.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

**Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación**

**Título del documento: Juventud, sexualidad y telefonía ¿Cómo usan los pibes el 0800 de salud sexual? : análisis del uso del dispositivo durante su primer año de funcionamiento en población de 10 a 20 años de todo el país**

**Autores (en el caso de tesistas y directores):**

**María Emilia Chiessa**

**Daniel Salerno , tutor**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2014**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

**Carrera Ciencias de la Comunicación**

**Tesina de Licenciatura**

# *JUVENTUD, SEXUALIDAD Y TELEFONÍA*

## *¿Cómo usan los pibes el 0800 de salud sexual?*

***Análisis del uso del dispositivo durante su primer año de funcionamiento en población de 10 a 20 años de todo el país***


**MARÍA EMILIA CHIESSA**

**DNI: 31.140.859**

**Correo electrónico: mili_chiessa@hotmail.com**

**TUTOR: DANIEL SALERNO / dorsalerno@gmail.com**


***Julio de 2014***

**Agradecimientos**

A mis viejos, por bancar desde un principio mis ganas de salir del pueblo para venir en búsqueda de un título universitario.

A mi abuelo, por ver en mí a una profesional, aún cuando sólo tenía 9 años.

A mi hermana, por crecer libre y aventurera en sus primeros pasos en la gran ciudá (se puede, lo estarás viendo).

A mi dorima, por su paciencia de oro y esos ojos que me dan paz.

A Clari, por ser mi compañera fiel y timón académico.

A Maite, por prestarme casa, comida, familia y corazón.

A esas amigas que no podrían ser otras, por las que esta década ganada tiene todos los ingredientes de un tiempo feliz. Ustedes saben quiénes son.

A mis compañeros de militancia, porque el primer 24 de marzo junto a ellos me marcó para siempre y me hizo peronista y peleadora.

A mis compañeros del Ministerio, por dejarme aprender y fumarme todos los días, sin perder el eje de que estamos pensando políticas públicas más allá de nosotros.

A Seba y Juan, por ser esos amigos con los cuales se puede ser ñoña sin tener vergüenza.

A Daniel, por el debate ideológico, los caprichos y el apoyo. Y porque se puede escribir una tesina sin sufrir.

. A la carrera, por ser tan hermosamente intrincada.

A mi Gobierno, por darme la oportunidad de hacer Historia, todos los días.

Lo que aprendí estos diez años en los pasillos de FSOC, es que la vida es eso que te pasa mientras intentás recibirte. Gracias a todos.

**ÍNDICE:**

**Introducción……. Página 3**

**Capítulo 1: estado del arte ……. Página 9**
- La sexualidad como objeto de las ciencias sociales
- ¿Juventud o adolescencia? Cuando la diferencia no es sólo discursiva
- La sexualidad en términos de salud: ¿una normatividad del placer?
- Zonas de vacancia
- Marco institucional de surgimiento del derecho

**Capítulo 2: enfoque metodológico e interpretativo……. Página 26**
-Circuitos por los que transita la información sobre sexualidad
-Gratuito, disponible y federal
- Organización del análisis
- Marco interpretativo

**Capítulo 3: radiografía de los consultantes…….. Página 35**
-¿Quién está del otro lado de la línea?
- Características generales de la muestra: quiénes llaman y de dónde son
- Motivos por los que consultan
-Momento de la consulta
-Destinatarios de la información
-Calidad de la información
-El dispositivo como medio de denuncia
-Resumen preliminar

**Capítulo 4: análisis de casos desde la teoría……. Página 48**
-Uso específico y sus implicancias sociales
- Entre lo que consultan cara a cara y lo que preguntan a la distancia
- Imaginarios en torno a la primera vez
- El lado B
- Los miedos que no se cuentan
- El fantasma más temido
- Información disponible sobre métodos
-Una tendencia en aumento: la gratuidad de los métodos
- El más querido (y el más odiado)
- Percepciones en torno al VIH/Sida
- La pastilla del día después: usos y ¿abusos?
- El diálogo ante lo invisibilizado

**Capítulo 5: el trasfondo de las consultas……. Página 78**
-Depende con quién: pautas de cuidado según tipo de pareja
- La diferencia entre lo saben y lo que efectivamente hacen: el quid de la cuestión
- De mitos y fantasmas
- Cuando el problema es el propio sistema
- La toma de la palabra frente a los derechos vulnerados

**Conclusiones……. Página 99**

**Bibliografía……. Página 103**

**Anexo…….. Página 109**

**Glosario de términos…….. Página 110**

**Resumen**

La presente investigación toma como punto de partida la puesta en funcionamiento de una línea telefónica gratuita, instalada por el Ministerio de Salud de la Nación, para realizar consultas sobre cuestiones ligadas al ejercicio de la sexualidad. De todos los ciudadanos que accedieron a este servicio 0800 durante 2011 (primer año de su funcionamiento), se tomarán aquellas consultas efectuadas por jóvenes de 10 a 20 años, para analizar el uso que hacen éstos de un dispositivo que nada tiene que ver con las nuevas tecnologías. Se tomarán las distintas preguntas realizadas desde todos los rincones del país para responder si los jóvenes utilizan la línea como consejería, pedido de ayuda, prevención o si en cambio la utilizan como canal de denuncia ante la vulneración de sus derechos en materia de salud sexual.

**Palabras claves:**

Línea telefónica – acceso gratuito – adolescentes – jóvenes – sexualidad - derechos

## Introducción

La adolescencia y la juventud, además de ser analizadas por diversas corrientes de pensamiento, fue (y es) caracterizada con ciertos rasgos de esencialismo. Esta característica propone un modo de ser de este grupo donde se priorizan ciertos núcleos temáticos que se hacen recurrentes, sobre todo aquellos que tienen que ver con el uso que hacen del tiempo libre, la relación con la cultura parental y la autoridad, el ejercicio de la sexualidad y los proyectos de vida.

En este sentido, cuando se habla de adolescencia o juventud -sobre todo en los medios masivos- se construye un estereotipo de joven desobediente y a la vez despreocupado, con poco sentido de los límites y alejado de los buenos hábitos y costumbres (o por lo menos de los prescriptos como tales), promiscuo y adepto a los riesgos, muchas veces inconsciente en sus prácticas sexuales. En un doble movimiento, se espera además la creación de innovaciones y nuevas modas, lo que choca con la necesidad performativa de la misma sociedad donde se insertan: aquí los jóvenes tienen que "aprender" a vivir en sociedad, adoptar valores tradicionales y "crecer".

Todos estos planteos proponen un joven incompleto, aún no preparado para la vida adulta. Por eso es que históricamente fueron objeto de políticas tutelares, donde la protección de sus derechos se alojaba en un otro adulto, ya no adolescente o joven, que velara por su seguridad y futuro. En este sentido, Pérez Islas (2008) retoma una interesante caracterización elaborada por Benedit (1938) donde se señala que entre jóvenes y adultos "tres son las más importantes oposiciones: la responsabilidad-no responsabilidad; la relación dominio-sumisión; y el papel sexual contrastado".[1]

La presente investigación planteará un abordaje de los jóvenes que retoma las tres oposiciones de Benedit en función de un bloque temático específico: el acceso a información confiable sobre el ejercicio de la sexualidad en la población nacional correspondiente a la franja de edad comprendida entre los 10 y 20 años. Para esto, se tomará como corpus de análisis las consultas a la línea telefónica gratuita 0800- 222- 3444 - con posibilidad de acceso federal- realizadas durante 2011, primer año de implementación de la línea, en el marco

[1] Pérez Islas, Valdez González y Suárez Zozoya (coords.) (2008): *Teorías sobre la juventud. Las miradas de los clásicos,* México, UNAM-CIIJ-Porrúa. Selección

de leyes, políticas y planes que se basan en la ampliación de derechos de los ciudadanos en cuanto al ejercicio de su salud como la Ley N° 26.061/05 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes[2] y la Ley Nacional N° 25.673/03 de Salud Sexual y Procreación Responsable.[3]

Para establecer un modo de funcionamiento de este dispositivo, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud establece que:

> Cuando una persona llama a la línea de Salud Sexual necesita hablar de temas *íntimos*. Hay emociones encontradas: timidez, angustia, expectativa. Por eso, cada llamada es única y necesita su tiempo. Las consultoras y consultores que responden se toman su tiempo. En promedio, *cada conversación dura 15 minutos* y se responde más de una consulta. A veces, la que llama es la mamá y termina pasando el teléfono a los hijos e hijas adolescentes; otras, es una pareja que pone el altavoz, para preguntar a dúo. La línea 0800 222 3444 es *confidencial,* todo lo que allí se habla queda en privado.[4]

En este sentido, a través de estas y otras iniciativas por parte del Estado en este nuevo siglo, los jóvenes que viven en nuestro país son considerados sujetos de derecho para las políticas sanitarias: no se trata de medicalizar la juventud o aplicarles acciones de control poblacional en relación a sus proyectos de vida o conductas sexuales sino de promover conductas de cuidado e información clara y accesible para la toma de decisiones independientemente de la edad que tengan.

A partir de la apertura de este canal de comunicación por parte de un organismo público nacional, disponible y gratuito, se analizará el uso que hacen los jóvenes y adolescentes de este recurso, comparando entre sí dos grupos de edad (de 10 a 15 y de 16 a 20), el contenido de las consultas y la procedencia por región del país. Además se indagará sobre el tipo de consulta, y se establecerá si la llamada es previa a la toma de decisiones con respecto a la sexualidad, o si por el contrario la utilización de la línea se relaciona a conductas de riesgo ya efectuadas. En líneas generales, esta investigación se dedicará a analizar la utilización de la línea como dispositivo efectivo de

[2] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/ley-nacional-26.061.pdf

[3] Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/ley-25673.pdf

[4] Ministerio de Salud de la Nación (2011): *Revista ¿Cuál es tu pregunta?* Año 1, Número 1. Mayo 2011

prevención de la salud o si por el contrario actúa sobre prácticas ya desarrolladas en la vida sexual de los jóvenes. Además, se relevará la existencia de llamados que actúen como medio de denuncia ante vulneración de los derechos al ejercicio pleno de la sexualidad de los usuarios. El interés por este corpus radica en la posibilidad real de acceder a las principales dudas que tienen los jóvenes sobre su sexualidad, a través de un canal abierto donde son los propios sujetos los que plantean las preguntas de forma espontánea, planteando ellos mismos el alcance de los discursos que por él circulan.

La disponibilidad de la información junto a lo convencional del dispositivo –en la era de las nuevas tecnologías y canales de comunicación 3.0- resulta un objeto de estudio interesante para analizar el uso y las características de los llamados, ante la puesta en funcionamiento de la línea telefónica gratuita del Ministerio de Salud de la Nación.

