiar es inútil. Por eso, aumenta la deserción escolar. Actualmente, el 59% de los jóvenes de entre 20 y 24 años que viven en la Ciudad de Buenos Aires o el conurbano bonaerense no terminó el colegio secundario. El 28% de ellos sólo fue a la primaria. El 77% de los jóvenes que viven bajo la línea de pobreza en el área metropolitana no terminó la secundaria y apenas un 44% pisó la primaria.

Mención especial merece el tema del trabajo infantil. Los datos oficiales que se manejan habitualmente en Argentina sobre el trabajo infantil son de fines de los años 90. Se trata sin lugar a dudas de cifras desactualizadas, teniendo en cuenta el violento crecimiento de la pobreza e indigencia de los últimos meses. Según la OIT, en el país existen **252.683 niños y niñas de entre 10 y 14 años**¹⁹ que trabajan, lo que representa el 8,8% del total de la población en ese rango de edad. Se estima que el 70% de esos chicos realiza sus tareas en las zonas rurales²⁰. En un operativo que se realizó en distritos del interior del país en el 2002, para controlar el cumplimiento de las normas laborales, los inspectores obtuvieron el siguiente dato: **el 24 % de un total de 355 empresas fueron sancionadas por poseer trabajando irregularmente a menores de 14 años, con jornadas que excedían las ocho horas**²¹.

Entre 1991 y 2001 el incremento de la tasa de actividad de los / as adolescentes de 13 a 17 años fue menos significativo que el de la tasa de desocupación. La tasa de desocupación de los / as adolescentes se duplicó en este periodo, pasando de 17.2 % a 34.6 %. En cuanto a las disparidades sociales entre los / as adolescentes cabe destacar la temprana inserción en la actividad económica de los / as adolescentes de los estratos más pobres. En efecto, la tasa de actividad del estrato más bajo (10.3 %) quintuplica a la del estrato más alto (2.1 %) ²². Esto expresa la profundización de la

¹⁷ "No trabajan ni estudian más de un millón de jóvenes", La Nación, 3 de septiembre del 2002, por Francisco Olivera.

¹⁸ "Mujeres en número", de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2001.

¹⁹ De acuerdo con el Convenio 138 de la OIT, ratificado por Argentina el 11 de noviembre de 1996, la edad mínima de trabajo permitida es a los 14 años.

²⁰ "Un informe que se quedó en el tiempo", diario Clarín 7 de mayo de 2002.

²¹ "Con el consentimiento y el apoyo de los padres", diario Clarín, 7 de mayo de 2002.

²² Ídem 4.

desigualdad entre los pobres los adolescentes y niños que trabajan en actividades informales y muchas veces indignas como la de “cartoneros” o “buscadores de basura”, mientras que en los sectores altos pueden estudiar, divertirse y tener una vida normal. Con la pobreza en la Argentina desigual creció el trabajo infantil y adolescente pero en el sector informal y qué más afecta la dignidad de las personas.

Un informe reciente de la Comisión Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil –CONAETI- del Ministerio de Trabajo²³ da cuenta de un crecimiento importantísimo. Actualmente la participación laboral infantil es de aproximadamente 1.500.000, con alto porcentaje en las zonas rurales, algo tradicional, pero con una mayor presencia en las grandes ciudades, especialmente en tareas que realizan con sus familias. Miles de niños / as y adolescentes integran hoy las legiones de trabajadores informales que buscan acercar alguna migaja al ingreso familiar para subsistir. Esto habla de la vulnerabilidad de ese millón y medio de niños / as y adolescentes argentinos. Según el Diario Clarín en mayo 2003 el 22% de entre 5 y 14 años trabaja. De los adolescentes que trabajan el 58% no asiste a la escuela.²⁴

Escolaridad vs. Exclusión

Los y las adolescentes que no asisten pero que asistieron a un establecimiento educativo, es un indicador de situación de exclusión, ya que están fuera del sistema educativo formal por lo que su futura inserción en el mercado de trabajo estará muy condicionada y puede asociarse con situaciones de reproducción de la pobreza.

Según el INDEC y la Encuesta Permanente de Hogares en el 2001, el grupo de adolescentes entre 13 a 17 años (13.1 %) que se encuentra fuera del sistema educativo, porque dejaron la escuela en distintos momentos se distribuiría así: 41 % no completó el secundario, un 33 % solo completó el primario y cerca del 24 % no completó ese nivel. El 9 % ya no asiste a la escuela, quienes pertenecen al estrato más pobre abandonan los estudios antes que aquellos que pertenecen al estrato mas alto. Según datos recientes publicados por el Diario Clarín, tres de cada diez niños abandonan la escuela primaria y seis de cada diez alumnos abandonan la escuela primaria.²⁵

Desamparados por el Sistema de Salud

Los últimos datos del Ministerio de Salud –del 2001- indicaban que el 37,6% de los /as jóvenes se atendía en hospitales públicos y el 60,2% tenía cobertura de obras sociales (50,3%) o prepagas (8%). Es esperable que en el 2003, después de la etapa más grave de la crisis, haya aumentado la cantidad de jóvenes que utilizan los servicios estatales o públicos de salud porque sus padres junto a la desocupación perdieron la Obra Social.

²³ Datos aportados por el Dr. Norberto Liwsky, Presidente del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia en la Cámara de Diputados el 6 de mayo 2003.

²⁴ Diario Clarín: Radiografía del país que encuentra el nuevo presidente, Domingo 18 de Mayo 2003, p. 22 y 23

²⁵ Diario Clarín: Radiografía del país que encuentra el nuevo presidente, Domingo 18 de Mayo 2003, p. 22 y 23

La crisis agudizó aún más las diferencias sociales. Muchos de los jóvenes, como consecuencia del aumento de la pobreza que antes se atendían en los hospitales públicos ya no tienen ni siquiera recursos para llegar a estos hospitales. *“Los pobres de solemnidad ya no llegan”*, informa Eugenia Trumper, Jefa del Servicio de Adolescencia del Hospital Rivadavia.

Esta situación de desamparo pone, por supuesto, en riesgo la salud y la vida de los / as adolescentes. *“Por no poder viajar los adolescentes llegan tarde a la consulta. Esto hace que veamos cuadros cada vez más graves. Si antes llegaban con una apendicitis hoy llegan con peritonitis. Soy infectólogo y estoy viendo casos de tuberculosis en adolescentes como no he visto en años”*, le dijo a la periodista Mariana Carbajal, del diario “Página/12”, Eduardo Rubinstein, Secretario del Comité de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría y Coordinador del Área de Adolescentes del Hospital Muñiz.

Mientras que otros / as jóvenes que tenían obras sociales o prepagas ahora acuden al hospital público. *“Hasta el año pasado la población que atendíamos tenía mayoritariamente primaria incompleta y completa. Ahora los que vienen están en la secundaria o tienen estudios terciarios”*, resalta Trumper. Muchos jóvenes son nuevos pobres y, por ende, muchos jóvenes son nuevos pacientes del hospital público.

Verdad y consecuencia: la violencia

Se sabe que la violencia genera violencia. También que la pobreza genera pobreza. Pero la pobreza también produce violencia. Y la pobreza genera más violencia. Hasta ahora no se conocen bien las cifras del aumento de la pobreza y sus efectos en las personas. Pero estas cifras muestran una realidad que tiene muchas aristas. La pobreza implica menos educación, menos trabajo y menos salud. La pobreza también implica más violencia y más adicciones. En los diarios, la violencia escolar recién aparece cuando hay algún caso que puede caratularse de “petit” policial. Pero es un problema extendido que afecta a muchos alumnos y docentes. Y que empieza con el aumento de la violencia entre los padres ya sea por falta de trabajo o explotación laboral, por problemas económicos otros, no pueden prestarle la atención adecuada en tiempo y apoyo a sus hijos. Muchos ahora desencadenan episodios de violencia en la familia.

La escuela por otra parte, es receptora y reflejo de la violencia social. Hoy se estima que uno de cada cuatro alumnos secundarios tienen problemas de indisciplina, según un relevamiento del Ministerio de Educación, en una encuesta sobre 5100 directivos de escuelas de todo el país²⁶. Cuando en una sociedad no hay valores se corre el riesgo de que la violencia sea un valor. *“Si sos macho te lo hacés y si no sos mariquita”*, dice Rodrigo, alumno de quinto grado de la Escuela Número 18 de Garin, donde el 80% de los padres de los chicos están desocupados. El –igual que 73 de los 1092 alumnos del colegio- es uno de los chicos que se lastimaron la mano con la uña, un vidrio, o una trincheta en el juego del abecedario que valora la valentía para herirse la mano. Esto se conoció y difundió en nuestra sociedad como “Tumberitos” por imitar las

²⁶ “Crece entre los docentes la preocupación por prevenir la violencia en las escuelas”, La Nación, 26 de noviembre del 2002, por Amalia Eizayaga.

lastimaduras que acostumbran a realizarse los presos y que se mostraron en el programa televisivo "Tumberos"²⁷.

A veces la violencia llega al punto más doloroso e irremediable: la muerte. Las causas de muertes asociadas a violencia (suicidios, agresiones y otros) alcanzan a casi un tercio (29%) en las defunciones de jóvenes entre 10 y 24 años, según datos del Ministerio de Salud de 1999. En algunos casos la violencia no se expresa en contra de otros, sino en contra de ellos mismos, algo conocido en el estudio de la violencia y sus manifestaciones. Durante el 2000 en Argentina se suicidaron 64 de cada 100.000 adolescentes. La cifra es muy alta en comparación con 1991, cuando se suicidaban 30 de cada 100.000 chicos, de entre 15 y 19 años, según la psiquiatra Edith Serafaty, en base a datos del Ministerio de Salud, **el 7% de los / as adolescentes que fallecieron en 1999 murieron a causa de un suicidio.**

Frecuentemente la violencia, es invisible y se disfraza de negligencia, imprevisión o valentía. Desde los 10 a los 19 años de edad el 34,4% de las muertes se producen por accidentes. *"El riesgo de morir por accidente se incrementa significativamente en esta etapa de la vida"*, alerta el informe²⁸.

Las dos caras de la inseguridad

Es indudable que los / as adolescentes son más frecuentemente víctimas de violencia. Los /as jóvenes de sectores socioeconómicos altos son con mayor frecuencia víctimas de asaltos o del temor de ser asaltados. Incluso, por la inseguridad cambian sus formas de vida, se aíslan en shoppings o lugares cerrados para poder tener momentos de esparcimiento y recreación con mayor seguridad. Pero de la inseguridad son víctimas todos los / as adolescentes sin distinción de clase o sexo.

La violencia policial es un grave problema de la Argentina. Entre septiembre del 2000 y septiembre del 2001 hubo, en la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires, mil denuncias de jóvenes torturados en institutos de menores y comisarías. Mientras que el informe de Amnesty International, presentado el 13 de diciembre del 2002, alertó: *"Vemos con especial preocupación las situaciones de tortura y malos tratos hacía menores de edad que hemos podido registrar en nuestra última visita de investigación"*.

La creencia popular frecuentemente asocia los chicos que están internados en institutos de menores como delincuentes precoces. Es una creencia errónea pero muy difundida. El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) denunció ante el Comité de los Derechos del Niño, de Naciones Unidas, que de los 8.195 chicos que quedaron bajo tutela del gobierno bonaerense durante el 2001 apenas 853 habían sido detenidos por delitos. Esto quiere decir que **el 88% de los niños o adolescentes ingresaron al sistema por motivos asistenciales, la mayoría por motivos sociales o económicos.** Pero esto no se dice, entonces se deja que el "inconsciente colectivo" continúe creyendo que todos estos chicos y adolescentes son delincuentes potenciales. Por eso ser joven o

²⁷ "El juego de las lagrimas", Para Ti, 20 de diciembre del 2002, por Daniela Fajardo.

²⁸ "Salud de la adolescencia en la Argentina", de la Unidad Coordinadora de Programas Materno Infanto-Juveniles y Nutricionales del Ministerio de Salud de la Nación, de abril del 2001.

adolescente es “sospechoso”, esto permite que se cometan atropellos y violencia de todo tipo contra estos adolescentes.

En los medios de comunicación habitualmente se habla del problema de la violencia juvenil como un problema de delincuencia juvenil. Sin embargo, por cada chico menor de 18 años que es acusado por un delito en la Provincia de Buenos Aires hay otros dos que llegan a la justicia como víctimas de golpes, abusos sexuales o estados de desamparo, según un estudio realizado por Silvia Guemureman, investigadora del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, en base a datos de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires²⁹.

La violencia no es sólo la de la inseguridad fuera de la casa. Muchas veces la peor violencia está de la puerta para adentro de los hogares. Desde 1994 existe en la Dirección de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la línea telefónica “Te ayudo” para niñas / os y adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar. Desde el 7 de agosto del 2000 hasta el 31 de julio del 2002 la línea “Te ayudo” recibió 48.515 llamadas. Entre agosto y diciembre del 2000 hubo 5.995 llamadas, entre enero y diciembre del 2001, 24.255; y entre enero y julio del 2002, 18.265 llamadas. **Pero además la violencia doméstica hace distinción de sexo, las mujeres son las más elegidas.** Muchas mujeres desde la adolescencia son víctimas de la violencia de sus novios. La línea Te Ayudo recibe 90 llamadas diarias en promedio, de las cuales 6 aproximadamente son por noviazgos violentos. O sea que por mes hay, aproximadamente, 180 llamadas para pedir ayuda por maltrato en un romance adolescente, donde el varón es el victimario y la niña la víctima.

Muchas veces la violencia de pareja es sexual y deja huellas para siempre en las víctimas. Pero, lamentablemente, la violencia sexual –aún durante el noviazgo- es, todavía, invisible y hasta tolerada culturalmente. Por eso, en muchos casos las mujeres son forzadas a hacer lo que no quieren. Aunque eso parezca natural, **solo la mitad (53,4%) de las adolescentes tuvo su primera relación sexual de manera consentida.** Un 5,6% se inició sexualmente siendo forzada a hacerlo. Según una encuesta del Centro de Estudios de Población, realizada entre marzo y octubre de 1997, sobre 205 mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años, a pesar de que un 41% aceptó tener su primera relación sexual, la misma no sucedió en el momento deseado.

"Las adolescentes más jóvenes son más vulnerables a la coerción por la falta de experiencia y la mayor diferencia de edad con su pareja. La falta del debido cuidado por parte de los adultos que las tenían a su cargo podría ser la explicación de por qué la mitad de las entrevistadas coercionadas describieron algún tipo de episodio de abuso sexual infantil", señala el informe. "La sexualidad forzada puede tener consecuencias negativas para la salud física y mental de la mujer y para sus relaciones sociales. Pero si la iniciación sexual es forzada las consecuencias, probablemente, se vean magnificadas debido a que la coerción se ejerce en un momento decisivo, convirtiéndola en una experiencia formativa", apuntan Rosa Geldstein, Edith Pantelides, Nilda Calandra y Sandra Vázquez, autoras del informe.

²⁹ “Por cada chico que delinque hay dos que son víctimas”, Clarín, 9 de agosto del 2002, por Virginia Messi y Rolando Barbano.

Jóvenes y crisis: un cóctel peligroso

El INDEC mide el nivel de desocupación de las personas. No mide la depresión de un jefe de familia sin trabajo, ni posibilidades de conseguirlo. El INDEC solo mide la deserción escolar pero no mide la desesperanza de un joven que no quiere estudiar, que no tiene plata en el bolsillo y que sabe que en la Argentina cualquier camino lo puede conducir al mismo destino de fracaso. **El INDEC no mide, ni medirá el impacto en la salud mental de los / as argentinos de la crisis. Ese es un laberinto prácticamente insondable. Pero, sin duda más importante y doloroso que los datos estadísticos que colecta el INDEC.**

Los jóvenes son víctimas directas de los coletazos de la crisis en el aparato emocional de los argentinos. La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) advirtió que los servicios de adolescencia observan un aumento de intentos de suicidio, cuadros de depresión y de estrés, ataques de pánico y consultas por uso de drogas, desde diciembre del 2001 hasta septiembre del 2002³⁰.

En la Argentina del hambre, también creció –contradictoriamente- otro hambre, el hambre de los trastornos alimentarios. Los cuadros de bulimia y anorexia crecieron un 30%, durante el 2002, dentro del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas. A pesar de la paradoja, no es raro que los trastornos alimentarios hayan crecido, ya que hoy para amplios sectores de la población, especialmente femenina –aún en la clase baja- la anorexia es una de las patologías por donde las adolescentes canalizan sus angustias y su baja autoestima. **Otra anorexia que se hace notar es la sexual. La falta de deseo también es un signo de la época.** A modo de ejemplo, una de cada cuatro estudiantes de medicina manifestaron sufrir alguna disfunción sexual, en una encuesta realizada por el Hospital Durand³¹.