Esta zona de investigación surge de la revisión de textos como el de Cháves (2009) donde se establecen importantes áreas de vacancia con respecto a la relación entre juventud y sexualidad. Así, Chaves indica que "existen escasos estudios de los modos en que los jóvenes viven sus experiencias sexuales, tanto las iniciáticas, como las ocasionales o las de mayor duración",[5] y en función de las prácticas reproductivas señala que es necesario relevar

> (…) El conocimiento de métodos (acceso a información sobre uso de métodos anticonceptivos, acceso a educación en sexualidad) y el conocimiento y acceso a servicios de salud reproductiva, entre otros. Así como la vinculación entre métodos de prevención, planificación y toma de decisiones al interior de la pareja sexual (Chaves, 2006).

Por eso es que esta investigación pondrá en juego lo señalado por Chaves para indagar sobre la utilización que hacen los jóvenes de 10 a 20 años de la línea telefónica gratuita sobre salud sexual del Ministerio de Salud de la Nación a partir de las consultas realizadas a este servicio durante 2011, primer año de funcionamiento de la misma.

Dentro de este objetivo, nuestra investigación abordará tres líneas de trabajo: la primera tiene que ver con las consultas a partir de su procedencia,

[5] Chaves, M. (2006): "Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales 1983-2006".

para reconstruir la representatividad del dispositivo a nivel país; la segunda hará hincapié en el momento de la utilización de la línea: existencia de pedidos de información previos o posteriores a alguna conducta de riesgo (posibilidad de embarazo, transmisión de enfermedades, métodos anticonceptivos de emergencia, etc). Por último, se relevarán los llamados en los cuales se registren denuncias o negativas de atención por parte del sistema de salud con respecto al ejercicio de la sexualidad de los jóvenes, para analizar la percepción de la vulneración de derechos o su eficaz apropiación por parte de los sujetos en estudio.

Para analizar la constitución de los jóvenes en destinatarios de políticas destinadas al ejercicio de su ciudadanía, se seguirá la contextualización de Reguillo Cruz (2000) en la descripción de la categoría luego de la posguerra, quien señala que

> La visibilización creciente de los jóvenes y su enfrentamiento al statu quo, se daba en paralelo con la universalización acelerada de los derechos humanos en un clima político que trataba de olvidar los fascismos autoritarios de la época precedente. Los jóvenes "menores" se convertían en sujetos de derecho, fueron separados en el plano de lo jurídico de los adultos. (…) Lo que esto señala, entre otras cosas, es la necesidad de la sociedad de generar dispositivos especiales para un segmento de población que va a irrumpir masivamente en la escena pública y la conciencia de que ha "aparecido" un nuevo tipo sujeto para el que hay que generar un discurso jurídico que pueda ejercer una tutela acorde con el clima político, y que al mismo tiempo opere como un aparato de contención y sanción (Reguillo Cruz, 2000:25).

Si bien Reguillo Cruz apunta a describir el aparato punitivo creado específicamente para esta franja etaria, el planteo puede incluir, a los fines de esta investigación, el marco legal creado a principios de siglo en nuestro país como la Ley N° 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes creada en 2005 y la Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable creada en 2003.

Este dispositivo interesa como soporte para la investigación, primero, por su nivel de penetración en los hogares argentinos, es decir, la facilidad con que puede accederse a un teléfono. En 2011, se registraron 9.423.931 líneas telefónicas fijas con servicio básico y 57.854.242 líneas de servicio telefónico

celular.[6] En segundo lugar, resaltamos la importancia del carácter privado e íntimo que permite el uso del teléfono, ya que no implica exposición de los sujetos que llaman. Como tercera característica, ponemos en juego su característica dialógica: en la experiencia de uso aporta un rasgo reflexivo donde se da lugar a la repregunta, sin tope de tiempo, donde se entabla una conversación con alguien que del otro lado tiene la función de responder.

Estos rasgos del dispositivo, en el marco del andamiaje legal y jurídico sobre ejercicio de la sexualidad en jóvenes, permiten conocer por fuente primaria cuáles son las dudas, miedos y mitos que circulan en torno a estos temas.

Este dispositivo de carácter convencional viene a competir con toda una gama de recursos digitales innovadores e información disponible a un click. Según Reguillo Cruz, esto no implica necesariamente información clara y oportuna, sino que:

> La recepción en tiempo real de las noticias-mundo y el acceso (desigual) a discursos y productos culturales de todos los puntos del planeta, posible por los medios de comunicación y la Internet, vuelven mucho más complejo el panorama social para el joven, en la medida en que lo acercan a representaciones que pueden entrar en franca contradicción con los supuestos valorados localmente poniendo en crisis la legitimidad de algunas representaciones, obligándolo a un reajuste constante entre su experiencia inmediata y ciertos discursos que parecen cada vez menos lejanos. (…) Por ello resulta fundamental indagar sobre las fuentes que nutren los imaginarios de los jóvenes y ubicar los referentes a los que atribuyen mayor o menor credibilidad y cómo a partir de estas fuentes se derivan "programas" de acción (Reguillo Cruz, 2000:69).

Luego de esta primera entrada al tema de investigación, en el apartado que sigue daremos cuenta de las principales corrientes que abordaron el estudio de la sexualidad y cómo esta se convirtió en objeto de estudio para las ciencias sociales. Para organizar nuestro recorrido por el estado de la cuestión, establecimos dos grandes discusiones o tensiones entre las categorías adolescencia/juventud y sexualidad/salud sexual para luego posicionar nuestro enfoque entre unos u otros y desarrollar el análisis en función de ellos, a través

[6] Fuente: INDEC (2011)

de la identificación de los espacios de vacancia que intentaremos abarcar con esta investigación.

Luego, en el segundo capítulo presentaremos el enfoque metodológico e interpretativo de este trabajo a través de la descripción del dispositivo y las fuentes de información preferidas por los jóvenes, así como las categorías que construimos para organizar el análisis.

En el tercer capítulo, se verá una descripción de la muestra constituida por los llamados recibidos al 0800 durante 2011, en relación con su procedencia y distinción por rango de edad. El objetivo de este apartado es construir un perfil de los usuarios de la línea.

En el cuarto capítulo, analizaremos las consultas de los jóvenes a la luz de la evidencia relevada en la bibliografía existente, para intentar reconstruir el modo en que los jóvenes utilizan el dispositivo. Si bien se intentarán abordar temas diversos, en esta parte predominarán las consultas que tienen que ver mayoritariamente con embarazos y métodos anticonceptivos.

En el quinto y último capítulo el análisis se ocupará de abordar cuestiones más ligadas a la sexualidad como práctica social desde un enfoque integral. Aquí se tratará de teorizar sobre la prevención y los proyectos de vida, los mitos circulantes sobre sexualidad, las barreras para el acceso por parte del sistema de salud y la vulneración de derechos.

## CAPÍTULO 1: ESTADO DEL ARTE

### La sexualidad como objeto de las ciencias sociales

Los estudios existentes sobre la sexualidad humana han constituido en sí mismos un extenso campo para la investigación en varias disciplinas. En este sentido, la psicología y la biología como grandes paradigmas han precedido el largo debate sobre el marco interpretativo de la sexualidad en los hombres, constituyéndolo, como afirma Foucault, "en un dispositivo que atraviesa ampliamente la historia puesto que conecta la vieja orden de confesar con los métodos de la escucha clínica. Y fue a través de ese dispositivo como, a modo de verdad del sexo y sus placeres, pudo aparecer algo como la sexualidad".[7] De este modo,

> Se definió "por naturaleza" como: un dominio penetrable por procesos patológicos, y que por lo tanto exigía intervenciones terapéuticas o de normalización; un campo de significaciones que descifrar; un lugar de procesos ocultos por mecanismos específicos; un foco de relaciones causales indefinidas, una palabra oscura que hay que desemboscar y, a la vez, escuchar (Foucault, 1977:42)

Así definida, la sexualidad se nos presenta como un campo sobre el cual accionar, conocer, relacionar y analizar. Estas tareas fueron llevadas a cabo desde fines del siglo XIX donde según Szasz (2004) el tema

> Ha sido considerado desde entonces como un ámbito de las disciplinas clínicas y del trabajo con individuos, como la psicología clínica, la psiquiatría, la pedagogía y la sexología. Estas disciplinas, que se han ocupado de la sexualidad durante más de un siglo, se orientan hacia el estudio de conductas individuales o hacia el «buen funcionamiento» sexual de las personas, basando su discurso en la biología y la medicina, cuya comprensión de lo que llamamos sexualidad se refiere principalmente a un funcionamiento universal de los cuerpos biológicos (Szasz, 2004:65).

Ahora bien, desde las ciencias sociales, el abordaje de la sexualidad es aún más joven: fue la antropología quien inició el camino de la investigación en este campo, no sin despegarse completamente de los paradigmas anteriores

[7] Foucault, Michel (1977): Historia de la sexualidad 1, La Voluntad de saber.

de corte biologista y psicoanalítico. Szasz explica que estos primeros estudios antropológicos

> Permitieron superar las formas más burdas de esencialismo y universalismo, al enfatizar el papel de las culturas y de los aprendizajes en la conformación de las actitudes y de las prácticas sexuales y al observar la enorme variabilidad de estas prácticas entre culturas, entre generaciones, entre regiones geográficas y entre grupos y clases sociales (Szasz, 2004:65).

Este recorrido inaugurado por los antropólogos podría presentarse como antecedente para la entrada de la sexualidad como objeto de estudio de las ciencias sociales, conformando un discurso crítico desarrollado recién a finales del siglo XX, a través de "(…) la necesidad de dar respuestas a problemas sociales complejos" para "responder a avances teóricos y metodológicos de la sociología, la antropología, los estudios culturales, la historia, la crítica literaria y los estudios sobre comunicación".[8]

Ahora bien, de la sexualidad así planteada como construcción social y compleja, ahondaremos en los trabajos que se dedicaron a analizarla en función de nuestra segunda categoría de análisis: la juventud.

La tendencia registrada por Chaves (2006) describe que el abordaje de la sexualidad con carácter reproductivo desde las ciencias sociales "que en su mayoría privilegian el uso del término adolescencia, han experimentado un lento pero continuo desarrollo en los 90 (Pantelides y Cerruti, 1992; Kornblit y Mendes Diz, 1994), y muchos trabajos han visto la luz a principios de este nuevo siglo (Geldstein y Pantelides, 2001; Checa, 2003; Gogna, 2005; Faur y Gherardi, 2005)".[9] Este es el caso de Gogna (2005) donde en su estado del arte de la investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina de 1990 a 2002, rescata que:

> Como señala una reconocida investigadora, "el interés por la sexualidad de los adolescentes, desde el punto de vista de las ciencias sociales, comienza a partir del interés por la fecundidad y, más tarde, se incrementa a raíz de la epidemia del sida. Es entonces, un interés "secundario" o "instrumental", surgido por inquietudes

[8] Szasz, Ivonne (2004): "El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades" en *Ciudadanías sexuales en América Latina: abriendo el debate.*

[9] Chávez, Mariana (2006): "Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales 1983-2006" Página 10.