Los agujeros de la crisis hacen lugar a las adicciones, un problema ligado a la adolescencia que hoy en día consume mucho alcohol y drogas, lo que se incrementa por la falta de un proyecto de vida en el cual los adolescentes puedan apoyarse para cuidar su salud, estudiar y desarrollarse. Según la Fundación Manantiales, la edad del inicio del consumo de drogas se ubica alrededor de los 13 años, cuando tres años atrás ese promedio se ubicaba por encima de los 16. Otra novedad de los últimos tiempos es que las chicas aumentaron el consumo de alcohol y lo igualaron al de los varones³².

En promedio los varones empiezan a tomar alcohol a los 13 años y las chicas a los 14, según la Primera Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media de la Secretaría de Programación para la Prevención y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) durante octubre y noviembre del 2001, en donde fueron consultados 31.600 estudiantes de todo el país de entre 12 y 18 años. En

³⁰ "Aumentos de depresión, ataques de pánico e intentos de suicidio entre los adolescentes", Página/12, 30 de septiembre del 2.002, por Mariana Carbajal.

³¹ "Una de cada tres mujeres sufre de disfunción sexual", La Nación, 16 de diciembre del 2.002, por Valeria Shapira.

³² "Por amor a la botella", Clarín (Suplemento Sí), 13 de diciembre del 2.002, por Mariano Del Aguila.

el relevamiento de SEDRONAR³³ se comprobó que **dos de cada tres estudiantes secundarios argentinos toma alcohol habitualmente³⁴, sin diferencia de sexo.** Esto quiere decir que, al igual que los varones, también el 75 % de las jóvenes están acostumbradas a beber bebidas alcohólicas. Entre los que toman, el 36% prefiere la cerveza y el 22% el vino.

En tanto, el inicio al consumo de drogas se produce, en promedio, a los 16 años, según un relevamiento sobre 7.781 pacientes en tratamiento realizado por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, en septiembre del 2002. Pero, de este promedio, el 40% empezó a consumir a los 15 años. Uno de cada cuatro de los usuarios / as de drogas (24,6%) prueba para buscar nuevas experiencias y un 21,4% por problemas familiares. El 46,4% de los pacientes en tratamiento empezó a consumir a los 16 años; el 37,5%, cuando tenía menos de 15; el 8,7%, entre los 20 y los 24 años; y el 2,2%, entre los 30 y los 34 años. Entre los que toman tranquilizantes sin receta médica (el 6,2% de los jóvenes) predominan las mujeres. El 7,3% de las chicas toman medicación sin prescripción médica contra el 4,8% de los chicos. “Siempre las mujeres exhiben una pauta de consumidores más alta”, señala el informe del SEDRONAR. Entre los adolescentes que alguna vez consumieron marihuana (5%) pasa lo contrario. “*En general, la proporción de consumidores masculinos duplica a los femeninos*”, indica la investigación.

También es precoz, en la Argentina, la iniciación en el hábito de fumar. El consumo empieza a los 13 años en los varones y 14 años en las mujeres. El 16% de los adolescentes de 12 a 15 años ya fuma. Mientras que sólo el 17% de las personas fumadoras adquirieron ese hábito después de los 18 años. El resto empezó a fumar antes de esa edad, según datos de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, de 1999. El 45% de los estudiantes fumó alguna vez, pero sólo el 26 % fuma actualmente. Una publicación reciente de un diario nacional en que presenta una “Radiografía del país”, señala que seis de cada diez adolescentes han probado un cigarrillo alguna vez en su vida. De ellos –los que probaron- un 30,3% son ahora fumadores diarios. El tabaco y el alcohol son adicciones que van de la mano y que hoy afectan a chicas y chicos por igual, algo más grave ya que las mujeres adolescentes son más sensibles a las dosis de alcohol y tabaco, produciéndose adicción con menores dosis que en los varones³⁵.

³³ “Resultados de la encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media 2001- SEDRONAR (Acerca de los resultados sobre el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas en jóvenes estudiantes”, boletín de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

³⁴ “Dos de cada tres estudiantes beben alcohol habitualmente”, Clarín, 19 de noviembre del 2.002.

³⁵ Bianco, M.: “Control del tabaco en niñas y mujeres de Latinoamérica y el Caribe: una estrategia basada en el genero”. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional sobre Tabaco y Salud “Haciendo la Diferencia del Tabaco a la Salud: Aboliendo la Epidemia del Tabaco en Mujeres y Jóvenes”, organizada por la Organización Panamericana de la Salud, noviembre 1999, Kobe, Japón.

III) LOS / AS JÓVENES Y LA SALUD REPRODUCTIVA: UN PROBLEMA SILENCIADO

La sexualidad no está aislada, sino atravesada por los condicionantes sociales. La pobreza, la edad, el género, la escolaridad, la inserción social y el lugar de residencia influyen en el ejercicio de la sexualidad. En la Argentina, en la medida que aumenta la pobreza, la desnutrición, la exclusión, la violencia y las adicciones se redoblan los riesgos de una sexualidad insegura, especialmente para las niñas, las adolescentes y mujeres adultas. La Argentina es un país de grandes diferencias sociales, culturales y medioambientales. Las diferencias son tan abismales como años de vida. Por ejemplo, la esperanza de vida de las mujeres en promedio es de 75,6 años. Pero hay fuertes diferencias regionales. En la Ciudad de Buenos Aires es de 76,5 años y en Formosa y Chaco de 72,6 años. Por eso en la Argentina los promedios dicen muy poco, es necesario hablar de los rangos en que oscilan estos indicadores.

Más del 60 % de las muertes de adolescentes entre 15 y 17 años son por causas externas, es decir, accidentes de tránsito, agresiones, suicidios y otras formas accidentales. Los tumores malignos representados en el 68.4 % de los varones y el 51.5 % de mujeres son la segunda causa; las enfermedades del sistema respiratorio la tercera. **Cabe destacar que en el grupo de las adolescentes mujeres la cuarta causa en importancia –5 % de las muertes– está asociado al embarazo, parto y puerperio** y por último las enfermedades infecciosas y parasitarias³⁶.

En materia de sexualidad, las brechas son enormes. Hay mujeres que, como las de los países del norte, pueden informarse acerca de su sexualidad y también sobre la reproducción. Además de informarse pueden acceder a médicos y a métodos comprándolos en el mercado privado para planificar su familiar. Y hay mujeres que, como las africanas, son asaltadas por el destino. Hay mujeres que pueden decidir, y otras que no. Hay adolescentes mujeres que pueden disfrutar de su sexualidad sin miedo a hipotecar su vida. Y hay jóvenes que no tienen ni siquiera un proyecto de vida que resguardar. En realidad, el Estado tiene que intermediar, como en otros aspectos para igualar las posibilidades de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de unas y otras. Aunque hasta ahora el Estado estuvo ciego, sordo y mudo en materia de sexualidad. Mientras los proyectos de salud sexual y reproductiva dormían o rebotaban en el Congreso de la Nación, la gente –sin respaldo estatal– comenzaba a cuidarse más. Una

³⁶ Ídem 4.

investigación del CENEP refleja que el 70% de los jóvenes varones que debutaron entre 1980 y 1985 no usaron ningún tipo de protección. La cifra se achicó con el tiempo: el 40% de los que debutaron entre 1986 y 1991 no usó ningún tipo de protección. Y volvió a descender: el 15% de los que debutaron entre 1992 y 1999 no utilizó protección, el 75% se protegió.

Por un lado la conciencia sobre la necesidad de protegerse aumentó, pero sólo pudieron protegerse las personas con recursos para acceder a esos insumos. El Estado –en líneas generales- no acompañó el aumento de la conciencia de la gente. Esto trajo consecuencias. Hoy la Argentina tiene grandes problemas en materia de embarazos no planeados, embarazos adolescentes, mortalidad materna y una alta prevalencia del VIH-SIDA. Pero, además, esos problemas se están agravando y pueden agravarse todavía más si no se actúa ya. En principio, por la falta de recursos económicos y la pobreza. Si el 70% de los jóvenes son pobres es imposible que tengan dinero para comprar preservativos, menos aún para consultar a un profesional y comprar anticonceptivos. Incluso, en muchos casos, es difícil que tengan dinero para pagar el colectivo para ir a una consulta médica gratuita en un hospital público o un centro de salud. Pero además la falta de servicios de planificación familiar y de prevención de las enfermedades de transmisión sexual va a agravarse por causas indirectas. La pobreza empuja a la deserción escolar. **La escolarización por sí misma –aún cuando en el colegio no se enseñe educación sexual- es una buena vacuna –no suficiente, pero sí importante- para ejercer una sexualidad responsable.** Un adolescente mujer o varón escolarizado tienen más probabilidades de acceder a información sobre prevención. Tiene más recursos aunque no tenga dinero. Las diferencias de conocimientos y de conductas entre los jóvenes escolarizados y los no escolarizados son apabullantes. Por eso, para que la crisis no se siga profundizando hay que tomar las riendas del problema y exigirle al Estado que adopte políticas preventivas adecuadas. Sólo con una buena contención social no se van a seguir agravando los problemas de la salud sexual y reproductiva de la Argentina y sólo si se solucionan esos problemas no se va a seguir agravando la crisis social.

Dime cuánto ganas y te diré cuántos hijos tienes

En la Argentina de hoy la pobreza da a luz a más pobreza. La cantidad de hijos que tienen las mujeres está determinada por las posibilidades económicas. La tasa de fecundidad de todo el país es de 2,8 hijos por mujer. Pero en la Ciudad de Buenos Aires es de 1,7; en Mendoza de 3,0; en Chaco de 3,6 y en Formosa de 3,8, según datos del INDEC de 1990-1995³⁷. En el mismo estudio, se proyecta que entre el 2000 y el 2005 la tasa global de fecundidad va a ser de 2,4 hijos por mujer en todo el país. En la Ciudad de Buenos Aires será de 1,5 mientras que en Mendoza de 2,6; en Chaco de 3,2 y en Formosa de 3,3. Cabe señalar que la actual tasa de fecundidad de Chaco y Formosa es similar a la que tenía la Ciudad de Buenos Aires en 1909 (3,5 hijos por mujer) prácticamente un siglo atrás, lo cual muestra que “la brecha de desigualdad en la Argentina –medida en tiempo- es de casi cien años”.

³⁷ “Mujeres en número” (Capítulo: Situación comparativa Interprovincial de las Mujeres), publicado por la Dirección General de la Mujer y la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el 2001.

Las diferencias de clase generan diferencias, por ejemplo: en la información. Sólo el 35% de las adolescentes de clase baja conoce por lo menos cuatro métodos anticonceptivos. En cambio, el 61% de las adolescentes de clase media alta puede nombrar al menos cuatro métodos³⁸. La mayor diferencia entre las adolescentes de clase baja y las de clase media y alta es la escolaridad, que es un factor básico para desarrollar la conciencia sobre la necesidad de protección. Esto tiene que ver con la autoestima de unas y otras y también con tener o no un proyecto de vida. Lo cierto es que la proporción de jóvenes con alta escolaridad (terciaria o universitaria, completa o incompleta) que tuvieron una iniciación sexual protegida es un 40% mayor que la observada entre los jóvenes con baja escolaridad³⁹.

En general, **la mayoría de las madres adolescentes, tienen un nivel muy bajo de escolaridad.** A nivel nacional, el 60% de las chicas que en el 2000 fueron madres adolescentes no terminaron la primaria. Pero en algunas provincias la situación es más grave. En Jujuy, por ejemplo, el 99,7% de las madres precoces no concluyó la escuela⁴⁰. La importancia de la escolarización va más allá de la educación sexual, el sólo hecho de ir a la escuela genera más capacidad y mejores armas para ubicarse en la propia vida y ante los demás. El 42% de las mujeres de áreas rurales que sólo tienen tres años de escolaridad no conocen los métodos de planificación familiar. En cambio, menos del 27% de las que concurren entre cuatro a seis años a la escuela ignora cómo cuidarse y apenas el 6% de las que durante 7 ó 12 años desconoce cómo evitar embarazos no planeados⁴¹.

Esto también se aplica para los adolescentes varones. Sólo 5 de cada 100 varones de entre 20 y 29 años con algún nivel de educación superior son padres. En cambio 32 de cada 100 jóvenes que no completaron el secundario ya tienen, al menos, un hijo, según el estudio del CENEP. Otro ejemplo de los efectos de la educación es que entre los adolescentes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires el 79% dice cuidarse en sus relaciones sexuales, según datos del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas⁴². En la práctica falta verificar que, el 79% de los adolescentes escolarizados porteños se cuida. Pero, al menos, estas cifras reflejan que ellos saben que deben cuidarse, otro tema es si lo hacen.

De acuerdo a una investigación realizada por FEIM en la Ciudad de Buenos Aires en el 2000, **“las jóvenes expresaron mayor miedo ante el embarazo que ante el VIH/SIDA... Acerca de qué hacer frente a la vulnerabilidad de los/as jóvenes, especialmente las mujeres, lo primero que señalan es hacerse el test y luego la abstinencia sexual. En segundo lugar, hacen referencia al uso del preservativo. Esto parece demostrar que la prevención doble del embarazo y ITS / VIH / SIDA con preservativos forma parte de un discurso, pero no de prácticas incorporadas e internalizadas.** Refieren que las campañas de difusión no han sido efectivas y suficientes para motivar el cambio (*“la*

³⁸ “Riesgo reproductivo en la adolescencia”, de Rosa Noemí Geldstein y Edith Alejandra Pantelides, editado por UNICEF, en el 2001.

³⁹ *Ibíd.* 28.

⁴⁰ Datos Consultora Equis, en base a datos oficiales del 2000.

⁴¹ “Salud reproductiva rural en la Argentina, Misiones, Salta y Santiago del Estero”, editado por el Banco Mundial, en el 2.001.

⁴² “Solás frente a sus dudas”, Revista “Luna”, 2.000.

información no te llama la atención...”; “es siempre lo mismo, repetitivo , cansador...”; “aburre y acabás desconectándote...”) y que deberían crearse estrategias nuevas y movilizantes. También señalaron que las respuestas y soluciones provienen desde lo individual: *...”si no está en uno escuchar y aprender..”; “...en el fondo todo pasa por uno mismo”*. Estas expresiones indican las dificultades para la apropiación e internalización de la información y la adopción de medidas de prevención”⁴³.

Un dato llamativo y alentador es que más allá de la escolarización también la participación social funciona como un generador de conciencia. El 51% de las mujeres de áreas rurales de Misiones, Santiago del Estero y Salta dicen usar algún método de planificación familiar. Este número asciende al 55% entre las mujeres que participan en alguna organización social. De este dato –aunque pequeño es muy interesante de analizar- se desprende que una mujer activa y comprometida con un proyecto personal sea este político, social, gremial o solidario, tiene más posibilidades de tener conciencia sobre la necesidad de cuidarse que otra mujer cuando su única participación se limita al hogar. **Esto muestra que el sentirse útil y tener un proyecto de vida propio, de por sí, es un antídoto que puede disminuir el impacto de otros factores, como por ejemplo la pobreza.**

Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es una de las consecuencias más graves de la falta de políticas de prevención de embarazos no planeados en el país. Y es un problema que continúa en aumento. En 1989, el 13,8% de los nacimientos fueron de madres menores de 20 años. Mientras que en el 2000, ya el 15% de los 701.878 bebés nacieron de mamás menores de 20 años, según datos del Ministerio de Salud de la Nación⁴⁴. Esto quiere decir que entre 1980 y el 2000 la maternidad adolescente aumentó un 14,2%⁴⁵. Hay que reconocer que la Argentina ostenta una elevada frecuencia de embarazo adolescente, algo que crece. Y un hecho que supera los valores habituales o “normales”. Esto se señala desde hace 20 años⁴⁶. **Actualmente lo novedoso es el aumento del embarazo y la maternidad en las niñas menores de 15 años, lo que implica riesgos aún mayores para la madre y el niño**⁴⁷. El embarazo adolescente implica biológicamente mayores riesgos de vida para la madre y el niño, pero el principal problema es como afecta la calidad de vida, especialmente de la madre adolescente. Por eso preocupa cuando no es voluntario y ocurre como un accidente por falta de información, y/o de acceso a una forma de protección y

⁴³ “Adolescencia, Derechos Sexuales y Reproductivos, y Políticas Públicas”, Revista DeSIDAms, Año X, N° 1, junio 2002, Buenos Aires, Argentina.

⁴⁴ “Condiciones de vida en dos grupos de riesgo. Madres adolescentes”, del Ministerio de Desarrollo Social, abril del 2001.

⁴⁵ “Aumentan los casos de niñas y adolescentes que tienen hijos”, Clarín, 16 de diciembre del 2000, por Sibila Camps.

⁴⁶ “Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina, el caso Argentina”, Mabel Bianco, FEIM / FNUAP, Buenos Aires, Argentina, 1996.

⁴⁷ Derechos Humanos de las Mujeres: asignaturas pendientes del estado argentino”, Contrainforme de la Convención contra la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la Mujer, FEIM / CLADEM / Instituto Social y Político de la Mujer / CELS / ADEUEM / Mujeres en Acción / Feministas en Acción, Buenos Aires, agosto 2002.

más aún a una imposibilidad de negarse a una relación sexual insegura y muchas veces forzada.

Graciela Rosso, Secretaria de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, remarca: *“En este momento la tasa de natalidad en la Argentina es más alta en la franja de adolescentes que en el grupo que se denomina en edad fértil, que estaría en condiciones de tener un mejor embarazo”*. *“La incidencia del embarazo adolescente es relativamente alta en relación al nivel general de fecundidad de nuestro país, puesto que uno de cada seis niños que nace por año en la Argentina tiene por madre a una adolescente”*, advirtió el Ministerio de Desarrollo Social, en abril del 2001. En este documento también se remarcó: *“El embarazo adolescente constituye un factor de alto riesgo tanto para el recién nacido como para la madre. Además, ayuda a la reproducción intergeneracional de la pobreza, ya que estas jóvenes madres se ven compelidas a abandonar la escuela y a incorporarse al mercado de trabajo con un escaso capital cultural y un pesado bagaje de responsabilidades domésticas”*. Esto habla de una cadena: la falta de educación promueve el embarazo adolescente y el embarazo adolescente promueve la menor escolaridad.

A mayor pobreza, más embarazos adolescentes, los que predominan en niñas no casadas ni unidas, cuyos bebés tienen menor peso al nacer y mueren más antes del primer año de vida. Esto aumenta a medida que disminuye la edad de las niñas madres⁴⁸. Hay mayor cantidad de madres adolescentes en las provincias más pobres. El 25% de las madres del Chaco tienen menos de 20 años. También el 20% de las mamás de Misiones y Formosa son demasiado chicas para ser mamás. El porcentaje más bajo se da en la Capital Federal donde sólo el 6,5% de las mamás son adolescentes, según cifras oficiales del 2000, procesadas por la Consultora Equis.

“La tasa de fecundidad adolescente también varía por región y por grupo socioeconómico. En un extremo, en la Capital Federal (14,2 por 1000) exhibe tasas de fecundidad adolescentes similares a los países ricos, mientras jurisdicciones como Chubut, Formosa, Misiones, Río Negro y Salta exhiben tasas similares a otros países menos desarrollados de América Latina (más de 50 por 1000)”, destaca el Banco Mundial. Pero no sólo en las áreas rurales la maternidad adolescente es una abrumadora mayoría. En el conurbano las cifras son altísimas. Por ejemplo, en la Maternidad del Hospital Zonal Manuel Belgrano, del partido de San Martín, el 25% de las 973 mamás que dieron a luz en 1999 eran menores de 20 años. Sin embargo, aún en la Ciudad de Buenos Aires los promedios son engañosos. Por ejemplo, tres de cada seis chicas alojadas en el Hogar para Madres Adolescentes “María Eva Duarte” –de la Dirección General de la Mujer porteña- no conoce los métodos anticonceptivos, seis de cada diez no los usa y ocho de cada diez (86,5%) tuvo un embarazo no planeado.

Además, a mayor pobreza, mayor precocidad materna. Un estudio sobre mujeres de áreas rurales (Misiones, Salta y Santiago del Estero) arrojó que el 16% tuvo su primer embarazo antes de los 15 años y el 54% antes de los 19 años. *“Los embarazos adolescentes no son una excepción sino un hecho frecuente y, de alguna forma, una forma esperada de salir del control paterno,*

⁴⁸ “Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina, el caso Argentina”, Mabel Bianco, FEIM / FNUAP, Buenos Aires, Argentina, 1996.

ya que el casamiento puede venir mucho más tarde. La mayoría de las mujeres (90%) deja a sus padres a los 17 años. Desde la temprana niñez las mujeres son socializadas en sus roles esperados de reproducción y crianza, primero cuidando a sus hermanos, después a sus propias familias”⁴⁹.

El 80% de las madres precoces no terminaron el colegio secundario y provienen de los hogares con menores ingresos per cápita. Dentro de las madres adolescentes, el 16% -aproximadamente 19.000 chicas- ya tienen dos o más hijos. Apenas el 30% trabaja –y la mitad lo hace en el servicio doméstico- o busca trabajo, según datos del Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales, de abril del 2001. Seis de cada diez madres adolescentes viven en hogares con ingresos muy reducidos. En Corrientes, el 85% de las madres adolescentes vive en un hogar de bajos ingresos. *“En la Argentina la maternidad prematura es indicador de hiperpobreza”*, define el sociólogo Artemio López, titular de la Consultora Equis.

El eslabón siguiente de la cadena es que a mayor embarazo adolescente, más pobreza. El informe oficial "Salud de la Adolescencia en la Argentina"⁵⁰, advierte: *"No sólo deben considerarse los riesgos que la maternidad precoz trae aparejados para el futuro de las mamás adolescentes, sino que además incrementa en forma muy importante el riesgo de sus hijos, comparado con el de otros niños de mamás mayores. Respecto de las muertes infantiles, la contribución de las madres menores de 20 años fue casi del 20%, lo que indica que las tasas específicas de mortalidad infantil son notablemente altas para mamás menores de 19 años".*

En general el embarazo adolescente no es lo mejor –especialmente si hay más de un embarazo durante la adolescencia- ni para la mujer ni para el bebé, desde el punto de vista biológico. Pero, además, generalmente, es un embarazo no planificado ni elegido y muchas veces forzado, con toda la carga emocional que eso implica. El 20,5 % de las jóvenes embarazadas que concurren al Hospital Argerich de la Ciudad de Buenos Aires expresan no querer tener a su hijo y otro 5% manifiesta no saber qué hacer, según cifras de la Fundación para la salud del adolescente, del 2000.

Es importante enmarcar las políticas públicas frente al embarazo adolescente dentro del respeto de los derechos de niñas / os y adolescentes. **Negar a priori el derecho a ser madres o padres no es lo aconsejable, sino el hacer lo imposible para que todos tengan las mismas posibilidades de decidir y de elegir, esto implica acceso a la información y formación, acceso a métodos y a decisiones adoptadas libremente sin ningún tipo de coerción y/o violencia.** Esto último es algo muy difícil por la presión e imposición de padres, pares, adultos y la sociedad en que viven frecuentemente las mujeres y varones adolescentes. Ellas y ellos son los menos reconocidos en la sociedad y por ello los más vulnerables de poder tomar decisiones libres de coerción y/o violencia. Para esto no alcanza la educación sexual y la existencia de servicios para su atención, es necesario que la sociedad reconozca sus derechos y los respete.

⁴⁹ "Salud reproductiva rural en la Argentina", de la Unidad de Desarrollo Medioambiental y Social Sustentable de la Región de América Latina del Banco Mundial, editado en el 2001.

⁵⁰ "Salud de la adolescencia en la Argentina", de la Unidad Coordinadora del Programa Materno Infante Juvenil y Nutricionales, del Ministerio de Salud de la Nación, de abril del 2001.

El aumento del aborto

“En la Argentina se estima que el número de abortos inseguros estaría aumentando, considerando tres variables: la reducción del número absoluto de nacimientos por año, la disminución de la venta de anovulatorios, y el aumento de la pobreza y la marginalidad”, señala María Correía, Gerente del Sector de Género de Latinoamérica del Banco Mundial.⁵¹ Un informe de 1996 de Luis María Aller Atucha y Jorge Pailles estima que en la Argentina hay entre 450 mil y 498 mil abortos por año. Esta cifra es muy difícil de estimar por no existir registros. Sin perjuicio de ello un indicador indirecto es el número de egresos hospitalarios por complicaciones de abortos que se registran en los hospitales públicos.

Las jóvenes son las principales víctimas del desamparo que significa el aborto. Según datos de 1993, cada 560 adolescentes que egresan de un hospital por un parto normal hay 57 adolescentes que egresan de un hospital por un embarazo terminado en aborto. Lo peor de todo es que el 35,3% de la muertes maternas en adolescentes es a causa de embarazos terminados en abortos, según datos del Ministerio de Salud de la Nación. Lo más grave es que en el año 2000 por primera vez en el país se registraron muertes maternas en menores de 15 años⁵². En el 2001 también ocurrieron 27 muertes maternas en adolescentes, las totales fueron 297. de las muertes en menores de 20 años, una fue una niña entre 10 y 14 años y se debió a un aborto⁵³.

La mejor solución frente al aborto es prevenir embarazos no planeados, una decisión que hasta hoy Argentina no decidió llevar a cabo enérgicamente. Creer que fomentar o legitimar a las familias numerosas es combatir el aborto es falso. El 16% de las mujeres encuestadas para el libro “Salud reproductiva rural en la Argentina”, del Banco Mundial, tuvo un aborto inducido por lo menos una vez en su vida, una cifra que es bastante elevada considerando que las estimaciones indican que no más del 10% de las mujeres en edad reproductiva tendrían un aborto inducido. La mayoría de las mujeres de esta encuesta (Misiones, Salta y Santiago del Estero) tiene un promedio de 5 hijos cada una. Estos datos ratifican que la mayor cantidad de hijos no evita el aborto y que esta práctica golpea más fuertemente a las mujeres pobres. En 1985 un estudio realizado por la Dirección de Maternidad e Infancia y la de Estadísticas del Ministerio de Salud y Acción Social estudiando las muertes maternas de la Ciudad de Buenos Aires, evidenció que los abortos los padecían mas las mujeres con 2 o mas hijos y que lo utilizaban para interrumpir un embarazo que no pudieron evitar⁵⁴. Además todas las mujeres muertas por aborto eran pobres y excepto una, no contaban con cobertura de obra social.

⁵¹ “Las relaciones de género en la Argentina, un panorama sectorial”, de María Correía, editado por el Banco Mundial, en 1999.

⁵² Bianco, M.: “Liberación del comercio y salud sexual y reproductiva en Argentina”, marzo 2002, publicado en Revista Salud Mujer, Chile.

⁵³ Informe Estadístico Año 2001, Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As., 2003.

⁵⁴ Marconi, E. y otros: “Por una maternidad sin riesgos”, compilado por Mabel Bianco, FEIM, Buenos Aires, 1992.

El aborto es ilegal en Argentina, excepto en mujeres idiotas o dementes, violadas y ante grave riesgo para la salud de la madre. Sin embargo, una de cada diez mujeres se practicó uno. El 9% de las mujeres de la zona metropolitana dijo haber abortado, en una encuesta de Graciela Römer & Asociados, sobre 600 mujeres de Capital y el Conurbano, en junio del 2000. En el nivel socioeconómico bajo, el 7% reconoció haber abortado; 9% en el medio bajo, 10% en el medio y 15% en el medio alto y alto. El 40% de las mujeres que abortaron lo hicieron porque tenían un embarazo no planeado o que no podían tener, un 24% porque corría riesgo su vida, un 15% porque no querían tener más hijos, un 4% porque no podían mantener a sus hijos y un 4% porque el bebé podía tener problemas. No hay diferencias de clase en relación a las percepciones de las mujeres frente al aborto en Argentina. Pero sí hay diferencias de los métodos usados. El 40% de las mujeres de nivel bajo se atendieron con una partera, mientras que el 60% del nivel medio y el 83% del nivel medio alto y alto lo hicieron con un médico⁵⁵.

En cinco años crecieron un 46% las hospitalizaciones por complicaciones de aborto, según la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud, del 2.000. Este informe mostró que en 1995 hubo 53.978 egresos hospitalarios por complicaciones de abortos. Esta cifra ascendió en el 2.000 a 78.894 internaciones a causa de una interrupción del embarazo insegura. Nunca hubo una cifra tan alta en la Argentina. Las adolescentes son carne de cañón de este desamparo. **En el 2000 hubo 555 internaciones correspondientes a niñas de 10 a 14 años y 11.015 chicas, de entre 15 a 19 años, hospitalizadas por problemas derivados de un aborto**⁵⁶. En 1996 en un estudio realizado en 1995, Bianco refiere que en 1995 se registraba un aumento en los egresos hospitalarios por aborto y por sus complicaciones en relación a 1985 y 1981⁵⁷. Esta tendencia en aumento constante permite inferir que el número de abortos, especialmente los inseguros, continua en aumento en Argentina y alimenta la tasa de mortalidad materna en nuestro país.

El Banco Mundial calculó que en 1999 el aborto le costaba al país alrededor de \$57.000.000 anuales y que se gastaban más de \$150.000 diarios en atención de abortos complicados⁵⁸. Porque es necesario aclarar que **desde hace mas de dos décadas el aborto es la principal causa de muerte materna en la Argentina**. Tal vez por estas razones, según una encuesta de opinión realizada por Graciela Rommer y asociados por encargo del Consejo Nacional de la Mujer en 1996, el 86 % de la población estaba de acuerdo con desincriminar la interrupción voluntaria del embarazo, especialmente en los casos de violaciones⁵⁹.

Machismo argentino

⁵⁵ Encuesta realizada por el Estudio Graciela Römer & Asociados, 600 casos en la Ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, 3-6 junio 2000.

⁵⁶ "Radiografía del aborto en la Argentina", Página 12, por Mariana Carbajal, 21 de enero del 2.003 y "Yo aborté", Revista Rollings Stone número 59, por Paula Rodríguez, febrero del 2003.

⁵⁷ *Ibíd.* 45, Pág. 74-76

⁵⁸ "Las relaciones de género en la Argentina, un panorama sectorial", de María Correía, editado por el Banco Mundial, en 1999.

⁵⁹ Encuesta realizada el Estudio Graciela Römer y Asociados, Buenos Aires, 1996.

El no garantizar los derechos sexuales y reproductivos –todavía- afecta más a las mujeres principalmente por razones biológicas que a los varones -ellas son las que ponen el cuerpo en el embarazo y padecen las complicaciones ante un aborto inseguro, por ejemplo. Pero también y fundamentalmente por razones sociales y culturales: un 17 % de los jóvenes de entre 20 y 29 años del área metropolitana se define como machista, piensa que los anticonceptivos promueven la infidelidad femenina y que se justifica pegarle a una mujer en el ámbito doméstico. Además, un 37,5% de los jóvenes son “tímidamente machistas”, según las investigadoras Rosa Geldstein y Marta Schufer. Todavía en Argentina el cuidado y crianza de los hijos continua siendo responsabilidad primordial de las madres. Los padres que asumen el cuidado y responsabilidad de la crianza de los hijos son pocos y son más una rareza que algo habitual.

La pobreza tampoco es ajena a esta concepción socio-cultural desigual de lo femenino y lo masculino, conocida como sexismo. Los varones no son los únicos machistas. También las mujeres lo son, pero marcadamente a mayor pobreza peor es la condición de la mujer. Sólo el 9% de las adolescentes de clase baja tienen una concepción igualitaria de los roles del hombre y la mujer. La mitad de ellas piensa que “una mujer sin hijos no es una mujer completa”. En contraste, el 44% de las jóvenes de clase media alta piensan que las responsabilidades de los hombres y las mujeres dentro de la familia tienen que estar repartidas. El 20% de ellas piensa que el mandato social de ser madres es inexorable en una mujer⁶⁰.

Pero por sobre todo las mujeres, especialmente las adolescentes y pobres son las principales víctimas del sexismo. Sin embargo, **los adolescentes varones también sufren las consecuencias de las presiones por responder al estereotipo masculino.** En el estudio del CENEP, presentado en noviembre del 2002, se marcó que la edad promedio de iniciación sexual masculina es a los 15,6 años y que la cuarta parte de los varones se inician con una trabajadora sexual o una desconocida. El 17% de los chicos se sintieron presionados para debutar sexualmente. *“El número de compañeros sexuales muestra una clara diferencia entre los sexos. El 33% de los varones refiere haber tenido una pareja sexual, el 29%, 2 ó 3 compañeras y el 26% refiere 4 o más parejas. En cambio la mayoría de las mujeres (57%) refieren haber tenido relaciones sexuales sólo con un compañero; baja marcadamente el porcentaje a un 34% en las que tuvieron 2 ó 3 parejas sexuales y a 7% las de más de 4. Podemos decir entonces que los varones tienen un mayor número de parejas sexuales que las mujeres y concluir que tienen una mayor actividad sexual y desde edades más tempranas”.*⁶¹ Pero esto es siempre algo que eligen libremente, o les es impuesto por una cultura patriarcal que los condena a demostrar permanentemente su virilidad a través de la genitalidad.