> relativas no a la sexualidad en sí misma, sino a sus consecuencias" (Pantelides, 1996). Esta "marca de origen" explica en buena medida, a nuestro juicio, cuáles son las cuestiones que los estudios exploran y la manera en que lo hacen. La mayor parte de los estudios sobre población adolescente identificados en nuestra búsqueda utilizan la encuesta como fuente básica de información, la que a veces se complementa con técnicas cualitativas (entrevistas semiestructuradas o grupos focales). La población objetivo son adolescentes escolarizados de ambos sexos o usuarios de servicios públicos de salud (en su mayoría mujeres). Las principales cuestiones relevadas son: edad al inicio de relaciones sexuales, tipo de pareja, motivación para la iniciación sexual, utilización de métodos anticonceptivos y/o de prevención de ETS-VIH, conocimientos sobre el cuerpo/la reproducción, etc. En general, los autores realizan comparaciones entre los conocimientos y actitudes según variables tales como sexo, subgrupo de edad, sector social y/o tipo de escuela en el caso de la población escolarizada (Gogna, 2005: 34).

Esta conclusión a la que llega Gogna retoma el binomio juventud-reproducción como primer campo que guía los estudios de investigación. Las conclusiones a las que allí se arriban privilegian el término *adolescencia* como modo de referirse a los sujetos que estudian, elección no ingenua para intentar explicarlos. En esta línea, Adaszko rescata que:

> El análisis retrospectivo de la producción académica de los últimos años sobre los jóvenes y la salud permite detectar una serie de situaciones 'paradojales'. Los estudios que abordan esta temática comienzan casi siempre por enfatizar la necesidad de contemplar los aspectos sociales, culturales y de género para el análisis de los jóvenes, de sus problemas y de la distribución diferencial de los padecimientos. Sin embargo, a la hora de los resultados y las conclusiones habría un acuerdo dominante en ubicar los orígenes de los problemas de salud en los comportamientos individuales, arriesgados y evitables de los jóvenes (Maddaleno y Suárez Ojeda, 1995; Bayés, 1995 citado en Adaszko, 2005:53).

La bibliografía existente coincide en señalar que los jóvenes comienzan a ser sujetos visibilizados para las ciencias y para las políticas cuando emergen como perturbación al orden social. En este sentido, toman protagonismo los temas referidos a la salud sexual y reproductiva y luego la delincuencia, las drogas, la deserción escolar, etc. (Pasqualini y Llorens, 2004).

De todos los aspectos posibles de la sexualidad, el embarazo antes de los 20 años se posicionó como principal problema de salud pública, que mereció

ser investigado y considerado como cuestión en la que debe intervenir el Estado. Según Adaszko,

> Surge en la década del '60 acompañando los cambios sociodemográficos, económicos, culturales, e ideológico-políticos que tuvieron lugar tras la Segunda Guerra Mundial. Estas transformaciones originaron una creciente preocupación por la normalización del comportamiento de los jóvenes, más específicamente por aquellas conductas que pudieran minar su transición hacia una forma socialmente aceptada de "ser adulto" (Adaszko, 2005, 47).

En esta forma de entrada a la agenda de las ciencias sociales y el Estado, la juventud fue construyéndose a partir de ciertas características que definirían el abordaje futuro de este importante sector de la sociedad. Según Pasqualini y Llorens:

> Se descubre que una impactante proporción de las muertes durante la adolescencia se producen por las llamadas causas externas[10] y, por lo tanto, son prevenibles. Se modifica, así, el paradigma que establecía la equivalencia «adolescencia = edad más sana» por el paradigma «adolescencia = etapa de riesgo», y se focaliza la atención de los adolescentes y jóvenes de acuerdo con problema específico del cual son portadores. Desde este paradigma, la causa última de las «patologías» juveniles se identificó en el sujeto juvenil, su propia conducta es considerada un factor de riesgo, de ahí que la intervención priorizó la acción en él y descuidó el contexto. A partir de los polos sintomáticos y problemáticos, se construyó en la sociedad una percepción generalizadora de la juventud que la estigmatiza, y su visibilización es negativa (Pasqualini y Llorens, 2004: 94).

Una vez planteado este primer panorama sobre la investigación en juventud y sexualidad y el paradigma para su abordaje, presentaremos los principales debates que interesan a los fines de este trabajo, para luego retomarlos y ponerlos en juego según el dispositivo elegido como objeto de análisis.

[10] Según el INDEC, las causas externas son aquellas defunciones cuyas causas no se vinculan con procesos patológicos sino que son producto de accidentes o causas violentas tales como suicidios, homicidios u otras violencias. Disponible en http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/7/siisena-dv-definiciones.pdf

**¿Juventud o adolescencia? Cuando la diferencia no es sólo discursiva**

Un primer debate que nos interesa destacar es aquel que se da a partir de las categorías adolescencia y juventud. Si bien en muchas de las investigaciones que las abordan éstas pueden usarse como sinónimos sin mucho conflicto aparente, en este trabajo nos proponemos desandarlas y ponerlas en discusión, ya que el marco que propone cada categoría no es ingenuo ni idéntico, por lo contrario, la elección de una u otra implica una determinada interpretación (con determinadas características, concepciones, valores) y también una postura política.

La categoría de adolescencia tiene una historia mucho más antigua que la de juventud: surgió estrechamente ligada con la emergencia de la noción moderna de individuo:

> Junto al "individuo moderno" –autónomo y racional–, o como expresión de sus primeras etapas de desarrollo, la modernidad trajo consigo a dos nuevos actores que fueron pensados como su versión embrionaria: el niño primero y el adolescente más tardíamente. En ambos casos se los definió como sujetos inconclusos cuyos cuerpos debían ser reglados y sus espíritus moralizados antes de reconocérseles el estatus de ciudadanos (Lupton y Tulloch, 1998 y Brownlie, 2001 citados en Adaszko, 2005: 40).

A partir de este paradigma es que se conforma la intervención de la salud pública en la vida de estos sujetos no-adultos, donde se asume la tarea de incorporarlos a ese ámbito adulto en condiciones viables para la vida en sociedad. Mientras en las ciencias sociales entraban en crisis los abordajes funcionalistas que estudiaban la desviación y proponían la normalización, en la salud pública sucedía lo contrario:

> (…) Se agudizó el proceso de "medicalización" de la niñez y la adolescencia (Conrad y Schneider, 1992) que venía teniendo lugar desde finales del siglo XIX. La medicalización de la adolescencia transfirió el problema de la adaptación desde el plano moral, al cual se daban respuestas institucionales de punición, hacia el plano individual psicológico en el cual se proponían respuestas terapéutico-curativas. La construcción del adolescente como oprimido, conflictivo, acosado por sus temores, y psicológicamente turbado, por no decir simplemente enfermo (Fabrega y Miller, 1995:884), justificará las prácticas de control, presentadas como intervenciones destinadas al cuidado de los jóvenes mientras éstos se enfrentan a

> una serie de pruebas o "tareas" que deberán superar con éxito para ser reconocidos como adultos responsables (Adaszko, 2005: 46).

Los consensos a nivel internacional de las principales organizaciones especializadas[11] en salud pública aún hoy definen a "la adolescencia como el período entre los 10 y 19 años de edad y a la juventud como el período entre 15 y 24 años de edad"; mientras que "el término `personas jóvenes´ se utiliza para incluir a ambos grupos".[12] Esta tensión entre categorías se presenta como una constante en la mayoría de los trabajos que intentaron abordarlas, salvo en aquellas que denominaremos "clásicas" donde la adolescencia se identifica en los 12 años y culmina entre los 22 y 25 años y se la describe como:

> (…) Un período de tormento y estrés, lleno de idealismo, revolución contra lo viejo, expresión de sentimientos personales, pasión y sufrimiento. La vida emocional del adolescente oscila entre tendencias contradictorias. Energía, exaltación y actividad son seguidas de indiferencia y letargo. La risa y la euforia dan lugar a la depresión y a la melancolía. Egoísmo y vanidad pueden alternarse con altruismo idealístico. Virtud y tentación, soledad y compañía de pares, sensibilidad y crueldad, apatía y curiosidad entusiasta, búsqueda de un marco de autoridad y de libertad son frecuentes antes de alcanzar la madurez (Rolf E. Muuss citado en Pasqualini y Llorens, 2004: 42).

Muchos autores han revisado y discutido esta postura, lo que fue abriéndole terreno a la categoría de juventud. La premisa principal que se desprende de estas críticas tiene que ver con la imposibilidad de dar cuenta de una universalidad:

> La introducción del concepto de adolescencia como etapa del desarrollo asociada a la edad biológica presenta debilidades y genera tensiones cuando se trata de aplicar a situaciones socio- geográficas diversas. Esto es especialmente así, cuando se aplica el concepto para comparar, por ejemplo, sectores urbanos medios con culturas campesinas pues, lo que se entiende por madurez no necesariamente corresponde al desarrollo físico-biológico alcanzado sino más bien al grado de autonomía y comprensión de sí mismos que presentan en sus respectivas comunidades (Olavarría y Madrid, 2005: 15).

[11] Nos referimos a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

[12] Morlachetti, Alejandro (2006): Políticas de Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes y Jóvenes: Un Enfoque desde los Derechos Humanos. Chile.

Veremos a continuación las implicancias de la categoría de juventud, a través de las características que se ponen en juego en su construcción por los principales autores que trabajaron sobre ella.

Los primeros abordajes de las ciencias sociales no difieren de la concepción clásica desarrollada hasta aquí, por ejemplo, en Stanley Hall quien se considera como el primer teórico que trata científicamente la cuestión. En la lectura que hace Feixa de este autor:

> Entendida como la fase de la vida individual comprendida entre la pubertad fisiológica (una condición "natural") y el reconocimiento del estatus adulto (una condición "cultural"), la juventud ha sido vista como una condición universal, una fase del desarrollo humano que se encontraría en todas las sociedades y momentos históricos (Feixa, 1998:16).

El mismo autor explica que los jóvenes comienzan a ser sujetos de las políticas a nivel internacional a partir de cinco factores de cambio: el contexto económico del estado de bienestar; la crisis de la autoridad patriarcal; el nacimiento de un mercado diferenciado; la emergencia de los medios de comunicación de masas; y la erosión de la moral puritana, con la modernización de usos y costumbres, entre ellos, la "revolución sexual". En este proceso es que la categoría de juventud comienza a interesar a investigadores y planificadores de políticas como "problema social" y no simplemente como "problema" a partir de características intrínsecas.