El SIDA y la vulnerabilidad de las mujeres

⁶⁰ Geldstein, R. ; Schufer, M.: “Iniciación sexual y después ... Practicas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires, CENEP, Buenos Aires, octubre 2002.

⁶¹ Bianco, M.; Re, MI; Pagani, L.: “Genero y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA”, Buenos Aires, 1998.

Además de la falta de políticas estatales de prevención del SIDA sostenidas en el tiempo, principalmente hasta el 2000, el sexismo también juega en contra a la hora de detener la enfermedad, ya que las mujeres son más vulnerables por razones biológicas, sociales, económicas y culturales a tener más posibilidades de contraer el virus del VIH. *“Las mujeres tienen más riesgo de contraer la enfermedad por razones biológicas, porque la vagina está más en contacto con el semen, en una superficie más amplia y en mayor tiempo de exposición que el pene con los fluidos femeninos. Pero, además, la mujer también es más vulnerable porque todavía subsisten pautas culturales de subordinación a la voluntad del hombre”*, destaca la ginecóloga Laura Pagani⁶². Lo grave es que valores como “la confianza” y “el amor” no van de la mano con el cuidado, sino, prácticamente, todo lo contrario. Los varones se cuidan más si se inician con una trabajadora sexual que si lo hacen con una amiga y novia o amigovia, según el estudio del CENEP. *“Entre la gente joven aumentó mucho el uso de preservativo, pero igual es asimilado a una acción de desconfianza. Por eso se interpreta erróneamente que dejar el preservativo es como una prueba de amor”*, expresa la socióloga Ana Lía Kornblit⁶³.

Los/as jóvenes constituyen el grupo más afectado por el VIH/SIDA en Argentina y en el mundo. En el total de varones infectados, el 37.3 % tienen entre 15 y 29 años. Entre las mujeres, el porcentaje de jóvenes dentro de las infectadas es el 43.2%⁶⁴. La transmisión heterosexual aumentó en menos de diez años del 8,5 por ciento al 34%, lo cual significa que tres de cada diez personas enfermas de SIDA en la Argentina adquirieron el VIH a través de relaciones con una persona de otro sexo, según datos del Ministerio de Salud analizados por Laura Pagani y María Inés Re, en la Revista “DeSIDAmos”, de marzo del 2000. Y de los casos de SIDA diagnosticados en los últimos dos años, el 40% de las personas adquirieron el virus a través de relaciones sexuales sin uso de preservativos.

Desde hace algunos años se habla de la feminización de la epidemia. En 1990 la relación hombre / mujer entre los infectados de VIH era de 9 a 1, mientras que en el 2002 esta relación disminuyó a 2,9 varones por cada mujer infectada. Además, **las mujeres se enferman a edades más tempranas que los varones**. El 65,6% de las mujeres enfermas son menores de 30 años, mientras que en los varones ese porcentaje es de 45,4 %, según un estudio reciente de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer⁶⁵. Sin embargo, **sólo una de cada diez mujeres argentinas mantienen relaciones sexuales siempre con preservativos**, según un estudio del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad de Buenos Aires. El 11,4% de las mujeres se cuida siempre, el 75,1% según las circunstancias y el 13,5% nunca lo hace ⁶⁶.

Las mujeres niñas, adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables. Las pautas culturales obstaculizan la negociación con los varones del uso del

⁶² Declaraciones de Laura Pagani. “La nueva prueba de amor, sexo sin preservativo”, Revista Luna, 1999, por Luciana Peker.

⁶³ “La nueva prueba de amor, sexo sin preservativo”, Revista Luna, 1999, por Luciana Peker.

⁶⁴ Pagani, L y Re, M. I. “Variaciones epidemiológicas en los últimos 5 años” en Revista “DeSIDAmos”, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Año VIII, Número ¾. Diciembre 2000. Argentina.

⁶⁵ Bianco, M; Pagani, L; Re, Ml y Correa, C: “Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el Gran Bs. As. – un estudio de situación”, UNESCO / ONUSIDA, informes serie especial N°18, UNESCO, Paris, 2003.

⁶⁶ “Y el SIDA está entre nosotros”, de Ana Lía Kornblit, Editorial Corregidor, 1997.

preservativo. Desde chiquitas, las mujeres en general aprenden que los hombres son los que toman las decisiones sexuales además de muchas otras. Este aprendizaje se traslada también al terreno de las relaciones sexuales. *“Crear que una niña o adolescente pobre de nuestros países puede decir no frente a una relación sexual, generalmente impuesta por la fuerza, es hoy una irresponsabilidad imperdonable”*, dijo Mabel Bianco en Marzo del 2000 en el panel sobre VIH/SIDA y Mujer organizado por la División para el Avance de la Mujer de Naciones Unidas durante la Sesión de la Comisión de la CEDAW⁶⁷ - Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer-. Y agregaba: *“la casa es hoy un ambiente inseguro para muchas niñas y adolescentes mujeres en América Latina y el Caribe, y allí ocurren la mayoría de los abusos sexuales y las violaciones. El desbalance de poder entre las mujeres y varones es más grave entre los más pobres y más jóvenes, para ellas es casi imposible decidir libremente tener o no relaciones sexuales”*.

En la Argentina se estima hay 130.000 infectados que no saben que tienen el virus del VIH. En Agosto del 2002 había 21.865 enfermos registrados y solo 4.403 infectados, según información del Programa Nacional contra el Retrovirus Humano y SIDA⁶⁸, pero aclaremos que el Registro Nacional de Infectados recién se inició a mediados del 2001. Entre 1997 y 1999 el SIDA fue la tercer causa de muerte entre la población de entre 15 y 44 años de edad en el país. Sin embargo, en la misma franja de edad, el SIDA fue la primera causa de muerte en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la segunda en la Provincia de Buenos Aires⁶⁹. Por eso hoy *“romper el círculo vicioso pobreza-VIH/SIDA-pobreza en los países pobres depende de gran medida en lograr la igualdad entre hombres y mujeres. Si no se entiende esto no será posible controlar la epidemia efectivamente, a pesar de los avances en los medicamentos y otros aspectos de la detección y control”*.⁷⁰

⁶⁷ Bianco, M. “VIH/SIDA en niñas y mujeres”, asuntos críticos en América Latina y el Caribe. Presentado en I Panel en la 45º sesión de la Comisión de Estado de Mujeres –CSW-, 8 de Marzo 2001, Nueva York, EEUU, Naciones Unidas, División para el Adelanto de Mujeres.

⁶⁸ Boletín sobre el SIDA en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Año IX, Nº 21, Agosto 2002.

⁶⁹ Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Informe “El SIDA en la Argentina, su evolución de 1982 al 2000”. Mayo 2000

⁷⁰ Bianco, M.: “El sexismo alimenta el riesgo de las mujeres frente al SIDA”, Artículo publicado el 2 de Diciembre 2002 en el Diario Newsday de Nueva York, EEUU.

IV) SEXO EN VIVO Y SILENCIO EN DIRECTO

La Argentina es un país donde por televisión abierta se puede ver sexo en vivo pero, sin embargo, no se puede hablar de la sexualidad abiertamente, ni tampoco se puede enseñar a los niños / as y adolescentes en la escuela. *“Si yo conozco a una chica y me gusta, probablemente, no tarde mucho en acostarme con ella. Por eso, en “Malandras” al quinto capítulo la pareja central se acuesta. Y la televisión tiene que ser un reflejo de la vida”*, dice el actor Damián De Santo, sobre la telenovela que protagoniza desde enero del 2003. Durante el 2001, en dos reality shows, “El bar” y “Gran Hermano”, se vieron, y se escucharon en la televisión, escenas explícitas de sexo. Pero, como una metáfora de la Argentina, adentro de las casas todo incluso adentro de las casas públicas como la de “Gran Hermano”, pero en la vida pública el tema es tabú. **Nuestra sociedad vive disociada, en el espacio público siempre se está viendo otro canal, uno en el que la realidad no se sintoniza.** En los reality show todo, pero en la reality vida en argentina nada. En la televisión se exhiben las actitudes cotidianas. La vida real se muestra, casi sin tabúes ni límites. Paradójicamente, es todavía tabú analizar racionalmente esa realidad. Y aún mucho más tabú intentar tener una visión crítica, o diferente de esa realidad. **Los adolescentes quedan atrapados en esta doble moral e hipocresía, planteada y sostenida por los adultos.**

En la sociedad argentina mientras los programas de adolescentes, como “Rebelde Way”, muestran que la iniciación sexual ocurre en la adolescencia indefectiblemente. Y las cifras indican que la mayoría de los varones se inició sexualmente a los 14.4 años y la mayoría de las mujeres a los 15.2 años ⁷¹, todavía los adultos están discutiendo o dudan de promover el uso del preservativo y de distribuirlos para que los protejan del SIDA y de embarazos no planeados, aduciendo que esto podría promover la “promiscuidad sexual”. **Esta contradicción evidencia el doble discurso de la sociedad argentina. En donde se puede mostrar el cuerpo, pero no se puede legislar para protegerlo; se puede hacer chistes sobre sexo, pero no se puede debatir seriamente sobre sexualidad, se puede practicar, pero no se puede cuidar.** Esta doble moral es especialmente peligrosa en esta época donde cada vez más personas, especialmente niños y adolescentes, dependen obligadamente por ser pobres de las decisiones de la moral pública.

⁷¹ Bianco, M.; Pagani, L.; Re, Ml.: “Genero y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA”, en Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad, AEPA / CEDES / CENEP, Buenos Aires, Argentina, 1998.

Tradicionalmente en la Argentina existe una doble moral. Una conservadora y pacata que reina en escuelas, hospitales públicos y otros ámbitos públicos, donde se educan y atienden las personas sin recursos que no pueden informarse ni acceder a como cuidarse y proteger su salud y su integridad corporal. Otra abierta que reina en colegios, servicios médicos privados y otros lugares pagos, en donde las personas con recursos económicos conocen y hablan sobre su sexualidad de manera segura y acceden a como ejercerla sin poner en riesgo su salud. La injusticia de la desigualdad hoy es más grave. Porque más argentinos dependen exclusivamente del sistema público, no solo para educarse y atender su salud, sino también para comer y sobrevivir.

El Estado –hoy más que nunca- no puede seguir mirando para otro lado en materia de sexualidad. Hay muchísimas personas que dependen exclusivamente del sistema educativo y de salud estatal y no pueden quedar desamparadas en sus derechos sexuales y reproductivos. Hoy aproximadamente el 40% de los argentinos no tienen obra social, ni prepaga⁷². En Formosa esta cifra trepa al 65,8%, en Chaco al 65,5%, en Corrientes al 62,1% y en Salta al 60%. Además, el segmento de la población más desamparado, es el de los jóvenes y adolescentes. El mayor déficit de cobertura de salud se encuentra entre varones y mujeres de entre 20 y 24 años. Un dato paradigmático del aumento de la pobreza a causa de la crisis es que, durante el 2002, los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires atendieron, por día, 2.000 consultas más que en el 2001, según Alfredo Stern, Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires⁷³. Hoy en la Capital Federal – antiguo bastión de la clase media que tenía acceso a un sistema de medicina prepaga o a una obra social- ya el 26,2% de los porteños no tiene cobertura médica. En 1991 eran 584.000 las personas que, en la Capital, sólo podían ir al hospital público. Ahora ya son 726.000, la cifra aumentó un 25%.

Si la doble moral siempre fue peligrosa, hoy es aún más peligrosa. En la televisión la gente puede apretar el control remoto y decidir si ver, o no, un programa de sexo. Mientras que cada vez más argentinos sólo dependen del Estado para prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA. En tanto, **la justicia sigue debatiendo si las personas sin recursos pueden acceder a métodos anticonceptivos, mientras en la televisión hay programas que hacen realidad las fantasías sexuales, y que miran miles de niños, adolescentes, jóvenes y adultos.**

Fantasías

Otra muestra de la desinhibición –ficticia- de la Argentina fue también el programa “Fantasías”, en el que durante el 2002, se pudieron ver los desnudos eróticos de los fotógrafos Rocca-Cherniavsky. No es malo que desnudos artísticos se puedan ver por televisión. Sin embargo, es malo cuando ocurre como un signo de una sociedad teóricamente que se acostumbra a exhibir y ver los cuerpos desnudos sin censura en la TV. La Argentina es una sociedad que aparenta ser pacata o moralista, pero que en los “hechos” no lo es. El erotismo es pan de cada día en la TV, la publicidad callejera y de todo tipo, así como la

⁷² “El 26,2% de los porteños no tiene cobertura médica”, Clarín, 14 de febrero del 2003, por Ismael Bermúdez.

⁷³ “En hospitales de la Ciudad hay 2.000 consultas diarias más”, Clarín, 14 de febrero del 2002, por Valeria Román.

moda en el vestir, bailar e interactuar de hombres y mujeres de todas las edades. La televisión –hoy más que nunca es espejo de la sociedad en la que vivimos- en ella puede verse de todo, no solo imágenes de cuerpos: pechos femeninos y colas sino también actitudes y conductas, como actos sexuales. Y cada día puede verse más. “*Primero nos pidieron que no mostráramos genitales, pero el programa tiene buena recepción y cada vez mostramos más*”, contó el fotógrafo Gabriel Rocca. Aún los genitales pueden ya mostrarse en televisión.

En el mundo esta tendencia se llama *porno chic*. Las revistas internacionales más lujosas comunes y no prohibidas muestran publicidades con hombres y mujeres completamente desnudos. Esos desnudos reflejan aún más la desigualdad existente en nuestro país, en donde algunos pueden cumplir sus fantasías por televisión, mientras que otros, por poner en práctica la sexualidad, sin siquiera fantasearlo, arriesgan su proyecto de vida. Sin embargo, no se muestran preservativos. Mucho menos se explica clara y detalladamente cómo usarlos correctamente. **Es posible mostrar los cuerpos, mostrar actitudes y actos, es posible reírse del sexo. Pero está prohibido, hablar de cómo usar el cuerpo y el sexo para no lastimarse.** Esto es lo más grave, porque las voces se escuchan solo para censurar la educación sexual en las escuelas, o si se informa sobre el uso del preservativo como método de prevención, o si se habla seriamente sobre la sexualidad. Pero no para censurar y criticar el exhibicionismo, la publicidad del erotismo sin eufemismos y su promoción indiscriminada. Esta hipocresía es la que más daño le hace a niñas / os y adolescentes, ellos son sus víctimas predilectas.

Los que más pierden son los que no tienen acceso por otros medios –consultas médicas, clases, libros, amigos, revistas especializadas- a la información que los medios públicos les niegan. La televisión puede mostrar la sexualidad real. En los “reality show” hay sexo real, hay chicos que hablan de su sexualidad y hay chicos que en esas casas transparentes por efecto de las cámaras de televisión practican sexo y muestran su sexualidad. **En todos hay sexo en vivo. Eso sí nunca o casi nunca se muestra “sexo seguro o protegido”. De eso nadie se hace cargo, parece que con eso no se gana entonces se deja de lado. Así perdemos todos.** Pero hay escándalo cuando se quiere cuidar la vida a través de una sexualidad protegida. No hay debates en televisión, desde un punto de vista serio y racional, sobre temas referidos a la sexualidad. No se discute y verbalizan las distintas posiciones resultando un gran desbalance entre lo que se hace y muestra y lo que se arriesga y compromete. Este desbalance que es silencio total, es como más daño se hace a adolescentes y jóvenes. **El pecado de omisión es más grave aún que el de acción. Por eso estamos como en una pantano muy riesgoso, las empujan hacia el sexo, especialmente a las más jóvenes, pero no les dicen lo que puede ocurrirles, por eso muchas se hunden.**

En tanto, la realidad golpea a los que no pueden acceder al sexo seguro por sus propios medios. La realidad está a la vista. La televisión y la radio no es exhibicionista y transgresora, no, al menos, más que la realidad misma. Lo que importa es que la televisión refleja, aunque de manera superficial, el nivel de desinhibición sexual de los argentinos. Hoy no somos, no nos vemos, no nos mostramos, no nos reconocemos como una sociedad moralmente conservadora, en donde se insiste en que las mujeres adolescentes deben

conservar la virginidad hasta el casamiento, y que el amor se debe hacer únicamente con fines reproductivos. **La brecha entre el “deber ser” y el “ser” es inmensa, todos lo saben, pero pocos se animan a reconocerlo.** En eso radica la hipocresía. A los que lo reconocen los atacan, esa es la principal evidencia de la actitud conservadora de la sociedad argentina.