En otros trabajos contemporáneos al de Feixa como los de Margulis y Urresti (1998) se visualiza una tendencia contraria, planteándose que la juventud como condición universal sería un reduccionismo, ya que las distintas clases sociales no transitan la misma de igual forma. Los autores atribuyen un componente de facticidad a la categoría, que sería la "experiencia subjetiva de capital temporal, de tiempo por vivir, que diferencia a los jóvenes de los que no lo son, con absoluta independencia de la clase social o del género".[13] Estos autores constituyen una apertura de la categoría que toma en cuenta las desigualdades y diversidades, sin caer en un tipo ideal y estandarizado de los modos de construcción de la juventud.

[13] Margulis, Mario y Urresti, Marcelo. (1998): "La construcción social de la condición de juventud". "Viviendo a toda". Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades. Página 10.

Pierre Bourdieu ya había señalado esto en 1990 afirmando que "sólo con un abuso tremendo del lenguaje se puede colocar bajo el mismo concepto universos sociales que no tienen casi nada en común".[14] Sobre el final del apartado señala que "entre estas dos posiciones extremas, la del estudiante burgués y la del joven obrero que ni siquiera tuvo adolescencia, hoy existe toda clase de figuras intermedias".

Para resumir el recorrido establecido hasta aquí tomaremos a Dina Krauskopf (1999) quien en su trabajo logra articular las categorías de adolescencia y juventud como paradigmas diferenciados pero en situación de continuidad y tensión.

Como primer paradigma, toma la categoría de *adolescencia como período preparatorio*. La autora señala que "el reduccionismo de la etapa preparatoria surge como una postergación de los derechos de los niños y jóvenes, al considerarlos carentes de una madurez social e inexpertos. Implícitamente, se les niega el reconocimiento como sujetos sociales". Bajo este paradigma puede ubicarse todo el desarrollo que hicimos aquí de la categoría de adolescencia.

El segundo paradigma que se establece es el de la *juventud como etapa problema*. De esta forma,

> La fragmentación programática de la juventud como problema se revela al definirla en relación al embarazo, la delincuencia, las drogas, la deserción escolar, las pandillas, etc. Se construye una percepción generalizadora a partir de estos polos sintomáticos y problemáticos. (…) A esto puede agregarse que el énfasis en el control favorece la estigmatización criminalizante de la juventud (Krauskopf, 1999:122).

A esta caracterización primaria de la juventud le corresponden los primeros abordajes ya desarrollados anteriormente, tanto desde las ciencias sociales como desde la salud pública. En todos ellos, el joven comienza a ser sujeto de las políticas sólo en tanto problema.

Un tercer paradigma que releva la autora es aquel de la *juventud ciudadana*. Si bien puede verse más como un futuro punto de llegada para las políticas y un campo de acción casi desconocido para las investigaciones sociales, se lo describe de la siguiente forma:

[14] Bourdieu, P. (1990) [1978] "La 'juventud' no es más que una palabra" en Bourdieu, P. *Sociología y cultura*. Página 165.

> El enfoque de derechos abandona el énfasis estigmatizante y reduccionista de la juventud como problema. La integración del paradigma que la señala como actor estratégico con el paradigma de juventud ciudadana permite reconocer su valor como sector flexible y abierto a los cambios, expresión clave de la sociedad y la cultura global, con capacidades y derechos para intervenir protagónicamente en su presente, construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo (Krauskopf, 1999:123).

Establecido hasta aquí el debate y las tensiones entre los conceptos de adolescencia y juventud, señalamos que como elección metodológica se tomará a la segunda como actor social de esta investigación, ya que:

> Desde el paradigma de la ciudadanía, las personas jóvenes dejan de ser definidas por sus incompletitudes y síntomas, para ser consideradas sujetos de derechos. Ya no se trata solo de la ciudadanía formal de ejercer el derecho al voto, sino que se da centralidad a la ciudadanía integral de niños, adolescentes y jóvenes. La construcción de políticas con este marco destaca la participación juvenil y el reconocimiento de la fase juvenil como un importante período de desarrollo social (Pasqualini y Llorens, 2004:96).

En el apartado que sigue, daremos cuenta de una segunda tensión, la que constituye el binomio sexualidad- salud sexual presente en la bibliografía, acompañada de un subconjunto de implicancias propuesto por la relación entre esta última y la categoría de salud reproductiva.

**La sexualidad en términos de salud: ¿una normatividad del placer?**

A partir de las concepciones y abordajes que proponen los autores que trabajaron las categorías de sexualidad y salud sexual, vemos que ambos términos no pueden utilizarse como sinónimos, y que al igual que *adolescencia* y *juventud*, su elección propone un marco interpretativo específico.

Es importante señalar que tampoco es lo mismo hablar indistintamente de salud sexual y reproductiva o de salud reproductiva a secas. Mientras que la segunda implica solamente "aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos",[15] la primera rescata que

> Salud sexual y reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no

[15] Pasqualini y Llorens (2004): Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Capitulo 31.

> deseado; poder regular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables (OMS, citado en Pasqualini y Llorens, 2004:363).

Si bien la primera definición está naturalmente contenida en la segunda, la salud reproductiva se enfoca en reafirmar la posibilidad de decidir sobre los cuerpos más que nada en lo referido a la planificación familiar, dándole un papel secundario a lo relacionado al disfrute y el placer. Al respecto, textos como el de Amuchástegui y Rivas resultan esclarecedores:

> Si bien los movimientos de mujeres pretender afirmar los derechos sexuales y reproductivos, la defensa de la soberanía sobre la reproducción ha sido relativamente más sencilla y exitosa que la lucha por la autodeterminación en materia de deseo y placer. (…) Lo que ha quedado plasmado explícitamente en los documentos internacionales de Naciones Unidas han sido los derechos reproductivos, no tanto los sexuales. Al parecer, la legitimización de los derechos sexuales enfrenta dificultades en todos los ámbitos de la vida social, desde las relaciones eróticas hasta las legislaciones y políticas públicas. ¿A qué se debe esta diferencia, soslayada pero fundamental? A nuestro juicio, a que los procesos de apropiación subjetiva del derecho a decidir sobre la procreación, por un lado, y sobre el deseo y el placer por el otro, no son equivalentes ni se presuponen mutuamente. Es decir, a pesar de que la sexualidad y la reproducción parecen estar fusionadas en nuestra cultura, en realidad el erotismo y las prácticas sexuales han sido subordinados a la exaltación de la procreación (Amuchástegui y Rivas, 2004:548).

Hasta aquí, vemos que la tensión entre salud sexual y sexualidad se hace evidente ya que la primera no le brinda a los discursos sobre el placer la misma prevalencia que le da la segunda. En este punto, algunas investigaciones realizadas al comienzo de este siglo como las de Brener y Ramos (2008), Gogna (2005) y López Gómez (2005) coinciden en señalar que

> Explorar dimensiones tales como el erotismo y el placer, sea en la población adolescente o adulta, supondría adoptar un enfoque “propositivo y afirmativo” y, en tal sentido, implicaría un giro significativo respecto de la motivación original -- conocer el “comportamiento sexual” para prevenir más eficazmente los embarazos no deseados y las ETS- (Gogna, 2005:63).

Como es el caso de las investigaciones relevadas hasta aquí, la mayor parte de ellas se han realizado desde un enfoque de salud, y para

investigadores como Olavarría y Madrid y López Gómez, “quien dice salud, habla de normalización”. La uruguaya López Gómez señala además que, previamente, otros autores como

> Vance (1984) y Miller (2002) han advertido lo “peligroso” que puede ser homologar sexualidad con salud sexual. Este es otro de los deslizamientos frecuentes. La reducción de la sexualidad al campo de la salud (sexual) genera el riesgo de reproducir la medicalización de la sexualidad y ubicarla en el terreno de criterios de *normalidad* (López Gómez, 2005:34).

A través de todo lo anterior, podemos afirmar que el enfoque de la sexualidad en las investigaciones realizadas por las ciencias sociales en aún incipiente: la presencia soslayada de paradigmas que aun sostienen el carácter naturalmente incompleto de los jóvenes para ejercer su vida sexual y disfrutar de ella siguen predominando en las investigaciones:

> (…) El deseo y los placeres sexuales juveniles han sido concebidos como los de unos sujetos incompletos, en vías de formación, y por lo tanto no aptos para responder a los requerimientos de una sexualidad responsable y plena como se supone es la sexualidad adulta. Igualmente, los trabajos señalan a los jóvenes como una población de alto riesgo en materia de salud sexual y reproductiva, por un inicio de su vida sexual con un bajo nivel de información, sin ningún tipo de protección y en un contexto social marcado por categorías como el pecado, la culpa, el machismo y la subordinación de la mujer. Por otra parte, cuando se incluye en estas investigaciones el tema del cuerpo de los jóvenes, éste se reduce muchas veces a los órganos genitales y reproductivos, y se ve como un cuerpo biológico y no como un cuerpo a través del cual se construye identidad ni como locus de las percepciones subjetivas ni como medio de comunicación” (Viveros 2003:115 citado en Olavarría y Madrid, 2005:17).

En síntesis, más allá de las conceptualizaciones que pueden encontrarse sobre sexualidad como categoría, retomaremos aquellos que la definen por fuera de sí misma, a partir de su carácter de construcción histórica, donde en los distintos tiempos sociales, se estipula lo dicho y lo no dicho, ya que la sexualidad misma

> (…) Reúne una multiplicidad de posibilidades biológicas, emocionales y mentales (identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos, fantasías) que no necesariamente se vinculan entre sí en un modelo armónico con los paradigmas de género dominantes. Los

> significados que le atribuimos a la "sexualidad" están socialmente organizados: promocionados o prohibidos pero siempre sostenidos por diversos discursos que nos permiten afirmar que la sexualidad es un producto social que se construye en relación con el medio cultural (Brener y Ramos, 2008:13).

## Zonas de vacancia

De la revisión de las tesinas de grado de nuestra carrera de comunicación que estudiaron algunas de las categorías puestas en juego en esta investigación, se desprende que prevalece el abordaje de las políticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva en relación con los debates dados en los medios de comunicación gráficos o audiovisuales (Umansky, 2003; Rego, 2008). Otro grupo de investigaciones estuvo ligado a la perspectiva de género, haciendo foco en el acceso desigual de las mujeres a la decisión sobre sus propios cuerpos (Zangone, 2010; Umansky, 2003). Relevamos también una tesina que tiene a los adolescentes como protagonistas, abordando la relación entre sexualidad y educación a través de la implementación de la obligatoriedad de la educación sexual dentro de las escuelas (Casareto, 2007). En la misma línea de análisis de entornos, como el educativo, se encuentra el trabajo de Alvarado (2004) que toma como objeto de estudio la experiencia de atención en servicios de salud destinados a adolescentes.