Contradictoriamente, no parece prioritario pensar que el 70% de los jóvenes argentinos se encuentran bajo la línea de pobreza y que esa línea les aplasta las posibilidades y les atraviesa el cuerpo. Que esa línea se opone entre ellos y el acceso a informarse y menos a preservativos para cuidarse en sus relaciones sexuales. Y que si no tienen para comer ni viajar, menos van a tener para cuidarse y si no se cuidan están expuestos al SIDA, a infecciones de transmisión sexual y a embarazos no planeados, problemas que los mantienen y mantendrán en la pobreza. **Se habla. Y se muestran “fantasías”. Pero nadie habla, ni muestra que uno de cada tres varones jóvenes del área metropolitana no se cuidó de un embarazo no deseado ni del SIDA, durante su primera relación sexual,** según una investigación del Centro de Estudios en Población (CENEP), financiada por la OMS, realizada por las sociólogas Rosa Geldstein y Marta Schufer, sobre 840 varones, de entre 20 y 29 años, de la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense⁷⁴.

La creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable es un paso, aunque no suficiente. El tiempo que se tardó en aprobar la ley que lo creó, es una muestra de la poca importancia y las presiones en contra que hay en el país para impedir que a los adolescentes se les garanticen sus derechos sexuales y reproductivos. Porque desde hace dos años está en el Senado la Ley de Protección Integral de los Adolescentes. Ley discutida y consensuada por los diputados de todos los partidos. En el Senado sigue paralizada porque solo se escuchan las voces de quienes no padecen en carne propia estos problemas. *“En la Argentina los temas relacionados con la salud (sin subrayar) reproductiva y la planificación familiar son tabú”*, puntualiza María Correía, Gerente del Sector de Género para la Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial.

Los cuerpos desnudos ya no son tabú, las palabras explícitas no son tabú (sin tachado), los chistes sexuales no son tabú, las fantasías públicas no son tabú. La prevención, sí. No hay cambios posibles sin los medios de comunicación y no hay comunicación posible sin información. No hay comunicación posible sin hechos. Y los hechos son imprescindibles.

⁷⁴ “Cuando el debut no tiene método”, Página/12, 25 de noviembre del 2.002, por Mariana Carbajal.

V) SITUACIÓN LEGAL Y POLÍTICA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS/OS ADOLESCENTES

"La salud sexual y la salud reproductiva son determinantes para la condición social de las mujeres y tienen un impacto decisivo en su desarrollo personal, su calidad de vida y sus oportunidades para integrarse plenamente a la vida social y política de una sociedad y ejercer de esta manera una ciudadanía plena. Aunque los marcos legales deben proteger la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones, es innegable que las mujeres comprometen su cuerpo en la gestación, el parto y el puerperio, y están particularmente afectadas por los embarazos, especialmente si éstos no son planificados"⁷⁵."

En 1994, luego de la Reforma de la Constitución Nacional adquirieron jerarquía constitucional la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). Ambas Convenciones Internacionales especifican los derechos de las mujeres y de los niños y todo aquello que se requiere para que los mismos se garanticen en condiciones de igualdad. **La CDN afirma que los niños, niñas y adolescentes deben ser considerados como "sujetos de derechos", es decir, que legitima el derecho de ellas / os a decidir, opinar y participar en todos los asuntos que los involucran, específicamente con respecto al derecho a la salud y a la educación.** Para las / os niñas / os y adolescentes, la posesión de derechos y la conciencia sobre los mismos forma parte del ejercicio de la ciudadanía, que la construimos en el ejercicio de nuestros derechos desde la misma infancia. La desprotección de estos derechos y la ausencia de una atención de salud especialmente diseñada para satisfacer las necesidades de este grupo de población, impactan negativamente en el desarrollo integral de niñas y niños y también en su derecho, violando expresamente la CDN.

En la Argentina la protección legal de los derechos sexuales y reproductivos tiene una historia difícil. Las dictaduras y los gobiernos autoritarios han sido sinónimo de restricciones al acceso a la educación sexual, la planificación familiar y al sexo seguro. Y casi veinte años después de la recuperación de la democracia, todavía es una deuda pendiente garantizar la salud sexual de toda la población, pero especialmente de adolescentes y jóvenes.

En 1974, el Estado –en ese momento en manos de Isabel Martínez de Perón, bajo la influencia de José López Rega- dictó un decreto que prohibía toda acción directa o indirecta de planificación familiar en hospitales públicos y obras sociales, y planteaba la venta de anticonceptivos con receta triplicada como los barbitúricos. Con la restauración de la democracia en 1987 se emitió otro decreto reconociendo los derechos de las personas a decidir libremente la cantidad de hijos que desean tener y con que frecuencia. Si bien se incorporaron estas prestaciones a las obras sociales, a partir de 1989 con el cambio del gobierno todo cayó en el olvido. Esta omisión tiene graves consecuencias para la salud y la vida de muchas mujeres, no solo adultas, sino

⁷⁵ UNICEF - Consejo Nacional de la Mujer: La salud de las mujeres. Guía de salud Nro. 5, Buenos Aires, Argentina. 2001.

también adolescentes y jóvenes, y también para sus hijos e hijas, y el resto de sus familias.

En 1995, la Cámara de Diputados aprobó la Ley de Salud Reproductiva que garantizaba la información y educación sexual y el acceso gratuito a los anticonceptivos. Pero el Senado no trató la ley, que caducó al vencerse el plazo para su tratamiento y la sanción de diputados terminó en la nada. Ahí hubo que empezar todo de nuevo. Una nueva ley se discutió y aprobó en la Cámara de Diputados pero otra vez se estrelló en el Senado. Otra ley se aprobó en el 2001 en Diputados y finalmente, la ley -que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable- fué aprobada el 30 de octubre del 2002 en el Senado. Ahora los hospitales públicos, las obras sociales y los sistemas de medicina privada, excepto los confesionales que se excusen, tienen que atender y suministrar métodos y elementos anticonceptivos de carácter reversible, y transitorio respetando las convicciones y decisiones del destinatario, previo asesoramiento. Las escuelas –aunque solo las publicas- incluirán la educación sexual. También se prevendrán y atenderán infecciones sexualmente transmisibles incluido el VIH/SIDA, el cáncer de cuello de útero y de mama.

Una vez aprobada la ley, el Ministro de Salud, Ginés González García destacó: *“El embarazo adolescente, sobre todo en menores de 18 años, está subiendo mucho, en especial en los sectores más populares. Cuando se tiene una bomba de estas características hay que actuar rápida y enérgicamente. Por eso, esta ley es muy justa, ya que apunta a los sectores que no tienen información y que no pueden acceder por falta de dinero a estos métodos”*⁷⁶. Sin embargo, hubo voces en contra. La Comisión Episcopal Argentina sostuvo que *“La ley afecta los derechos de la vida y de la familia”*. Y pidió expresamente que en la reglamentación de la norma *“se haga explícita la necesidad del consentimiento de los padres en los casos de menores de edad”*. Esta opinión es contraria a la de los profesionales de la salud. El 75,5 % de los médicos creen que deben informar y prescribir anticonceptivos a los adolescentes, según un estudio del CEDES⁷⁷. Además la CDN antepone el interés del niño, algo que reconoce la ley, por lo tanto si bien se puede promover la participación de los padres, esto no puede ser imperioso como lo señalan Bidart Campos y otros.⁷⁸

Sin embargo, en Diciembre del 2002, la jueza federal de Córdoba, Cristina Garzón de Lascano pretendió parar la aplicación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, al dar lugar a un recurso de amparo presentado por una ONG: Mujeres por la Vida⁷⁹. Según la jueza - la ley vulnera los derechos constitucionales a la vida, a la salud y a la patria potestad. *“El programa habilita la distribución masiva e indiscriminada de elementos dañinos para la salud de las mujeres, para evitar algo que no es una enfermedad”*, decía

⁷⁶ “Por una sexualidad responsable”, Página/12, 1 de noviembre del 2002, por Mariana Carbajal.

⁷⁷ “Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica”, de Silvina Ramos, Mónica Gogna, Mónica Petracci, Mariana Romero y Dalia Szulik, editado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), en octubre del 2001.

⁷⁸ Gil Domínguez, A: “Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – Ley 25.673, Doctrina-Jurisprudencia-Legislación”, Editorial Ad-Hoc, Bs. As., 2003.

⁷⁹ - “Excluyen a menores de la ley de salud reproductiva”, Agencia Católica AICA, 2 de enero del 2003.

- “Preocupa la reglamentación de la ley de salud reproductiva”, La Nación, 2 de enero del 2003.

el recurso de amparo al que hizo lugar la jueza⁸⁰. El Ministerio de Salud apeló la medida, lo que fue aceptado por la Cámara Federal. Pero esta no hizo lugar a la recusación de la jueza que también planteó el Ministerio. El 18 de marzo en un fallo memorable la Cámara Federal de Apelación de Córdoba rechazó los fundamentos de la Jueza, revocó la actuación y castigó a la ONG a abandonar las costas de los profesionales. El programa debe seguir pero ahora la solicitud de inhabilitar la continuidad del Programa fue apelado ante la Corte Suprema de la Nación.

Aunque, más allá de la ley nacional, en 15 de las 24 provincias argentinas hay algún tipo de ley o norma que establece programas de salud reproductiva y procreación responsable, todavía más de la mitad de la población debe recurrir a servicios privados pagos para poder atenderse estas necesidades. Y nuestros chicos y chicas no reciben en las escuelas información, ni son educados para el ejercicio saludable de su sexualidad. La ley 418 aprobada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el 2000, se discutió en un proceso muy ruidoso por la movilización de grupos a favor y en contra. Si bien desde 1987 ya existía el programa en esta Ciudad y desde 1989 contaba con recursos económicos garantizados por una ordenanza municipal para comprar insumos, la ley reforzó todo eso. Pero el programa trabajaba silenciosamente, tanto que a veces se le pedía a los periodistas que no difundían demasiado sus actividades. *“La prohibición de que los/las adolescentes consulten los servicios de salud reproductiva por sí mismos hubiera significado un obstáculo adicional para promover el ya bajo nivel de consulta a estos servicios por parte de los/las adolescentes”*, señala la Fundación para Estudios e Investigación de la Mujer (FEIM)⁸¹.

Otro ejemplo de que en la Argentina la protección genera más urticaria que la acción, es que el ex Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Carlos Ruckauf frenó la implementación de un “Plan de Sexualidad Responsable” iniciado en octubre del 99, basándose en presuntas presiones de la Iglesia⁸². Pero los sectores conservadores, que se oponen a la prevención de embarazos adolescentes a través de métodos anticonceptivos, también son intolerantes frente a embarazos consumados. Por eso, después de algunos escándalos porque en colegios católicos expulsaban a las alumnas embarazadas, se sancionó la ley 25.584 a fin de evitar *“los efectos de la marginación, estigmatización o humillación”* de las estudiantes madres, un hecho cada día más frecuente en todos los sectores sociales. Los efectos de la ley nacional sirven de ejemplo para las provincias, las que cambiaron sus leyes o normas. En diciembre del 2002, la provincia de Santa Fe promulgó la ley 12.083 que prohíbe en las escuelas oficiales de gestión pública o privada acciones que impidan el inicio o continuidad en los estudios de adolescentes embarazadas o de los estudiantes que son padres. Esta norma prevé que las adolescentes cuenten con un régimen de justificación de inasistencias durante el embarazo y el período postparto. También se contemplan franquicias horarias para que las alumnas puedan amamantar a sus hijos y concurren a los controles médicos. Y

⁸⁰ “Apelan la prohibición del plan nacional de salud reproductiva”, La Nación, 13 de febrero del 2.003, por Angeles Castro.

⁸¹ Pagani, L.; Re, M.I.; Madrigal, P.: “Adolescentes, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas”, FEIM, Buenos Aires, Argentina, 2000.

⁸² “Marcha atrás en Buenos Aires”, Revista Luna, abril del 2.000, por Luciana Peker.

para que no queden marginadas de la escolaridad por la maternidad precoz la ley estipula que reciban clases de apoyo.

Hay otras normas menores, que si bien no cambian sustancialmente el rumbo, ayudan a sostener políticas publicas que garanticen los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires una norma local dispone que todos los baños de bares y discotecas tengan máquinas expendedoras de condones. Si bien muy pocos cumplen con esta ley, su existencia es positiva, se necesita que jóvenes y adultos exijan su cumplimiento.

En el 2001 se aprobó en la Cámara de Diputados de la Nación el Proyecto de Ley **“Régimen de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y adolescentes”**. Esta ley fue el producto de distintos proyectos individuales que se unificaron en un esfuerzo colectivo de diputadas y diputados de distintos partidos políticos por legislar para garantizar la plena vigencia de la Convención de los Derechos de los Niños. **Su sanción es de vital importancia porque tiene como objeto garantizar el ejercicio y disfrute pleno y efectivo de todos los derechos y garantías reconocidos jurídicamente y en los tratados internacionales para los / as niños / as y adolescentes.** Lamentablemente desde el 2002 está en el Senado donde hasta ahora ha encontrado oposición y/o desinterés. **Es urgente que los senadores aprueben esta ley, pero el desinterés parece superar a la oposición, algo mucho más grave!!**

VI) LA NECESIDAD DE ACCIÓN: UNA DEUDA PENDIENTE

“Los adolescentes aparecen en la agenda pública desde la preocupación, estigmatizados a partir de síntomas desde los cuales algunos de ellos se hacen ver: drogas, SIDA, embarazo, accidentes, transgresiones de distinta índole en la calle o en la escuela. Las “soluciones” a estos males sociales generalmente son ideadas por los adultos, los cuales cada vez estamos más lejos de las vivencias que experimentan los jóvenes. Aunque en realidad toda acción para los adolescentes no puede ser sin los adolescentes”, señaló Edward Madinger, Representante Delegado de UNICEF en Argentina en el 2001⁸³.

No importa que ilusión tengamos los adultos sobre los adolescentes y jóvenes. Importan las de ellos. Aunque sean como castillos de arena. Tampoco importan que creen los adultos sobre cómo deberían ser las conductas de los adolescentes y jóvenes. Importan sus conductas. No importa si pensamos que las relaciones sexuales tendrían que ser recién después del casamiento, o después de los 18 años, o sólo por amor. No importan los valores de los adultos, sino los de los adolescente. Importa que la mayoría de los /as adolescentes y jóvenes argentinos inician sus relaciones sexuales alrededor de los 16 años o antes, cuando –como dice el cantante Jaime Ross- “16 años es mucho”.

Si se actúa o no se actúa en base a una mirada ciega, la única posibilidad es que la realidad se torne cada vez más oscura. Los jóvenes de todos los sectores sociales necesitan del apoyo adulto –padres, médicos, maestros- para cuidarse correctamente y no autolesionarse a través del sexo. **La sexualidad es un camino abismal, en donde los límites entre placer y dolor, deseo y sometimiento, felicidad y riesgos están tan asociados que se necesita mucha información, amor, autoestima y medios para no lastimarse.** Además, si en todos los sectores, el sexo es, o puede ser, un arma de doble filo, en los sectores más desprotegidos –y hoy el 70% de los jóvenes están desprotegidos- los adolescentes son como alpinistas que tienen que escalar una montaña sin sogas y descalzos. Entonces, no tienen dónde hacer pie. Los espera el precipicio.

Si el ex sueño argentino de “mi hijo el doctor” ahora lo intentan cumplir jóvenes que caminan hacia el sueño del progreso débiles por la falta de comida y si los estudiantes tienen que racionalizar su alimentación para poder alimentar el sueño de terminar la carrera. ¿En qué cuenta puede entrar el sexo seguro?⁸⁴ En la Argentina cuidarse no es gratis, ni accesible. Aún con la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable recientemente sancionada, –todo un paso en la Argentina del no sabe / no contesta- habrá baches. Desde los jóvenes que, por concurrir a escuelas religiosas muchas veces sólo porque son las más económicas, no podrán acceder ni siquiera a información básica, **hasta hospitales y salas sanitarias sin profesionales ni elementos para proveer métodos y no solo consejos.** Por eso, aún con esta ley será improbable que

⁸³ “¿Qué piensan los jóvenes?”, de Beatriz Taber y Ana Zandperl, UNICEF, Bs.As., Argentina, 2001.