Si bien todos estos trabajos, en algún punto, comparten los núcleos temáticos de la presente investigación, ninguno de ellos pone en relación las categorías de análisis que aquí serán abordadas: existen trabajos sobre adolescentes, el uso que hacen de las tecnologías disponibles[16] y el ejercicio de la sexualidad, pero ninguna los recupera en su relación conjunta, problematizando las implicancias que existen entre ellas.

En función de todo lo anterior, señalaremos que esta investigación intentará abordar a los jóvenes como sujetos de derechos, rechazando la categoría de adolescentes por proponer caracterizaciones esencialistas y reduccionistas. Lo haremos poniéndolos en relación con el ejercicio de su

[16] El único trabajo de investigación presentado ante la Carrera de Ciencias Sociales de la UBA que analizó la utilización de una línea telefónica 0800 fue el de Tristán Larcade (1998): "De la complejidad tecnológica a la simplicidad en la comunicación: El caso del servicio 0800". El mismo no pudo ser consultado en formato digital ni impreso en ninguno de los archivos de la Carrera, ya que pertenece a un bloque de tesinas que aún no ha sido clasificado o puesto a disposición de los estudiantes para su consulta. Tampoco se encuentra publicado en internet.

sexualidad, diferenciando a esta última de los abordajes que proponen categorías como "salud sexual" por pensarla parte de un enfoque normalizador y biologicista.

Los jóvenes, así caracterizados, serán vistos en función del uso que hacen del dispositivo telefónico 0800-222-3444, línea gratuita de salud sexual y procreación responsable del Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis de este objeto de estudio viene a ocupar el lugar vacante de aquello que marca Reguillo Cruz cuando afirma que "el interés de los estudiosos se ha centrado de manera prioritaria en aquellas formas de agregación, adscripción y organización juvenil que transcurren al margen o en contradicción con las vías institucionales".[17]

En el apartado siguiente daremos un panorama del marco legislativo que, traducido en políticas públicas, dan lugar a la creación del dispositivo y al tratamiento de la sexualidad como derecho de los jóvenes.

**Marco institucional de surgimiento del derecho**

En función del largo y sinuoso recorrido que tuvieron las leyes en materia de derechos reproductivos en nuestro país, el abordaje de la sexualidad tal como la hemos caracterizado a los fines de esta investigación es reciente. Para dar cuenta del estado actual de la situación, debemos hablar del camino recorrido para comprender el porqué de la corta historia en materia de derechos sexuales.

En la década del 70, el gobierno de Isabel Perón prohíbe cualquier forma existente de control de la natalidad, a través de la vigilancia y restricción de la venta de métodos anticonceptivos desde el propio Estado. Ya desde el posterior gobierno de facto, se continuó con estas medidas con la instauración, en 1977, de la Comisión Nacional de Política Demográfica. Con el advenimiento de la democracia, estas medidas fueron dejadas de lado, pero como señala Gogna (1998) "se levantaron así las prohibiciones que venían rigiendo en los servicios de salud públicos y de obras sociales, pero ello no supuso la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas".[18]

[17] Reguillo Cruz, R. (2000): *Estrategias del desencanto*, Buenos Aires: Norma. Capítulo 1. Página 31.
[18] Citado en Weller, 2000: Salud reproductiva de los/las adolescentes. Argentina 1990-1998. Página 3.

Recién a mediados de los noventa surge la primera iniciativa para darle un marco normativo a las cuestiones referidas al acceso a métodos, despegándolo de las voluntades políticas de los gobiernos de turno. Es así que en 1995 la Cámara de Diputados le da media sanción al primer proyecto de ley por el cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable cuyo objetivo era

> (…) Asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente" (artículo 1), estipulándose que "todos los establecimientos médico asistenciales del sistema público de salud y de la seguridad social, a través de sus servicios de tocoginecología y obstetricia, y/o los centros de atención primaria de la salud brinden prestaciones anticonceptivas, e información y asesoramiento sobre prevención del cáncer genito-mamario y enfermedades de transmisión sexual, especialmente SIDA" (artículo 3).[19]

Si bien este proyecto, aún embrionario, ampliaba el horizonte de las conductas de reproducción a otras cuestiones relacionadas, pierde su estado parlamentario en 1997 ya que, en palabras de Weller, "el Senado de la Nación, donde el oficialismo tiene mayoría, se negó a dar tratamiento al proyecto aprobado por la Cámara de Diputados, haciéndose eco de las presiones de los sectores conservadores, y en particular de la Iglesia católica".[20] Estos avances y retrocesos durante el período menemista se encontraban en franca contradicción con la tendencia nivel internacional, que no solo planteaban un abordaje más desarrollado de la sexualidad para toda la población, sino que ya identificaban a los jóvenes dentro del alcance de los derechos, desde su conceptualización como adolescentes. En este sentido, de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en septiembre de 1994 en El Cairo, Egipto, Gogna rescata que:

> La sección E del documento de la CIPD comienza reconociendo que "hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo" y por lo tanto propone que "la respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades en salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes

[19] Ídem anterior. Página 4.
[20] Weller, 2000: Salud reproductiva de los/las adolescentes. Argentina 1990-1998. Página 4.

> información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad (Gogna, 2001:17).

En este importante documento consensuado a nivel internacional, se sientan las bases de las principales acciones y concepciones que luego impregnarían las políticas a nivel nacional, sobre todo el abordaje del embarazo adolescente como problema y las conductas sexuales de los jóvenes como medio que debe regularse y controlarse.

Recién durante 2002 se da el esperado marco jurídico en nuestro país, donde se crea la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673, por la que se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Según lo que plantean Pasqualini y Llorens,

> Esta Ley cumple con los Tratados Internacionales, con rango Constitucional, reconocidos por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros. El artículo 75, inc. 23 de nuestra Constitución Nacional, señala la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidas en ella y en los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, antes mencionados (Pasqualini y Llorens, 2004:365).

En términos de legislación y políticas públicas, por más que las implicancias de la ley abarquen mayoritariamente al ámbito de la salud, radica en una conquista en materia de derechos. Los mismos autores remarcan que

> La creación de esta Ley salda una deuda pendiente que el Estado Argentino tenía para con las mujeres. Siendo una ley federal, son las provincias quienes, luego, crean sus programas. Al momento de crearse la Ley ya había provincias con leyes o programas que abordaban este tema; en la actualidad, prácticamente todas tienen una ley o programas, con diferentes dificultades en su aplicación (Pasqualini y Llorens, 2004:366).

Otro hito en materia de legislación sobre jóvenes y sexualidad es la Ley nacional Nº 26.061/2005 de Protección integral de los Derechos de las Niñas,

Niños y Adolescentes. Si bien la letra de la norma no habla de “jóvenes”, abre un paraguas a partir del cual el abordaje se amplía considerablemente y los considera como sujetos sexuales con derechos. En el documento publicado por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo en 2010, se explica que

> Esta norma rige en todo el territorio nacional e impone la obligación de respetar la condición de sujeto de derecho de las niñas, niños y adolescentes, tener en cuenta siempre su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales -art. 3 incisos a y d-. También garantiza en su artículo 14º el derecho a la salud integral de las niñas, niños y adolescentes, mientras que el decreto reglamentario nos indica que “El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley Nº 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” -art. 14 Decreto Nº 415/06- (INSGENAR, 2010:56).

A partir de este estado de situación, las políticas sanitarias destinadas a favorecer el acceso a la salud de los jóvenes -denominados como adolescentes- presenta algunos lineamientos específicos que forman parte de las campañas nacionales de salud sexual. Estos son:

- A partir de los 14 años las y los adolescentes deben ser atendidos por los servicios de salud y se les debe proveer del método anticonceptivo que elijan.
- Las y los adolescentes a partir de los 14 años no necesitan acompañamiento de sus padres ni de otro adulto para que se les provean ACO, ACOLAC, ACI, DIU, AHE o preservativos.
- No hace falta autorización ni consentimiento de padres o tutores para la colocación de DIUs en adolescentes a partir de los 14 años de edad.
- Las personas menores de 14 años deben tener acceso sin restricciones a la información sobre los métodos anticonceptivos.
- Las personas menores de 14 años tienen derecho a que se les prescriba preferentemente métodos de barrera, en particular el uso del preservativo. En casos excepcionales, tienen derecho a que se les prescriban otros métodos autorizados por el ANMAT, debiendo en este caso asistir con sus padres o un adulto responsable.

- No se requiere autorización de los padres para acceder a la Consejería Integral de Salud Sexual por parte de adolescentes, niños y niñas ((INSGENAR, 2010:126).

Todos estos puntos constituyen el universo de acción en el que se inserta nuestro dispositivo de análisis, un estado de situación que con tropiezos, contradicciones y constantes cambios, incluye a los jóvenes ya no como sujetos en transición hacia la adultez, sino como sujetos completos y complejos en su vivencia de la sexualidad.

## CAPÍTULO 2: ENFOQUE METODOLÓGICO E INTERPRETATIVO

### Circuitos por los que transita la información sobre sexualidad

Antes de meternos en el análisis específico del uso que hacen los jóvenes del dispositivo 0800, indagaremos en las fuentes de información preferidos por estos, a partir de lo relevado por las investigaciones que abordaron la temática.

De esta manera, destacaremos que los grupos primarios de socialización son los preferidos para obtener información sobre cuestiones ligadas a las conductas anticonceptivas. Eso es lo que plantea la Fundación Huésped y UNICEF, cuando concluye que

> El rol de los familiares como transmisores de los saberes vinculados al uso de métodos anticonceptivos (MAC) es muy relevante entre los adolescentes que participaron del estudio. En efecto, el 39% de los jóvenes que usan MAC admite que fue un familiar quien les enseñó a utilizar estos métodos. En segundo lugar, un 30% menciona que la escuela cumplió esa función y finalmente un 25% señaló a los amigos (Fundación Huésped y UNICEF, 2005:14).

El mismo estudio indica que ni los medios masivos de comunicación ni otras tecnologías de la información constituyen fuentes significativamente consultadas, como tampoco lo son los profesionales de la salud. Al cruzar esta evidencia con el nivel de vida de los jóvenes que componen la muestra, el estudio plantea que

> (…) A medida que se desciende en el nivel socioeconómico, disminuye el papel de algún familiar, amigo, del médico o de la escuela a la hora de aprender a utilizar métodos anticonceptivos, y aumenta la cantidad de encuestados que declara no haber sido instruido por "Nadie". En este caso, también es mayor la proporción de varones (Fundación Huésped y UNICEF, 2005:14).