⁸⁴ “Preocupa la deficiente alimentación entre los estudiantes”, La Nación, 19 de agosto del 2002, por Raquel San Martín.

los /as chicos / as tengan en los centros de salud todas las respuestas para garantizarles sexo seguro, que les llenen las manos y los bolsillos de preservativos, el único escudo seguro frente al SIDA, y menos aún escuelas donde les “enseñen” a vivir y ejercer su sexualidad saludablemente, incluyendo poder decir “no” o “sí” pero como resultado de una decisión propia adoptada sin ninguna presión ni violencia.

La salud sexual y reproductiva no son solamente medios, anticonceptivos, preservativos u otros insumos. Pero en la Argentina de la desigualdad, en la Argentina de la ilógica sobreproducción de alimentos y la muerte por desnutrición, en esta Argentina, sin insumos no hay derechos, ni salud. Esta realidad no es nueva. Pero ahora es más grave. Hay más pobreza, menos recursos para acceder a lo mínimo, más adolescentes y jóvenes sin recursos, ni siquiera para tomarse un colectivo hasta un centro de salud. Y, más allá de la pobreza, la crisis arrasó con los proyectos de futuro y agravó los cráteres sociales. **Hay más depresión, más adicciones, más deserción escolar y más violencia, menos ilusión, esperanza y porvenir.** Los / as jóvenes tienen cada vez menos amarras y el sexo que suda en la televisión y en las revistas, en el vocabulario y en las publicidades es un huracán en los cuerpos de los /as jóvenes argentinos. Podría ser una brisa fresca, pero es un huracán. Y no por culpa de ellos /as, sino de una sociedad que los deja indefensos, sin brújula.

Son jóvenes en crisis. **Muchos están excluidos hoy, otros saben que tienen el futuro excluido y todos conviven en una sociedad donde de sus agujeros negros sólo sale miedo y violencia. No es el mejor contexto para pasar la adolescencia. No es la crisis Argentina el mejor abrigo para las dudas de la adolescencia. La crisis genera un plus de vulnerabilidad en una etapa de la vida de por sí altamente vulnerable.** Pero esos factores: el fanatismo por el alcohol, la deserción escolar y la violencia, se vuelcan, tarde o temprano, indefectiblemente en la sexualidad. El exceso de tiempo libre, la ausencia de un proyecto de vida, el deterioro físico, la falta de plena conciencia o la aceptación del autoritarismo y las agresiones terminan metiéndose en la cama con los /as adolescentes.

El sexo es una de las principales causas para que la pobreza se muerda la cola. Sin derechos sexuales y reproductivos las mujeres pobres, especialmente las más jóvenes no tienen ningún derecho. **Y la pobreza también tiene sexo.** Las selladas con el plomo de esas tres letras NBI que sentencian “no comerás, no te educaras, no te curaras”, están condenadas a otro pecado de la exclusión: “no decidirás”. Ellas, las NBI, viven bajo la silenciosa dictadura “Susanita”: con riesgos y sin elección. En la Provincia de Buenos Aires el 38 % de las mujeres NBI tienen más de tres hijos. **Sólo el 13 por ciento de las mujeres NO NBI eligen una familia numerosa que implique cuidar y alimentar a más de dos chicos,** según datos del Ministerio de Salud bonaerense. En la carrera de los excluidos ser mujer tiene yapa⁸⁵.

“La superposición de las condiciones de género y de clase tiene efectos negativos en el desarrollo de las capacidades de decisión de las jóvenes más pobres. Entre ellas, se observan mayores dificultades para desarrollar capacidades de decisión –incluso en aspectos relacionados con el propio

⁸⁵ “Marcha atrás en Buenos Aires”, Revista Luna, abril del 2.000, por Luciana Peker.

cuerpo- cuando el acceso a la información y las posibilidades de desarrollo personal y social también son dificultosos”, realza Eleonor Faur, del área Mujer y Equidad de Género de la oficina de Argentina de UNICEF⁸⁶.

Una deuda pendiente

Desde hace décadas distintas voces de investigadores, profesionales, activistas de Derechos Humanos y organizaciones de mujeres plantean la deuda de la sociedad y los gobiernos respecto a la salud sexual y reproductiva en un marco de derechos humanos. En 1994 con la reforma constitucional se incorporaron a la Constitución Nacional la Convención de los Derechos de los Niños y la Convención de Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer, entre otros tratados y convenciones internacionales. Que más obligación podemos pedir?. Sin embargo poco o nada cambió. Los derechos de los niños y de las mujeres en muchos casos, como los sexuales y reproductivos son una deuda aún pendiente.

La educación sexual es solo un antídoto obvio, es una obligación de la sociedad con niñas y niños. Pero en la Argentina a veces lo obvio es intangible. Cecilia Correa, psicóloga y Coordinadora de Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva explica *“En la Ley Federal de Educación está incluida la educación afectiva y sexual. No obstante, son escasos los centros educativos que han implementado espacios de educación sexual para sus alumnos / as”*. Los adolescentes tienen derecho a información y educación sobre su sexualidad. También tienen derecho a acceder a los mejores servicios de salud sexual y reproductiva, que les deben garantizar intimidad, confidencialidad y privacidad. Pero todo esto no se cumple en Argentina. *“El mejor anticonceptivo es la educación. Y la única forma de prevenir el elevadísimo número de abortos es la anticoncepción, pero lamentablemente en la salud pública no hay conciencia de la necesidad de promover la procreación responsable”,* resalta José María Méndez Ribas, Director del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires. El titular de uno de los pocos servicios hospitalarios destinados exclusivamente a los chicos de entre 11 y 18 años crítica: *“En la Argentina las clases menos pudientes están castigadas por las familias numerosas y los abortos, sin tener acceso a los anticonceptivos. En el conurbano bonaerense en los hospitales no existen, ni siquiera, consultorios de planificación familiar”*. Y los principales perjudicados son los adolescentes y jóvenes de ambos sexos⁸⁷.

Este año, tal vez más que nunca, la Argentina se permitió el debate sobre los hijos de la pobreza. Las deshumanizantes imágenes de la muerte de chicos condenados a ser espantapájaros de la sociedad, la desnutrición que después de casi 20 años volvió a ocupar las tapas de los diarios, la noticia de que en Tucumán el azúcar no llega, sino el sabor de la infancia acunada por el terror de las manos vacías. O en Salta donde por la niña de 8 años abusada sexualmente por un honorable profesional cincuentón, descubre nuestra sociedad que esto existió desde nuestro comienzo como país aunque nunca se habló de ello ni se reconoció. Es como si porque no hablamos, hay problemas que no existen.(punto seguido). Pero,Pero, otra vez, el run run social y los mensajes

⁸⁶ Gelstein, R. ; Schufer, M.: “Iniciación sexual y después ... Prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires, CENEP, Buenos Aires, octubre 2002.

⁸⁷ “Marcha atrás en Buenos Aires”, Revista Luna, abril del 2.000, por Luciana Peker.

de los oyentes que escuchan radio y tienen un teléfono a mano para hacerse escuchar -y en muchos casos pedían anticonceptivos como un freno a la pobreza- resbalaba sobre el verdadero problema. **Los derechos sexuales y reproductivos no son para que haya menos pobres. Son para que los pobres tengan derechos. No son para que los pobres no tengan hijos. Son para que los pobres tengan los hijos que quieran tener. Hoy tienen los hijos que el destino del desamparo los obliga a tener. Por eso, las mujeres con más necesidades son las que más hijos tienen. Ellas son las que más necesitan que se les permita ejercer sus derechos.**

La antovacuna contra el SIDA: mujeres, jóvenes y pobres

Pero además de los embarazos adolescentes ahora hay otro problema. Un problema que afecta cada vez más –y principalmente- a las y los jóvenes. Un problema que es una pandemia: el VIH/SIDA. Un problema en el que los jóvenes –especialmente las mujeres- y los pobres son cada vez más vulnerables. En el mundo hay 42 millones de personas que viven con el virus del VIH. Y de ellas la mitad son mujeres, según informó ONUSIDA⁸⁸. La desigual distribución de la enfermedad es paralela a la desigual distribución de la riqueza en el mundo. Hay 14.000 nuevos casos por día, de los cuales el 95% pertenecen a personas que viven en países no desarrollados y de ellas la mitad o más son mujeres.

Y son muchos los adolescentes que tienen la espada de Damocles del SIDA, cruzada en el cuerpo. En el mundo hay 3,2 millones de chicos menores de 15 años infectados. Sin acceso a educación sexual y a preservativos, la pobreza puede condenar cada vez a más mujeres jóvenes a padecer SIDA, una enfermedad que ya puede no ser mortal, pero que para los sin recursos, sigue siéndolo. En este sentido, Patricia Pérez, responsable para América Latina de la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH SIDA, razonaba: *“Hay una inevitable asociación entre SIDA y pobreza porque ya sabemos que va a comprar la gente que tiene que optar entre un litro de leche y un preservativo”*.

La pobreza fue reconocido como el factor que mayor incidencia tiene en la progresión de la epidemia a través del aumento de la vulnerabilidad frente al VIH / SIDA. Vulnerabilidad expresada por la mayor dependencia económica de mujeres y niños, así como el aumento del trabajo sexual, estrategia de supervivencia familiar e individual que conciente o inconscientemente aceptan las familias. La pobreza también aumenta la dificultad para acceder a la educación básica de niños y adolescentes, a empleos con salarios dignos y protección social, y a la atención adecuada de la salud. La accesibilidad a los

⁸⁸ “Hay 42 millones de personas con el virus del SIDA en todo el mundo”, Clarín, 27 de Noviembre del 2002.

servicios de salud es un factor muy importante en el VIH / SIDA por las implicancias que tiene a nivel individual y colectivo en la evolución de infectados y enfermos⁸⁹.

Las mujeres son las más vulnerables. En el año 2000 la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires advirtió: *“Las tendencias actuales del desarrollo de la infección y muerte por VIH transforman a la mujer adolescente de la Ciudad en el principal blanco de la enfermedad”*. En el cordón sur de la Ciudad de Buenos Aires –en barrios como Villa Lugano y Villa Soldati socioeconómicamente más pobres- la mortalidad por SIDA es 206 por ciento más alta que en el cordón norte de la ciudad, el sector urbano de mayor nivel adquisitivo, según un mapa de la Defensoría del Pueblo⁹⁰. El contagio del SIDA no es una casualidad permanente. En los barrios del sur de la Capital Federal 75 de cada 100 adolescentes no terminan la escuela secundaria. El SIDA no viaja en un globo aerostático. Por eso, a peores condiciones sociales, económicas y educativas peor puede ser el diagnóstico para el futuro del SIDA en la Argentina.

Específicamente la feminización de la pobreza es una tendencia en aumento desde las últimas décadas que va a continuar profundizándose si no se adoptan políticas y acciones para revertirla. Simultáneamente se observa una feminización de la epidemia del VIH/SIDA, expresión de la relación directa entre pobreza y VIH/SIDA, hecho aun más evidente entre mujeres y niñas. La mayor vulnerabilidad de niñas, adolescentes y mujeres al VIH/SIDA se debe a las diferencias de género. Es frecuente que las mujeres y más aún las niñas, no puedan negarse a tener sexo con un hombre. En casi todas las sociedades las niñas y las mujeres sufren más acoso y abuso sexual y son violadas en mayor medida que los hombres. La capacidad de las mujeres y especialmente de las adolescentes, de negociar sexo seguro es muy baja, aún más si dependen económicamente de algún hombre, ellas tienen mucho menos poder. La pobreza expone más a niñas y mujeres a conductas de riesgo a ser abusadas más frecuentemente. A esto se le suman los problemas y las dificultades que, por características culturales y muchas veces religiosas, tienen las niñas y las mujeres para informarse acerca de la sexualidad y de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Esta dificultad aumenta sus riesgos y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA. Pero también para ellas es difícil el acceso a métodos de prevención, ya sea porque no pueden comprarlos o porque no tienen el poder suficiente para lograr que sus compañeros los usen, o ambos⁹¹.

En estudios realizados por FEIM en Argentina y especialmente en el Gran Buenos Aires desde 1990, adolescentes y mujeres jóvenes entrevistadas que completaron encuestas anónimas o participaron en grupos focales, refieren sus

⁸⁹ “Los Enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires”. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. Programa de Investigación UNESCO / ONUSIDA. Estudio e Informes – Serie especial, N. 18, Estudio Nacional: la experiencia de Buenos Aires, Argentina, FEIM. División de Políticas Culturales y Dialogo Intercultural, Paris, Francia, UNESCO, 2003.

⁹⁰ “Falta de prevención del SIDA en la Argentina”, Salutia.com, mayo del 2.000, por Luciana Peker.

⁹¹ Bianco, M. “Mujeres, Niñas y VIH/SIDA: Asuntos críticos en América Latina y el Caribe”, presentado en la Sesión Especial de Naciones Unidas del VIH/SIDA, New York, Estados Unidos, junio 2001.

dificultades para hablar de sexo, entre ellas y mucho más con sus compañeros. Se inician a edad más temprana pero en general con amigos o novios, “amigovios” a los que las liga una relación amorosa y en general la iniciación es producto de la insistencia del compañero⁹². Incluso en las parejas establecidas, raramente las mujeres refieren que ellas piden tener relaciones sexuales, eso es algo que les corresponde a los varones. La desigualdad produce una baja autoestima que caracteriza a las mujeres, como señalaron algunas entrevistadas que dijeron: *“es muy difícil que una mujer de los barrios pobres del Gran Buenos Aires en que trabajamos pueda decirle a su pareja que use preservativo”, “es necesario levantarles la autoestima a las mujeres para que puedan decir no, para que tengan derecho a decir no”*.

También algunos de los varones entrevistados refieren que las mujeres se preocupan más por el embarazo que por el VIH, esto es muy difundido entre las adolescentes. Un estudio realizado por FEIM en la Ciudad de Buenos Aires en el 2001 con adolescentes mujeres de sectores populares y medios escolarizados mostró que el principal temor de ellas cuando mantienen relaciones sexuales es el embarazo y no la infección con el VIH/SIDA⁹³. Mientras el embarazo se percibe como algo próximo y que las afectará en breve, el VIH/SIDA es percibido como un riesgo a largo plazo y con baja posibilidad de ocurrir porque lo asocian principalmente como una enfermedad de hombres: ya sea hombres que tienen sexo con hombres o usuarios de drogas endovenosas.

A pesar de esto todavía los adolescentes: mujeres y varones le tienen más miedo al embarazo adolescente que al SIDA⁹⁴. Lo perciben como un riesgo más frecuente e inminente. Y es cierto, aunque también es cierto que el VIH/SIDA se asocia al embarazo y entonces ahora son “dos al precio de uno”. Pero no para la prevención, como lo dijo en 1995 un joven en un taller de FEIM, sino para los problemas de salud y enfermedad. Entonces hoy combatir la pobreza es prevenir el VIH/SIDA. Esto no quiere decir no hacer o descuidar lo que hay que hacer para prevenir el SIDA: informar, educar y proveer preservativos⁹⁵. Los gobiernos deben hacer lo uno y lo otro, y los países ricos y donantes tienen que ayudarlos⁹⁶.

JOVEN ARGENTINA: SI TIENES ENTRE 12 Y 24 AÑOS...

Laura y Valeria nacieron el 14 de julio de 1988. A la misma hora acompañaron el torrente de flujos y ganas en el que sus madres jadeaban el deseo de verles la cara. Lloraron por la paz perdida y buscaron con los labios saborear el sabor del olor calcado en los sentidos. Subieron hasta las dunas todavía escamadas, todavía palpitantes del cuerpo de sus madres y con el primer beso, todavía transparente, todavía infante de leche, creyeron que la paz estaba asegurada mientras sus labios anudaran el cordón infinito de amor al pecho de su mamá.

92 Bianco, M. “Mujeres, niñas y VIH/SIDA”, Revista Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe –RSMLAC- 1/2001.

93 Pagani L; Re M. I.; Madrigal, P. Op. cit.

94 Pagani, L.; Re, I.; Madrigal, P. “Adolescentes, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas”, revista DeSIDAmos, Año X, N° 1, junio 2002, Buenos Aires, Argentina.

95 Ibid 51.

96 Ibid 51.

No hay nada tan distinto y tan igual, tan inigualable y tan igualador como el parto. Sin embargo, esa similitud incomparable, esa igualdad sin uniformes, está signada, en la Argentina, por las desigualdades más abismales. Laura, no va a terminar la secundaria, como el 77% de los jóvenes para los cuales poner la mesa es un lujo y no una forma de hacer buena letra con sus padres. Valeria va a ser una de las mujeres que conformen el 50,8%⁹⁷ de los padrones universitarios porteños, empujada a ser profesional desde antes de decir ajo, cuando aprendía a mirar el mundo bastoneada por cursos de estimulación temprana, libros de tela y gimnasios de actividades para lactantes.