Otras investigaciones han ido más allá, y no sólo indagaron sobre las fuentes de información sobre “educación sexual” sino que consultaron sobre los referentes a los cuales acudirían los jóvenes ante un problema derivado de su trayectoria sexual. En esta línea, Kornblit relata que

> Si bien el 60% de los jóvenes acudiría a sus amigos y a sus padres frente a algún problema relacionado con la sexualidad, un cuarto de la muestra

> menciona a un profesional de la salud (médico clínico y/o ginecólogo). Esta respuesta muestra que por lo menos para algunos jóvenes el sistema de salud es un lugar de referencia donde acudir en temas que tienen que ver con la sexualidad. (Kornblit, 2006:11).

Más allá de que estas investigaciones hayan trabajado con muestras determinadas y sus resultados no pueden tomarse como universales, nos brindan un interesante planteo sobre las consideraciones que tienen los jóvenes sobre su entorno, a la hora de hablar sobre sexualidad. Además, hemos notado que ninguno de los dos estudios indagó sobre las cuestiones ligadas al placer y al disfrute.

Lo que es interesante rescatar del estudio de Huésped y UNICEF son las características que deben tener las fuentes de información para ser consultadas por los jóvenes para preguntar por algún rasgo de su sexualidad:

> Las tres principales cualidades valoradas por los adolescentes para elegir el medio de información sobre las consultas sobre salud sexual y reproductiva son la confianza (28%), la claridad (25%) y la calidad (24%) de la información que proveen esas fuentes. Así, mientras para el caso de la familia se valora en primer lugar la confianza, en el caso de los amigos y referentes de la escuela destacan en primer lugar la claridad y de los médicos la calidad de la información que brindan (Fundación Huésped y UNICEF, 2005:33).

En resumen, los grupos primarios, los entornos más inmediatos de los jóvenes como son la familia, los amigos y la escuela constituirían las principales fuentes de información por los que transitan los conocimientos que luego jugarán un importante rol en la toma de decisiones sobre sexualidad. Estas fuentes necesariamente deberían generar confianza ante la exposición de temas íntimos, deben ser claras sobre lo que explican y deben ser (o parecer) “verdaderas”. Más adelante veremos cómo influye la información que transita en las redes informales con la circulación de mitos y prejuicios sobre las conductas anticonceptivas.

Ahora, describiremos el funcionamiento del dispositivo telefónico 0800, tomando como ejes las tres características explicitadas hasta aquí.

**Gratuito, disponible y federal**

Para describir nuestro dispositivo de análisis, lo haremos desde los dos grandes modelos de servicio telefónico "interactivo" más utilizados en nuestro país. El primero es aquel que surge durante la década de los noventa, con el auge de los 0600. Esta modalidad, popularizada por los programas televisivos de entretenimiento, se denomina "audiotexto para el gran público". Según la Comisión Nacional de Comunicaciones (CNC), quien es el ente que regula su funcionamiento,

> Este servicio posibilita dar servicios de interés general prestados con acceso universal mediante mensajes interactivos o unidireccionales (por ejemplo: juegos televisivos). Es a título oneroso y su costo depende de cada servicio en particular (CNC, 2014).

Según como explicaba el Diario La Nación en el año 1996, esta modalidad de interacción a través del teléfono es absolutamente redituable en términos económicos, sobretodo en su articulación con los espacios televisivos:

> Los servicios de 0-600 no dependen directamente de las compañías telefónicas, sino de empresas de audiotexto habilitadas por la Comisión Nacional de Telecomunicaciones. (…) Cuando el cliente paga la factura por las llamadas al 0-600, un 45 por ciento del dinero vuelve a Telefónica o a Telecom en concepto de pulsos, abono e instalación de líneas; un 30 por ciento va a la empresa de audiotexto, y el restante 25 por ciento, a la producción del programa. O sea que, si la comunicación durara un sólo minuto, el programa recibiría once centavos por llamada. Con esa cifra, la línea 0-600 no parece un gran negocio. Pero la verdad es que ninguna llamada dura tan poco. Es más, están programadas para que se extiendan, al menos, unos cinco minutos (Diario La Nación, 08 de agosto de 1996).[21]

En función de lo anterior, podemos decir que el modelo 0600 es una estrategia empresarial, de mercado ampliado y redituable. Esta caracterización nos permite describir al dispositivo 0800 a través de la diferenciación.

También la CNC define esta modalidad de telefonía y le da el nombre de "cobro revertido automático". Según su ente regulador, este servicio "resulta gratuito para el usuario llamante y el costo de las llamadas es asumido íntegramente por la empresa que recibe las llamadas dirigidas a ese número".[22]

[21] http://www.lanacion.com.ar/171386-el-0-600-la-clave-del-dinero-facil
[22] http://www.cnc.gov.ar/ciudadanos/telefonia_fija/nrosespeciales.asp

Si bien se diferencia del modelo anterior por la gratuidad que implica para quien lo utiliza, también fue adoptado como recurso empresarial, en este caso, para mejorar la comunicación y la atención de sus clientes. Según lo publicita Telefónica de Argentina en su portal web de negocios,

> Con este servicio usted puede incrementar las ventas y contactos con sus clientes, porque les brinda la posibilidad de llamarlo gratis a su empresa. Además, una línea 0800 le permite obtener información de gran valor comercial, mediante la implementación de un Centro de Atención de Llamados, o Call Center. (…) Es ideal para recepcionar las llamadas originadas por una promoción o lanzamiento de productos, y para potenciar la comunicación con clientes, proveedores o vendedores. Todos pueden llamar a su compañía para comprar, consultar, opinar o reclamar, en forma gratuita, cómoda, rápida y desde cualquier parte del país[23] (Telefónica de Argentina, 2014).

En nuestro caso en particular, este modelo de telefonía es adoptado por el propio Estado, a través del Ministerio de Salud de la Nación, para apoyar y dar a conocer sus políticas, específicamente las referidas a los derechos sexuales y reproductivos. De esta forma, se instala una posibilidad de diálogo constante entre los ciudadanos, las políticas y su implementación: la línea de salud sexual forma parte del Sistema Único de Atención Telefónica en Salud (S.U.A.T.S).

El mismo Ministerio de Salud en sus publicaciones resalta que "la línea es un instrumento moderno de conexión directa con el ejercicio de los derechos humanos que se ponen en juego en la salud sexual y reproductiva".[24] Bajo este principio organizador, el dispositivo a punta a ofrecer:

- Atención personalizada, no crítica ni prejuiciosa, respetando creencias, valores, miedos, ansiedades.
- Tiempo y escucha para plantear dudas o situaciones íntimas relativas a la sexualidad.
- Información basada en evidencia científica.
- Asesoramiento y derivación.

[23] http://www.telefonica.com.ar/telefoniafija/pymes/largadistancia/cobroRevertido/0800LlamadasGratuitas.asp

[24] Ministerio de Salud de la Nación (2011): Boletín de Salud Sexual Nº 7 disponible en http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/Boletines%202010/Boletin%20Salud%20Sexual%20N7.pdf

- Identificación si se está ante una situación crítica de vulneración de derechos.

La atención que brinda la línea se encuentra disponible de lunes a viernes en el horario de 9 a 21 horas, y los sábados, domingos y feriados, de 9 a 18 horas. En varios documentos se resalta que las llamadas provenientes de teléfonos fijos y teléfonos públicos son gratuitas, pero aquellas que provienen de teléfonos celulares tienen cargo.[25]

Algunos de los aspectos centrales que nos permiten pensar el funcionamiento del dispositivo, son los siguientes:

1) Su potencial, por la capacidad de inserción en la comunidad, su gratuidad, la facilidad para usarla.
2) Su conexión con los derechos humanos, sobre todo, el derecho a la información:

> Este derecho tiene dos dimensiones: por un lado, la libertad de expresión y la libertad de difundir información. Pero por otro, incluye el derecho a ser debidamente informado. Este derecho que tiene origen en los tratados más básicos de derechos humanos, fue profundizado en tratados más específicos como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que en sus artículos 10, inciso h) y 16, inciso e) expresamente reconocen el derecho a la información en materia de salud sexual y reproductiva.[26]

Estas características señaladas aquí, pueden ponerse en relación con lo planteado por Irma Palma, en su investigación "Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes de América Latina y el Caribe" de 2002. La autora plantea que en este campo, la conversación –forma de funcionamiento básico de un servicio telefónico- puede verse como un recurso para el desarrollo:

> La comunicación clásica –autoritaria y/o individualista- no alcanza su eficacia pedagógica para un conjunto de zonas culturales que requieren de nuevo al sujeto

[25] http://www.msal.gov.ar/saludsexual/linea_0800.php
[26] Ídem anterior.

> hablante de las conversaciones. Zonas del sentido tabú, doble, torcido. De la incomunicación. De las ambivalencias (Palma, 2002:39).

Luego agrega que en la implementación de estrategias conversacionales en las que forman parte las estructuras institucionales, deben darse algunas condiciones necesarias para que la comunicación sea exitosa. Por eso, agrega que:

> La conversación solo es posible en un ambiente no unidireccional ni asimétrico. Ambas condiciones son estructurales. La asimetría impide la conversación pues el habla y la escucha no escurren igual hacia arriba que hacia abajo. La unidireccionalidad dicta, la conversación trata de entender (Palma, 2002:40).

Esta estrategia puede encontrarse en la descripción que hace el Ministerio del modo de funcionamiento del dispositivo, donde señala que

> Veinte consultoras y consultores con experiencia en atención telefónica en salud son los encargados de la atención de la línea. Su tarea es central porque brindan información, asesoramiento y escuchan sin emitir juicios de valor o críticas en un estilo coloquial, no prescriptivo ni normativo. Escuchar y contener a las usuarias y usuarios de la línea, requiere respetar los tiempos que cada persona necesita, teniendo en cuenta sus creencias, valores, ansiedades o situaciones de angustia. Es un recurso de fácil acceso para amplios sectores de la población, y en muchos casos es el vínculo previo para acceder a la consulta en el servicio de salud.[27]

Al menos a priori, desde el discurso que la línea construye de sí misma, propone las tres características que en el apartado anterior vimos como altamente valoradas por los jóvenes en el estudio de la Fundación Huésped y UNICEF a la hora de elegir una fuente de información para consultar sobre temas ligadas a la sexualidad: confianza, claridad y calidad.

A continuación, desarrollaremos las categorías a partir de las cuales organizamos el análisis del corpus, constituido por todas las consultas a la línea recibidas por el 0800 de salud sexual del Ministerio de Salud durante 2011, primer año completo de funcionamiento de la línea por jóvenes de 10 a 20 años.

[27] http://www.msal.gov.ar/saludsexual/linea_0800.php

**Organización del análisis**

Para el abordaje del corpus que tiene por objeto esta investigación se tomaron distintos ejes a partir de los cuales se desarrollará el análisis.