Laura nació en una salita de Santiago del Estero. Su mamá, Ema, llegó a la sala de partos asustada y se asustó más con los gritos de la mujer que, apenas separada por los mínimos centímetros para que una partera exija pujos, sentía el dolor de las contracciones cabalgándole la espalda. Sus camas estaban tan pegadas que sus gritos se confundían en un mismo eco. Su marido, Alfredo, la esperaba lejos, cuidando de sus otros cuatro hijos de 2, 3, 5 y 7 años. No pasó más de una noche en el reposo del hospital hasta que volvió a su casa con Laura en las manos.

Valeria nació del mismo remolino de gozo, dolor y asombro que Laura. Aunque el papá, Pablo, estaba al lado de Marcela y le daba la mano como si pudiera de un soplo hacer cruzar un velero el río. No podía. Pero soplaba tanto que su mamá, Marcela, sabía que no remaba sola. Se quedó en la clínica dos días hasta que volvió a su casa. Su cuarto estaba preparado. Valeria no tuvo un hermano hasta después de tres años. Fue a la primaria, cursa tercer año, estudia inglés y sueña con recibirse de diseñadora de indumentaria. No se imagina mamá hasta dentro de muuuucho tiempo. Si ni siquiera se puede imaginar recogiendo las migas que deja cuando come en la cama para ver "Rebelde Way", mucho menos se puede ver limpiando regurgitaciones o aplastando papilla. Ella -como 6 de cada 10 de sus amigas- sabe, porque se lo dijo el ginecólogo, que puede elegir entre los preservativos, el diafragma, las pastillas o, cuando sea un poco más grande, un DIU. Habló con su mamá y fueron juntas a un médico de su cartilla. Su mamá le dijo que mejor todavía no. Pero ella sabe que su mamá sabe que ya sí y que la llevó diciéndole que por las dudas, para quedarse tranquila cuando se quedaba a dormir -por seguridad- en lo de Agustín.

Laura fue a la primaria, pero en sexto grado tuvo que dejar porque su mamá necesitaba que la ayudara a cuidar a los otros tres hermanos que tuvo después de ella. Ahora cuenta los días que faltan para que le venga y sabe que hay pastillas, aunque no sabe donde pedir las. Sabe porque se lo contó una amiga. No quiere tener un segundo hijo después de Rodrigo -que nació como otros 701.877 bebés argentinos de una mamá menor de 20 años-, pero la médica que le controla el peso a Rodrigo le dijo que pregunte el mes que viene a ver si llegó algo, que por ahora ni gasas hay, mucho menos pastillas. Laura se junta con sus amigas -3 de las 10 chicas con las que jugaba a las muñecas ya son mamás- a comparar en qué se parecen sus bebés. A ella le gusta que Rodrigo se parezca a Emilio, que tiene 28 y ojos de decidido. Ella sabe que el 90% de sus amigas ya tienen una casilla para ellas solas y quiere irse a vivir con él. Ya

⁹⁷ "¡Es una nena!, cómo cambió la vida de las mujeres década tras década!, "Para Ti" número 4192, por Luciana Peker, 22 de noviembre del 2002.

es grande para seguir escuchando la radio que quiere su mamá. Ya es mamá como ella. Ya es una mujer. Y tiene derecho a decidir.

VII) CONTEXTO INTERNACIONAL

En 1994 se celebró en El Cairo (Egipto) la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo donde se estableció la Plataforma de Acción (PA) que aprobaron los estados miembros de las Naciones Unidas, incluido el Argentino. En esta Plataforma se definieron por primera vez los términos de “salud reproductiva” y “derechos reproductivos”, y se orientaron todas las actividades a respetar los derechos de las personas, anteponiendo al tradicional logro de metas demográficas. Según el Art. 7 del PA: *“La salud reproductiva es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relativos al sistema reproductor, sus funciones y procesos. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Implícito en esto último está el derecho de hombres y mujeres a ser informados y acceder a métodos anticonceptivos seguros, efectivos, aceptados y accesibles que ellos elijan así como otros métodos de regulación de la fertilidad que no sean contrarios a la ley. El derecho a acceder a servicios de salud apropiados que le permitan atravesar saludable el embarazo y el parto y provea a las parejas las mejores chances de tener niños sanos”.*

Estos conceptos se reforzaron en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre la Mujer, realizada en 1995 en Beijing (China) asegurando las condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia y el derecho a decidir. Aún cuando las Plataformas de Acción de las Conferencias Internacionales no tienen carácter “vinculante” como las convenciones, éstas posibilitan un avance en los temas que se discuten y en las metas que se consensuan entre todos los países. Las plataformas de Acción de ambas conferencias, instan a los gobiernos a proteger los derechos sexuales y reproductivos de la población, especialmente los de los / as adolescentes. *“En 1994, los países participantes de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPD) se comprometieron a alcanzar la meta del acceso universal a los servicios de salud reproductiva antes del 2015. Esta meta sigue siendo prioritaria para la comunidad internacional”*, subraya un informe de Naciones Unidas del 2002.

En el 2002 se llevó a cabo la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas a Favor de la Infancia donde se aprobó la Plataforma de Acción “Un mundo apropiado para la infancia”. Un dato importante y relevante es que por primera vez se incorporó la palabra “adolescente” en el documento, identificándolo como una población con necesidades y demandas específicas y distintas a las / os niñas / os. Esta Sesión Especial, tuvo como objetivo reflexionar sobre los compromisos acordados por los países en Naciones Unidas en 1990 en relación con la Infancia, renovarlos y establecer nuevas metas para el próximo decenio. Constituyó un hecho histórico que en esta Conferencia hayan participado tanto niñas / os y adolescentes y ONG's de todo el mundo.

Un tema de discusión durante la discusión del Documento Final de la Sesión Especial de Naciones Unidas a Favor de la Infancia, especialmente con el gobierno de Estados Unidos, fue la inclusión de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) como base para la plataforma de acción. Al no haber ratificado dicha Convención, Estados Unidos pretendía que no se la mencionara y se hablara solo de “bienestar” del niño en lugar de “derechos”. Luego de largas negociaciones ante la insistencia y justificación de todos los otros países, Estados Unidos cedió y se pudo incluir como eje del documento. Ahora la Convención va a ser la base conceptual de todas las políticas de los gobiernos de los Estados miembros de Naciones Unidas para la Infancia hasta el 2010.

Al igual que en Cairo y Beijing, la negociación de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para los / as adolescentes fue también uno de los temas centrales de la Sesión Especial a favor de la Infancia. Algunos países como Estados Unidos se opusieron a la palabra “servicios” porque afirmaban incluía el “aborto”. Los países árabes y el bloque de países africanos e islámicos también apoyaban esta posición. Por otro lado, tanto los países de América Latina menos Cuba, como Liechtenstein, Suiza, Austria, Australia, Nueva Zelanda, Japón, San Marino, Corea del Sur, Canadá, Croacia y la Unión Europea apoyaban que era fundamental asegurarle a las y los adolescentes servicios confiables, informados sobre sus derechos sexuales y reproductivos. No obstante, en este tema tan controversial finalmente no hubo consenso y por lo tanto no se incorporó en el documento.

Finalmente el documento consensuado constituye otro aporte que se suma a documentos aprobados anteriormente en Naciones Unidas como los de Cairo y Beijing, y que tiene como punto positivo que reconoce la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, algo que no se mencionaba tan explícitamente en la Convención de los Derechos del Niño. El tema de educación sexual se incorporó en la prevención de VIH y ITS donde se indica que para el 2005 se deben aplicar medidas para aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes de protegerse del riesgo de contraer el VIH, principalmente mediante la atención de servicios de atención de la salud, incluso de higiene sexual y salud reproductiva y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad entre los géneros en un marco de respeto de las diferencias culturales y de género.

En el 2001 los más de 180 países que integran Naciones Unidas convocados por el Secretario General Kofi Anan aprobaron los objetivos del milenio y fijaron metas concretas para lograr algunos resultados como la disminución de la mortalidad materna, la prevención del VIH/SIDA, la disminución de la pobreza y la igualdad entre mujeres y varones, entre otros. Estos objetivos si bien son más simples que los programas de acción de las Conferencias Internacionales, implican la necesidad de lograr que todos los países del mundo logren estas metas más rápidamente. Esto reconoce que las condiciones en muchos países se han deteriorado y ahora por lo menos deben lograr estas metas. Sin embargo las condiciones mundiales cambiaron y ahora será muy difícil algunos países puedan lograr estas metas sin la cooperación de los países más ricos. Pero esta comprobado que las metas de contribución en cooperación internacional planteadas en las Conferencias Internacionales no se concretaron. Por eso vemos como los países donantes hoy distribuyen sus aportes y además los

condicionan a los países receptores cumplan requisitos que ellos les imponen unilateralmente. Como por ejemplo en Estados Unidos la Cámara de Diputados ha aprobado una ley de cooperación para el VIH/SIDA por 15.000 millones de dólares en cinco años. Pero si no se cambian algunos aspectos de la ley en el Senado, será más contraproducente que beneficiosa. Esto porque si bien adopta la estrategia de prevención usada por Uganda desde 1986 llamada **ABC: Abstente, si no puedes abstenerte sé fiel, si no puedes ser fiel, usá preservativo**, la separó y destinará el 30% solo a programas de prevención basados solo en la abstinencia. Además apoyará a grupos y organizaciones que militan activamente en la oposición a la promoción del uso del preservativo como prevención de ITS incluido el VIH/SIDA, generando entonces la duda sobre, la efectividad del mismo. También obligará a los servicios que reciban fondos a separar las actividades de prevención / atención del VIH/SIDA de los de salud reproductiva, algo que costó mucho relacionar e integrar. Ahora se promoverá la separación. Esto asociado a la política adoptada por Estados Unidos en su territorio que desde el 2002 promueve solo la abstinencia hasta el matrimonio como método de prevención desechando la promoción del uso del preservativo, es una mezcla muy negativa. Estos son algunas de las restricciones que existen en el mundo frente a la necesidad de desarrollar los programas de salud sexual y reproductiva. Esto afectará también a nuestro país, agravando las dificultades propias de nuestra cultura e ideología.

IX) ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Los y las adolescentes tienen derechos y todos debemos reconocerlo y lograr que se respeten. Al igual que los adultos, los y las adolescentes frente a sus derechos deben primero conocerlos y luego defenderlos. La protección y promoción de los derechos, especialmente los sexuales y reproductivos, debe ser base fundamental de todas las políticas públicas y programas nacionales e internacionales dirigidos a niños / as y adolescentes. Sin embargo, en Argentina la sociedad no le reconoce a los y las adolescentes estos derechos y por tanto no les brinda la atención necesaria, especialmente en relación a su salud sexual y reproductiva. Esto que era así en Argentina hasta el 2001, a partir de diciembre cuando se desencadena la crisis social, política y económica, se vuelve aún mucho más grave y con consecuencias más nefastas como se ilustró en este trabajo.

Por eso creemos es imprescindible y urgente definir políticas públicas destinadas a garantizar a niñas y niños, adolescentes mujeres y varones sus derechos, para ello se deben profundizar políticas iniciadas en los últimos años. Por ejemplo el Consejo Nacional de Niñez y Adolescencia en el 2003 inició un programa destinado a los / as adolescentes y jóvenes que no estudian, ni trabajan. Pero estos programas coyunturales y asistencialistas similares a los de jefas y jefes de hogar deben ser reemplazados paulatinamente a medida que mejore la situación social y económica, por otros más permanentes basados en apoyos y subsidios universales establecidos en base a la condición de ciudadanía de niñas, niños y adolescentes. Estos subsidios deben asegurar como contraprestación la persistencia en el sistema escolar de niñas, niños y adolescentes, la realización de los controles de salud, la asistencia a programas de información y educación sexual y el acceso a servicios de salud incluida la sexual y reproductiva.

También es clave que **se realicen los cambios y adecuaciones legislativas necesarias para que la Convención de los Derechos de los Niños tenga plena vigencia. En ese sentido es imprescindible que se apruebe la ley de protección integral de la niñez y la adolescencia, en consideración en el Senado de la Nación. Esta no es una ley más, es una ley básica para garantizar los derechos consagrados en la CDN, que tiene estado constitucional. Si bien esta ley sola no logrará por su mera aprobación cambiar en 180 grados la actitud de los adultos frente a los / as niños / as y adolescentes, sin embargo contribuirá a ese cambio y le dará un sustento legal hoy inexistente. También es necesario que los fantasmas de bajar la edad de penalización de los menores y otras ideas que se movilizaron en el 2002 con motivo de la crisis, se acaben.**

El problema de disminuir y eliminar el trabajo infantil, hoy en niveles tan altos, es otra urgencia asociada a mejorar los niveles de escolaridad que alcanzan chicas y chicos en todo el país. En la educación no solo es necesario que continúen estudiando más años, sino que mejore la calidad de la educación. También se deberá aprobar un proyecto de ley de bajar la mayoría de edad de 21 años como es actualmente, a 18 años. Si a los 16 años podrían ir como soldados a

hacer la guerra, porque debemos esperar a los 21 años para reconocerles la mayoría de edad.

Por eso este trabajo no pretende aportar soluciones ni recetas, pero si orientar en la búsqueda de soluciones legales, políticas, sociales, culturales y económicas, dirigidas a mejorar la condición de niñas, niños y adolescentes en nuestro país y garantizarles los derechos humanos básicos. Le toca a toda la sociedad lograrlo. Y también reclamar al gobierno nacional y a los provinciales si no lo asumen. El control social en este tema es fundamental y son las niñas, los niños y las / los adolescentes quienes deben luchar por esto, además de los adultos: padres, profesores, políticos, religiosos y la sociedad toda. Niñas, niños y adolescentes deben dejar de ser objetos de derechos a ser sujetos y por tanto de políticas públicas, sobre las cuales deben poder opinar y expresarse. Debemos promover estos cambios sociales si queremos que sean ciudadanos plenos y se incorporen a la sociedad. Para ello todos y todas deben tener los mismos derechos. Las diferencias de clases sociales, ingresos económicos y sexo entre otros deben desaparecer. **Promover un mundo más igual y equitativo, respetuoso de la niñez y la adolescencia así como los adultos mayores, es la principal contribución que debemos hacer para recuperarnos de la crisis y restablecer la esperanza para nuestras niñas, niños y adolescentes.**

X) BIBLIOGRAFIA

ADEUEM / CELS / CLADEM / FEIM / Feministas en Acción / Instituto Social y Político de la Mujer / Mujeres en Acción, "Derechos Humanos de las Mujeres: asignaturas pendientes del estado argentino", Contrainforme de la Convención contra la Eliminación de todas las formas de Discriminación de la Mujer, Buenos Aires, agosto 2002.

Agencia Católica AICA, "Excluyen a menores de la ley de salud reproductiva", 2 de enero del 2003.

Banco Mundial, "Salud reproductiva rural en la Argentina: Misiones, Salta y Santiago del Estero", de la Unidad de Desarrollo Medioambiental y Social Sustentable de la Región de América Latina, 2001.

BERMÚDEZ, I., "El 26,2% de los porteños no tiene cobertura médica", Diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 14 de febrero del 2003.

BIANCO, M. "Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina, el caso Argentina", FEIM / FNUAP, Buenos Aires, Argentina, 1996.

BIANCO, M. "El desafío del VIH/SIDA en la implementación del plan de Acción de la ICPD", ponencia presentada al grupo de discusión sobre el tema, Conferencia Internacional de Parlamentarios en la Implementación del Plan de Acción de la ICPD, Ottawa, Canadá, Noviembre 21 y 22, 2002.

BIANCO, M., "Globalización, Liberalización del comercio exterior y salud sexual y reproductiva en Argentina", Revista Salud Mujer, Chile, marzo 2002.

BIANCO, M., "VIH/SIDA en niñas y mujeres, asuntos críticos en América Latina y el Caribe". Ponencia presentada en el Panel sobre Mujeres y Niñas y VIH/SIDA en UN, Nueva York, USA, Marzo 2001. síntesis publicada en DeSIDAmos, Nº 1, año 9, Diciembre 2001, Bs. As., Argentina.

Bianco, M.: "Control del tabaco en niñas y mujeres de Latinoamérica y el Caribe: una estrategia basada en el género", Ponencia en Conferencia Internacional sobre Tabaco y Salud "Haciendo la Diferencia del Tabaco a la Salud: Aboliendo la Epidemia del Tabaco en Mujeres y Jóvenes", Organización Mundial de la Salud, Kobe, Japón, noviembre 1999. síntesis publicada en "Women and the Tobacco Epidemic. Challenges for the 21st. Century", WHO 2001.