El primero tiene que ver con la edad. Si bien sostenemos que este dato por sí solo no implica el abordaje acabado de la muestra, nos interesa a los fines de identificar similitudes o diferencias a partir de los subgrupos dentro del corpus completo. Por eso, separamos por un lado las consultas de los usuarios de 10 a 15 años (recorte que coincide con la caracterización de "adolescencia temprana" utilizada por la salud pública) y por el otro, aquellas pertenecientes a los consultantes de 16 a 20 años (en términos sanitarios, "adolescencia tardía").

El segundo eje organiza la muestra a partir de la procedencia de los llamados. Este dato se resalta a los fines de reconstruir y verificar el alcance federal de la línea. El tercero tiene que ver con el tema sobre el cual se realiza la pregunta: esto nos permitirá indagar sobre las áreas recurrentes, la información circulante y las dudas principales que manifiestan las jóvenes.

Como cuarto eje se tomará el momento en el que se realiza la consulta. Aquí se distinguirá entre aquellos llamados que se realizan antes o después de una situación que se presenta como problemática o de riesgo para el consultante. Esto nos permitirá indagar sobre el posible uso del dispositivo como estrategia de prevención.

Quiénes son los destinatarios de la información que se solicita a través del llamado constituye el quinto eje de análisis. Su importancia radica en indagar si la información resulta de interés para quien llama de forma individual, para el individuo en situación de pareja o directamente para terceros como familiares, amigos u otros pares del consultante, lo que nos permitirá analizar si el momento de la consulta es una situación social o por el contrario, íntima y privada.

El sexto eje es la calidad de la información con la cuentan los usuarios. Aquí se diferenciará entre aquellos consultantes que formulan las preguntas a partir de información confiable, a modo de confirmación, y aquellos que lo hacen a partir de supuestos falsos o información desactualizada y errónea. El

análisis, en este punto, estará relacionado con la circulación de mitos sobre sexualidad y su relación con el dispositivo.

Cómo último eje se registrará la cantidad de denuncias realizadas a la línea. Este recorte registrará aquellos llamados donde los consultantes llaman para dejar asentada una conducta que vulnera derechos por parte del sistema público de salud, como rechazo en la atención, negativas, maltratos. Esto nos interesa por la implicancia que tiene la denuncia en el reconocimiento de los derechos de los jóvenes.

A continuación desarrollaremos el marco interpretativo bajo el cual se analizan estas categorías y el dispositivo en general.

**Marco interpretativo**

Como rodeo previo al análisis, desarrollaremos brevemente el enfoque general que intentará seguir esta investigación. Por eso es que tomaremos a la investigadora mexicana Rossana Reguillo Cruz, quien en su libro "Emergencia de culturas juveniles, Estrategias del desencanto" nos presenta la perspectiva interpretativa-hermenéutica surgida hacia finales de la década del ochenta, donde comienza a tomar fuerza un nuevo tipo de discurso más comprensivo en torno a los jóvenes. Este enfoque, según la autora, considera que:

> Los jóvenes van a ser pensados como un *sujeto* con competencias para referirse en actitud objetivamente a las entidades del mundo, es decir, como **sujetos de discurso**, y con capacidad para apropiarse (y movilizar) los objetos en tanto sociales y simbólicos como materiales, es decir, como **agentes sociales**. En otras palabras, se reconoce el papel activo de los jóvenes en su capacidad de negociación con las instituciones y estructuras. En este tipo de acercamientos se opera una distancia entre un pensamiento que "toma" el mundo social y lo registra como *datum*, como dato empírico independiente del acto de conocimiento y de la ciencia que lo propicia (Bourdieu, 1995) y un pensamiento que es capaz de hacer la crítica de sus propios procedimientos (Reguillo Cruz, 2000:36).

Este enfoque nos guiará a la largo de esta investigación, para no quedarnos solamente en la descripción del dato, si no, tratar de ir más allá y de alguna forma, desentrañar el peso que se pone sobre las espaldas de los jóvenes, devenidos en problemática para la salud pública. Por eso es que el

último capítulo de esta tesina cargará las tintas sobre los debates pendientes y los vicios del propio sistema de salud, lo que en palabras de Reguillo Cruz, nos permitirá “encontrar otro nivel para la discusión, que no se agota en la anécdota o en el dato empírico”.

Es recién es este punto donde nos adentraremos en el análisis propuesto hasta aquí.

## CAPÍTULO 3: RADIOGRAFÍA DE LOS CONSULTANTES

### ¿Quién está del otro lado de la línea?

En este apartado se presentarán las características principales de los jóvenes consultantes que componen el corpus de análisis. La información madre de la que se desprende este trabajo de investigación permite recuperar algunos datos importantes del perfil de sus usuarios como lo son el rango de edad y la procedencia, pero por otro lado, oculta información fundamental como edad,[28] sexo y cobertura de salud.[29]

Con la información disponible, se procederá a describir la distribución etárea y territorial a lo largo de todo el país para aproximarnos a los usuarios. Pero también se dará un primer panorama del tipo de consultas, el momento en el que se realiza, a quién está dirigida la información que solicitan y la calidad de la información previa de la que dan cuenta al momento del llamado. Todas estas características nos acercarán a la construcción del uso efectivo que hacen los jóvenes de este dispositivo de comunicación entre ellos y el sistema de salud.

### Características generales de la muestra: quiénes llaman y de dónde son

La totalidad de consultas pertenecientes a la muestra de este estudio asciende a 1177 llamados de jóvenes entre 10 y 20 años, recibidos durante 2011. De estos, el 13,8% pertenece a la franja de 10 a 15 años y el restante 86,2% a aquellos de 16 a 20.

Si esta comparación se hace por zona del país de donde proviene el llamado, la muestra de 10 a 15 años se compone en un 52% por adolescentes de la provincia de Buenos Aires, un 12% de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un 36% del resto de las jurisdicciones del país.

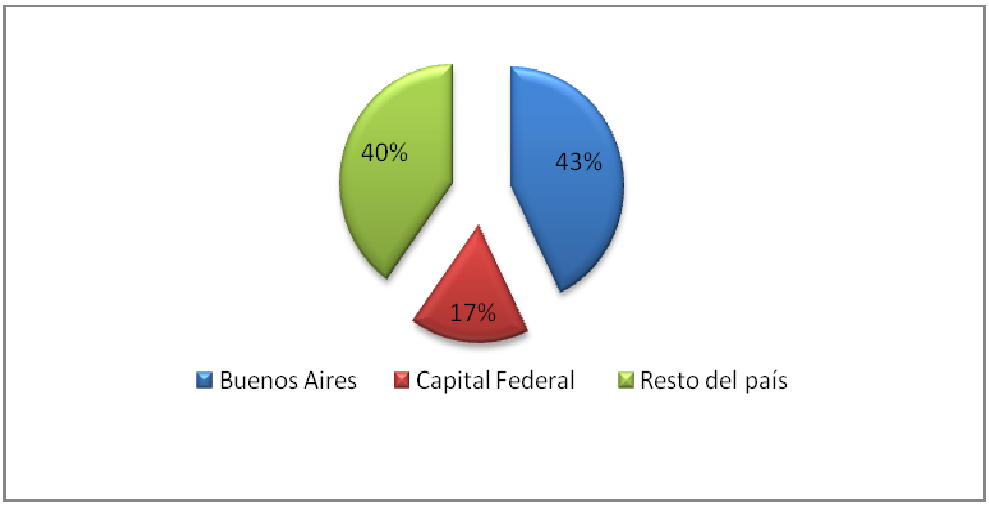
En la muestra de llamados de 16 a 20 años, el 41,5% proviene de Buenos Aires, un 18% de CABA y el restante 40,5% de las demás jurisdicciones. Esta

[28] En la base de datos total de llamados suministrada para los fines de esta investigación no se obtuvo el dato de edad por usuario, sino que cada llamada agrega el rango de edad al que pertenece. Estos son: de 10 a 15 y de 16 a 20 años.

[29] Esto no quiere decir que esa información no exista, si no que no fue solicitada para esta investigación.

proporción se mantiene cuando se analiza el total de los llamados sin discriminación de edad.

**Gráfico 1: Llamados de jóvenes de 10 a 20 años a la línea 0800 por jurisdicción del país. Argentina. Año 2011**




Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Año 2011.

En la totalidad de la muestra, dejando de lado el volumen de llamados primero de toda la provincia de Buenos Aires (43%) y luego de Capital Federal (17%), las provincias que registran mayor cantidad de consultas son Chubut (5,2%), luego Santa Fe (4,8%), Salta (4,2%) y Mendoza (4%). En un segundo grupo se encuentran Jujuy (3,4%), Córdoba (2,8%), San Juan (2,6%), Tucumán (1,9%) y Río Negro (1,8%). El resto de las provincias no supera el 1,3% de los llamados.

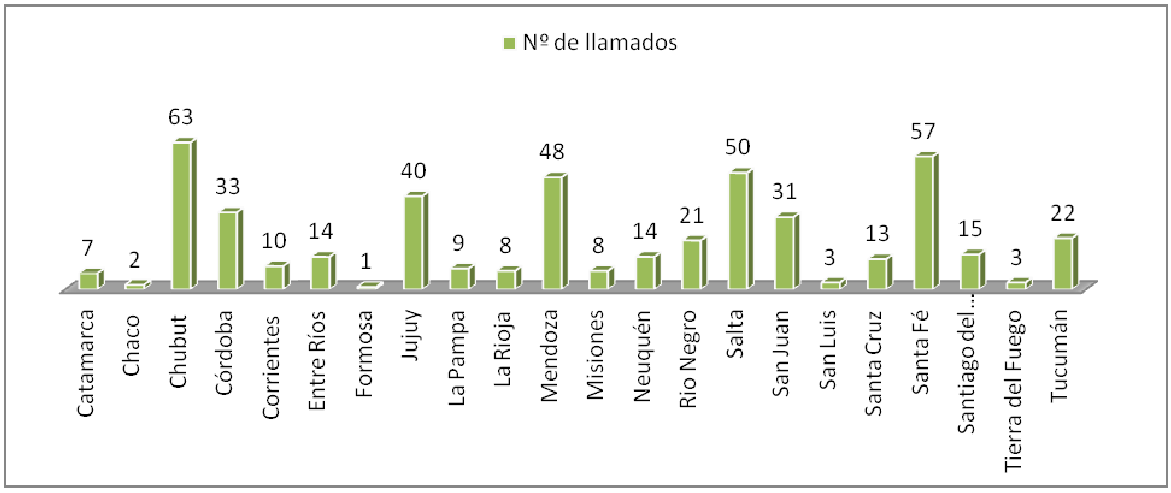
Si esto se analiza en función de los grupos de edad diferenciados por este trabajo, los jóvenes de Buenos Aires representan más de la mitad de los llamados en el rango de 10 a 15 años mientras que en aquellos de 16 a 20 la cantidad de consultas representa un 10% menos. Las llamadas provenientes de Capital Federal se mantienen en la misma proporción en ambos grupos de edad.