BIANCO, M.; PAGANI, L.; RE, MI.: "Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del VIH/SIDA", en Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad, AEPA / CEDES / CENEP, Buenos Aires, Argentina, 1998.

CAMPS, S., "Aumentan los casos de niñas y adolescentes que tienen hijos", Diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 16 de diciembre del 2000.

CARBAJAL, M., "Aumento de depresión, ataques de pánico e intentos de suicidio entre los adolescentes", Diario Página/12, Buenos Aires, Argentina, 30 de septiembre del 2002.

CARBAJAL, M., "Cuando el debut no tiene método", Diario Página/12, Buenos Aires, Argentina, 25 de noviembre del 2002.

CARBAJAL, M., "Por una sexualidad responsable", Diario Página/12, Buenos Aires, Argentina, 1 de noviembre del 2002

CARBAJAL, M., "Radiografía del aborto en la Argentina", Diario Página 12, Buenos Aires, Argentina, 21 de enero del 2003, RODRIGUEZ, P., "Yo aborté", Revista Rolling Stone, número 59, Febrero del 2003.

CASTRO, A., "Apelan la prohibición del plan nacional de salud reproductiva", Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina, 13 de febrero del 2003

Consultora Equis, mayo 2002, El 70% de los jóvenes de 15 a 24 años es pobre, en base a información del INDEC.

Consultora Equis, en base a datos oficiales del 2000.

CORREIA, M. "Las relaciones de género en la Argentina, un panorama sectorial", Banco Mundial, 1999.

DEL AGUILA, M., "Por amor a la botella". En Suplemento "Sí", Diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 13 de diciembre del 2002.

Diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 19 de noviembre del 2002.

Diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 27 de Noviembre del 2002.

Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina, 2 de enero del 2003.

Diario Página / 12, Buenos Aires, Argentina, 21 de abril del 2002.

Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, "Mujeres en número", 2001.

EIZAYAGA, A., "Crece entre los docentes la preocupación por prevenir la violencia en las escuelas", Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina, 26 de noviembre del 2002.

El nivel de pobreza es cada vez más alto: 57,8% de la población, según el diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 1 de febrero del 2003.

Encuesta Nacional realizada a estudiantes de enseñanza media, "Acerca de los resultados sobre el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas en jóvenes estudiantes" en el año 2001, Boletín de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR).

Encuesta Permanente de Hogares, dato de octubre 2002, difundido el 31 de enero del 2003.

FAJARDO, D. , “El juego de las lagrimas”, Revista Para Ti, Buenos Aires, Argentina, 20 de diciembre del 2002.

FEIM, “Sexualidad y Salud en la Adolescencia: herramientas teóricas y practicas para ejercer nuestros derechos”, 2.000 – 2002

GELDSTEIN R. M., PANTELIDES, E.A., CALANDRA, N., VÁZQUEZ, S.: “La iniciación sexual bajo coerción en el Área Metropolitana de Buenos Aires”, Centro de Estudios de Población, 2001.

GELDSTEIN, Rosa Noemí, PANTELIDES, Edith Alejandra, “Riesgo reproductivo en la adolescencia, desigualdad social y asimetría de género”; UNICEF, noviembre del 2001.

GELSTEIN, R. ; SCHUFER, M.: “Iniciación sexual y después ... Prácticas e ideas de los varones jóvenes de Buenos Aires, CENEP, Buenos Aires, octubre 2002.

Gil Domínguez, A.: “Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable – Ley 25.673 – Doctrina – Jurisprudencia – Legislación”, Editorial Ad-Hoc, Buenos Aires, 2003.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de la Mujer y la Dirección General de Estadística y Censos, “Mujeres en número” (Capítulo: Situación comparativa Interprovincial de las Mujeres), 2001.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Dirección General de la Mujer, “Mujeres en número”, 2001, Bs. As., Argentina.

Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC- / UNICEF “Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990/2001”, Nº 2 Serie Análisis Social, Bs. As., Argentina, Marzo 2003.

Instituto Social y Político de la Mujer, Primera Encuesta Nacional sobre Anticoncepción de Emergencia, Buenos Aires, 2002.

KORNBLIT, A.L., “Y el SIDA está entre nosotros”, Editorial Corregidor, 1997. Bs. As., Argentina.

KORNBLIT, A.L. y colaboradores “SIDA, entre el cuidado y el Riesgo”, Alianza Editorial, Agosto 2000, Bs. As., Argentina.

LLADOS, J. I., “Se duplicó la población de villas miserias porteñas”, Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina, 23 de febrero del 2003

MARCONI, E. y otros: “Morbi-Mortalidad materna en la Argentina” en “Por una maternidad sin riesgos”, compilado por Mabel Bianco, FEIM, Buenos Aires, 1992.

MESSI, V. , BARBANO, R. ,“Por cada chico que delinque hay dos que son víctimas”, Diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 9 de agosto del 2002.

Ministerio de Desarrollo Social “Condiciones de vida en dos grupos de riesgo. Madres adolescentes”, Abril del 2001.

Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Datos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), Situación social, Agosto 2002.

Ministerio de Desarrollo Social, “Condiciones de vida en dos grupos de riesgo. Madres adolescentes”, abril del 2001.

Ministerio de Salud de la Nación, Unidad Coordinadora de Programas Materno Infanto- Juveniles y Nutricionales, Informe "Salud de la adolescencia en la Argentina", abril 2001.

Ministerio de Salud de la Nación, Unidad Coordinadora Ejecutora en VIH/SIDA y ETS, Informe “El SIDA en la Argentina, su evolución de 1982 al 2000”. Mayo 2000.

OLIVERA, F. , “No trabajan ni estudian más de un millón de jóvenes”, Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina,3 de septiembre del 2002.

PAGANI, L y RE, M. I. “Variaciones epidemiológicas en los últimos 5 años”, Revista “DeSIDAmos”, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, Año VIII, Número ¾. Buenos Aires, Argentina, Diciembre 2000..

PAGANI, L.; RE, MI.; MADRIGAL, P.,“Adolescentes, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas”, FEIM, Buenos Aires, Argentina, 2000.

PEKER L., “!Es una nena!, cómo cambió la vida de las mujeres década tras década!”, Revista “Para Ti” número 4192, Buenos Aires, Argentina, 22 de noviembre del 2002.

PEKER L., “Falta de prevención del SIDA en la Argentina”, Salutia.com, mayo del 2.000,

PEKER, L., “Marcha atrás en Buenos Aires”, Revista Luna, Buenos Aires, Argentina, abril del 2.000

PEKER, L., “Desnutrición infantil en la Argentina: ¿Hoy podría surgir un nuevo Maradona?”, Revista Para TI, Buenos Aires, Argentina, 26 de julio del 2.002.

PEKER, L., “La nueva prueba de amor, sexo sin preservativo”, Revista Luna, Buenos Aires, Argentina, 1999.

PEKER, L., “Madres de la desnutrición”, Revista “Para Ti”, Buenos Aires, Argentina, 31 de enero del 2003.

PEKER, L., “Marcha atrás en Buenos Aires”, Revista Luna, Buenos Aires, Argentina, abril del 2.000.

PEKER, L., Declaraciones de Laura Pagani “La nueva prueba de amor, sexo sin preservativo”, Revista Luna, Buenos Aires, Argentina, 1999.

RAMOS, S., GOGNA, M., PETRACCI, M., ROMERO M., SZULIK, D., “Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿Una transición ideológica”, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), octubre del 2001.

RE, M. I., PAGANI, P., “Género y sexualidad adolescente: problemas frente a la reproducción y la prevención del SIDA”, FEIM.

Revista “Luna”, Buenos Aires, Argentina, 2000.

Revista DeSIDAmos, Año X, N° 1, Buenos Aires, Argentina, Junio 2001.

ROMÁN, V., “En hospitales de la Ciudad hay 2.000 consultas diarias más”, Diario Clarín, Buenos Aires, Argentina, 14 de febrero del 2002.

SAN MARTIN, R., “Preocupa la deficiente alimentación entre los estudiantes”, Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina, 19 de agosto del 2002.

SHAPIRA, V., “Una de cada tres mujeres sufre de disfunción sexual”, Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina, 16 de diciembre del 2002.

TABER, B., ZANDPERL, A., “¿Qué piensan los jóvenes?”, UNICEF, Bs. As., Argentina, 2001.

UNESCO / ONUSIDA: “Los Enfoques Culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el Gran Buenos Aires – Un estudio de situación”. Estudios e Informes – Series especial N° 18, autoras Bianco, M; Pagani, L; Ré, MI; y Correa, C. UNESCO 2003.

UNICEF - Consejo Nacional de la Mujer: La salud de las mujeres, Guía de salud Nro. 5., 2001.

ANEXO I

SÍNTESIS ESTADÍSTICA

- * **Son millones.** Hay 12.490.000 menores de 18 años. De ellos, 8,6 millones de niños y jóvenes pobres (desde el nacimiento hasta los 14 años), de los cuales la mitad (4,1 millones) son indigentes, según datos del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO).
- * **Insatisfechos.** El 70% de los jóvenes de 15 a 24 años es pobre, según datos de la Consultora Equis en base a datos del INDEC, de mayo del 2002.
- * **Sin lugar.** En todo el país hay 1.145.177 jóvenes de entre 15 y 24 años que no tienen ninguna actividad, lugar de contención o proyecto: no trabajan, no estudian y no buscan empleo.
- * **Más por menos.** En los últimos tres años la cantidad de chicos que no trabajan, no buscan trabajo y no estudian creció un 24,6%, ya que en 1999 este problema alcanzaba al 13,8% de los jóvenes de todo el país y hoy, al 17,2% .
- * **Juventud divino tesoro.** La mayoría (25%) de las mujeres desocupadas de la Ciudad de Buenos Aires tiene entre 15 y 24 años.
- * **Sin clases.** El 59% de los jóvenes de entre 20 y 24 años que viven en la Ciudad de Buenos Aires o el Conurbano Bonaerense no terminó el colegio secundario.
- * **Nuevos pobres.** El 37,6% de los jóvenes se atendía en hospitales públicos y el 62% con obras sociales (50,3%) o prepagas (8%).
- * **Desnutridos con diploma.** Uno de cada diez estudiantes de la Universidad Nacional de Comahue, de Bariloche, sufre grave insuficiencia alimentaria.
- * **Hambre profesional.** La Universidad Nacional de Comahue tiene 25.000 estudiantes. A principios del 2002, 1.082 alumnos solicitaron becas, de ellos el 97% está por debajo de la línea de pobreza
- * **Torturados.** Hay mil denuncias de jóvenes torturados en institutos y comisarías, en la Suprema Corte bonaerense, entre septiembre del 2000 y septiembre del 2001.
- * **Dos por uno.** Por cada chico menor de 18 años que es acusado por un delito en la Provincia de Buenos Aires hay otros dos que llegan a la justicia como víctimas de golpes, abusos sexuales o estados de desamparo
- * **Kaos.** Uno de cada cuatro alumnos secundarios tienen problemas de indisciplina, según un relevamiento del Ministerio de Educación.
- * **Violencia pre- familiar.** La línea Te Ayudo recibe 90 llamadas diarias en promedio, de las cuales 6 son por noviazgos violentos.
- * **Primer trago.** En promedio los varones empiezan a tomar alcohol a los 13 años y las chicas a los 14.
- * **Puro humo.** El 45% de los estudiantes fumó alguna vez, pero sólo el 26 por ciento fuma actualmente. El consumo empieza a los 13 años en los varones y 14 años en las mujeres.

- *) **Iniciación precoz.** El inicio al consumo de drogas se produce, en promedio, a los 16 años.
- *) **Más pobreza, más hijos.** El promedio de tasa de fecundidad es de 2,8 hijos por mujer. Pero en la Ciudad de Buenos Aires es de 1,7; en Mendoza, de 3,0; en Chaco, de 3,6 y en Formosa, de 3,8.
- *) **Descuidados.** Uno de cada tres varones jóvenes del área metropolitana no se cuidó de un embarazo no deseado ni del SIDA, durante su primera relación sexual.
- *) **Pobreza de información.** Sólo el 35% de las adolescentes de clase baja conoce por lo menos cuatro métodos anticonceptivos. En cambio, el 61% de las adolescentes de clase media alta puede nombrar al menos cuatro métodos.
- *) **La vacuna del pupitre.** El 42% de las mujeres de áreas rurales que sólo tienen 3 años de escolaridad no conocen los métodos de planificación familiar.
- *) **Un problema en aumento.** En 1989, el 13,8% de los nacimientos fueron de madres menores de 20 años. Mientras que en el 2000, 15% de los 701.878 bebés nacieron de mamás menores de 20 años.
- *) **Más chicas, más pobres.** El 25% de las madres del Chaco tienen menos de 20 años y también el 20% de las de Misiones y Formosa son demasiado chicas para ser mamás.
- *) **Hiperpobres.** A nivel nacional, el 60% de las chicas que en el 2000 fueron madres adolescentes no terminaron la primaria.
- *) **Examen pendiente.** El 10% de las adolescentes de 15 a 19 años de áreas urbanas son madres adolescentes, el 80% de las madres precoces no terminaron el secundario y provienen de los hogares con menores ingresos per cápita.
- *) **Fuera de(l) control.** Un estudio sobre mujeres de áreas rurales (Misiones, Salta y Santiago del Estero) arrojó que el 16% tuvo su primer embarazo antes de los 15 años y el 54% antes de los 19 años.
- *) **Una materia invisible.** Sólo 5 de cada 100 varones de entre 20 y 29 años con algún nivel de educación superior son padres. En cambio 32 de cada 100 jóvenes que no completaron el secundario ya tienen, al menos, un hijo.
- *) **Sin deseo.** El 20,5 % de las jóvenes embarazadas que concurren al Hospital Argerich de la Ciudad de Buenos Aires expresan no querer tener a su hijo y otro 5% manifiesta no saber qué hacer.
- *) **Sueños hipotecados.** La mayoría (69%) de las adolescentes de clase alta se imagina que a los 25 años va a estar estudiando una carrera universitaria y el 29,5% de ellas piensa que a esa edad va a formar una familia. Sin embargo, la mayoría (44,4%) de las adolescentes de clase baja supone que a los 25 años va a formar una familia.

- *) **La fiesta de los 15.** La mayoría de los varones se inició sexualmente a los 14.4 años y la mayoría de las mujeres a los 15.2 años.
- *) **Más mujeres.** En 1990 la relación hombre / mujer entre los infectados de VIH era de 9 a 1, mientras que en el 2002 esta relación disminuyó a 2,9 varones por cada mujer infectada.
- *) **Más jóvenes.** Las mujeres se enferman a edades más tempranas que los varones. El 65,6% de las mujeres enfermas son menores de 30 años, mientras que en los varones ese porcentaje es de 45,4 años.
- *) **En la cama.** La transmisión heterosexual del VIH/SIDA aumentó en menos de diez años del 8,5 por ciento al 34 por ciento.
- *) **Sin protección.** Sólo una de cada diez mujeres argentinas mantienen relaciones sexuales siempre con preservativos.
- *) **Muerte precoz.** El 35,3% de la muertes maternas en adolescentes fue a causa de embarazos terminados en abortos.
- *) **De eso no se habla.** El 9% de las mujeres de la zona metropolitana dijo haber abortado.
- *) **Por el otro.** La mitad (53,4%) de las adolescentes debutó en el momento que quería debutar. Un 5,6% se iniciaron sexualmente forzadas. Mientras que un 41% aceptó debutar, a pesar que no quería tener su primera relación sexual en el momento en el que la tuvieron.

7metropolitana se define como machista.

DATOS DE LAS AUTORAS

Dra. Mabel Bianco: médica, Magíster en Salud Pública y especialista en Epidemiológica. Presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Coordinadora del Grupo de Mujeres de la Sociedad Internacional de SIDA. Miembro del Comité Director de la International Women Health Coalition e IPAS.

Cecilia Correa: psicóloga, Especialista en Psicología Clínica Infanto Juvenil. Coordinadora Área Jóvenes de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer. Coordinadora de la Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva. Miembro del Comité Coordinador de la Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Luciana Peker: periodista. Actualmente trabaja como colaboradora en la revistas "Para Ti" y "23" y el suplemento "Las/12", del diario "Página/12". Trabajó en la revista "Luna". Algunos de sus artículos fueron reproducidos por el "Foro de Derechos Reproductivos" de la Universidad de Harvard y el portal "Mujeres Hoy".