Los jóvenes de 10 a 15 años de Entre Ríos, Salta y Santa Fe ocupan un tercer lugar en volumen de consultas, con el 5,5%. Luego le siguen Chubut

(casi el 4%) y Santa Cruz (3%). El resto de las provincias en su totalidad suman la misma cantidad de llamados que la Capital Federal.

Las consultas de jóvenes entre 16 y 20 años respeta la tendencia de la totalidad de los llamados registrados. Esto se debe a que este grupo de edad representa el 86,2% de la muestra.

**Gráfico 2: Llamados de jóvenes de 10 a 20 años a la línea 0800 por jurisdicción del país exceptuando Buenos Aires y CABA. Argentina. Año 2011**




Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Año 2011.

En resumen, podemos decir que como primera característica del uso de la línea gratuita 0800, vemos una mayor utilización por parte de los jóvenes mayores (16 a 20 años). También debemos remarcar que los jóvenes que más llamaron a la línea residen en la provincia de Buenos Aires y Capital Federal.

Las consultas provenientes de Buenos Aires realizadas por los jóvenes del primer rango de edad (10 a 15 años) fueron registradas en su mayoría desde los municipios de Florencio Varela, La Matanza, Berazategui y Hurlingham respectivamente.

Aquellos que consultaron a la línea y tenían entre 16 y 20 años residían mayoritariamente en La Matanza, Quilmes, Esteban Echeverría, Almirante Brown, Tigre y Avellaneda.

De lo anterior surge que gran parte de los jóvenes bonaerenses usuarios de la línea durante 2011 pertenecen al Conurbano. En segundo lugar, cobran

importancia aquellas provincias que presentan tasas de fecundidad adolescente más bajas que la media del país, sobre todo aquellas del centro y sur[30].

**Motivos por los que consultan**

La totalidad de los llamados a la línea 0800 se dividió en varias categorías a los fines de plantear un análisis temático de las consultas, para acercarnos al uso efectivo que hicieron los jóvenes del dispositivo durante 2011.

En un principio, se tomó el motivo de la llamada: si consultaron por cuestiones ligadas a la consulta médica, al uso de métodos anticonceptivos o su distribución, al ejercicio de su sexualidad, el cuerpo, etc.

En una primera aproximación podemos decir que del total de llamados el 56,6% estuvo relacionado con algún método anticonceptivo. Esto representa el 36,5% en la franja de 10 a 15 años y un 61% en el grupo de 16 a 20.

Dentro de las preguntas por métodos anticonceptivos (de ahora en adelante, MAC) en jóvenes de 10 a 15, las que registraron mayor volumen fueron las referidas al uso de la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) comúnmente denominada "pastilla del día después": representan casi el 15% del total. Con una cantidad algo menor, se registraron consultas sobre MAC en general y uso del preservativo, quedando en cuarto lugar las pregunta sobre pastillas anticonceptivas de toma diaria.

En cambio, en la franja de 16 a 20 años el tema más consultado fue el uso de las pastillas anticonceptivas, llegando al 24% del total para este rango de edad. Luego se ubican las referidas a las pastillas del día después, seguidas por el uso del preservativo (tres veces menos que sobre el tema anterior) y en cuarto lugar, casi en la misma cantidad, aquellas sobre métodos en general e

[30] Uno de los principales indicadores de salud que se considera como de riesgo en jóvenes de 10 a 20 años es la tasa de fecundidad adolescente. Estas tasas se construyen relacionando los nacimientos de madres de entre 10 a 14, y 15 a 19 años, de un año determinado con el promedio de mujeres de esas edades en el mismo año. Este indicador suele expresarse cada mil mujeres. Partiendo de este dato, inferimos que la cantidad de llamados no se relaciona con indicadores adversos para las provincias, salvo en el caso de la Provincia de Buenos Aires. Hablamos de provincias como Chubut, Santa Fe, Salta y Mendoza, y en segundo plano Jujuy, Córdoba, San Juan, Tucumán y Río Negro. Mientras que en 2010 provincias como Chaco presentan la tasa de fecundidad adolescente más alta del país con un 52,3 cada 1000, la Ciudad de Buenos Aires presenta la tasa más baja con 17, 5 cada 1000. La tasa media a nivel país se calcula en 34,8. Las provincias listadas anteriormente se acercan más a la media nacional, con tasas por debajo de 40 cada mil. **VER ANEXO**

inyecciones (cuatro veces menos que sobre AHE). Debe mencionarse que el tema que sigue a estos en cantidad de consultas tiene que ver con la ligadura de trompas, método definitivo para el control de la maternidad.

En esta muestra, las consultas ligadas a situaciones de potencial riesgo de embarazos no planificados representan una importante cantidad de llamados: es el segundo tema más consultado en jóvenes de 10 a 15 años y el tercero en aquellos de 16 a 20 años. Esto no implica que necesariamente hayan fracaso otros métodos anticonceptivos. Lo que puede inferirse es que el uso del dispositivo otorgaría una fuente posible de confirmación o descarte ante una situación de sospecha de embarazo o en todo caso, una primera contención que señale los caminos posibles de acción. Además, este importante caudal de preguntas sobre posibles embarazos puede relacionarse con el uso inexistente de un método anticonceptivo o su uso inadecuado o errático.

El siguiente grupo de temas que sigue en importancia presenta una coincidencia en ambos grupos de edad: fuera de las preguntas sobre alguno de los métodos anticonceptivos disponibles o situaciones posibles de embarazo, los jóvenes consultaron sobre la transmisión de enfermedades de transmisión sexual. En la misma proporción, surgen otras preguntas que sí se diferencian por grupos de edad: mientras que los jóvenes de 10 a 15 años expresan sus dudas sobre la iniciación sexual, los jóvenes de 16 a 20 años preguntan sobre la posibilidad de practicar un aborto.

Otro punto de interés tiene que ver con aquellos motivos de consulta que no aparecen en ambos grupos de edad: mientras que las preguntas por el desarrollo del cuerpo, sobre todo la parte genital, aparecen sólo en la franja de 10 a 15 años, otra serie de temas son consultados sólo por los jóvenes de 16 a 20: aquí se registran preguntas por otros métodos anticonceptivos menos populares como el diafragma y las pastillas anticonceptivas específicas para el período de lactancia, y los métodos definitivos de control de la natalidad como la ligadura tubaria en mujeres y la vasectomía en hombres.

Un segundo grupo de temas específicos para esta franja etaria tiene que ver con el Papanicolaou, problemas en la erección y especificidades sobre molestias en las relaciones sexuales. También comienzan a aparecer consultas sobre la utilización de los tests de embarazo y las dudas sobre el momento del

parto. Otro motivo de consulta -que no se registra en la franja de 10 a 15 años- son aquellas que tienen que ver con la búsqueda de respuestas para trabajos de la escuela, donde la línea actúa como una fuente primaria de información confiable.

Podemos inferir que este uso pedagógico -aunque indirecto del objetivo principal de la línea- implicaría un posicionamiento del dispositivo ante los jóvenes que llaman, construyéndolo como un lugar seguro y cercano donde realizar preguntas de lo más variadas, que no sólo impliquen genitalidad y relaciones sexuales.

**Momento de la consulta**

Otro de los puntos en los que se hizo foco para reconstruir el uso que hacen los jóvenes de la línea tiene que ver con el momento de la consulta. Esta categoría de análisis distingue entre aquellos llamados que se realizaron antes o después de una situación que se presenta como problemática o de riesgo para el consultante.[31] Esta categoría nos permite ver en qué situación los jóvenes recurren al dispositivo para buscar respuestas sobre el ejercicio de su propia sexualidad.

Hemos distinguido entre dos tipos de llamados: aquellos que se efectúan previamente a una determinada situación sobre la que se tienen dudas, por ejemplo cómo se usa el preservativo en la primera relación sexual, cómo empezar a tomar las pastillas anticonceptivas luego de que en la consulta médica no quedó claro, cómo prevenir un embarazo, qué tiene que suceder en el cuerpo luego de la primera vez, etc).

El segundo tipo de llamados fue agrupado en función de los llamados que fueron recibidos luego de alguna situación que generó dudas en los jóvenes: estos tienen que ver con la utilización del dispositivo como respuesta a un hecho puntual ya sucedido, mayoritariamente en un rango no mayor de una semana de transcurrido. Se trata de consultas sobre olvidos en la toma de anticonceptivos orales, rotura de preservativos o relaciones sexuales sin

[31] Los llamados bajo la variable "sin especificar" no presentan información suficiente para clasificar el momento de la consulta. De la totalidad de la muestra, es el caso del 18% de los llamados.

protección de ningún tipo y la consecuente posibilidad de embarazos no planificados, etc.

Del total de la muestra, el 26,5% de los llamados se realizó de forma previa a alguna situación que implique riesgo para los jóvenes y el 55,5% se realizó luego de una situación ya transcurrida. Si esta misma comparación se realiza por grupos de edad, se evidencia que en las consultas de jóvenes entre 10 y 15 años no existe gran diferencia entre las llamadas previas y posteriores a una situación de riesgo, mientras que en el grupo de 16 a 20 años la tendencia es más marcada ya que casi el 60% se realizó posteriormente a una situación de riesgo y sólo un 26% de forma previa.[32]

El momento preciso de los llamados *posteriores* puede ubicarse aproximadamente dentro de las 48 horas de transcurrida una situación de riesgo y pueden dividirse en dos unidades de análisis: por un lado, aquellos jóvenes que llaman a la línea para preguntar de qué forma deben manejarse o remediar un error, sobre todo en situaciones de sexo sin protección o fallas en el uso de métodos anticonceptivos. En este caso, la proximidad de la consulta constituye la posibilidad de acción concreta sobre esa situación (recomendación de nueva toma de pastillas anticonceptivas o doble protección sumando preservativo por 7 días, ingesta de la anticoncepción hormonal de emergencia –AHE-, etc).

Por otro lado, se registra el uso de la línea como fuente de confirmación ante alguna conducta ya ejercida previamente: esto tiene que ver con las medidas adoptadas ante una situación de riesgo como las anteriormente descriptas, pero la pregunta ya no tiene que ver con qué hacer, sino, por el contrario, como forma de quedarse tranquilos ante lo que hicieron para remediar una situación, por ejemplo, aquellas que tienen que ver con la tranquilidad ante la toma inmediata de AHE, la realización del test de VIH, la doble protección ante el olvido en la toma de las pastillas. Esto habla de un conocimiento previo de cómo accionar ante episodios que saben de riesgo donde la línea no actúa como referente de la solución, sino como confirmación de información previa por parte de los jóvenes que llaman.

[32] En este grupo etario, no puede especificarse el momento de la consulta en el 15% de los llamados.

**Destinatarios de la información**

Es importante también poder indagar acerca de qué relación establecen los jóvenes con el uso de la línea, es decir, si recurren a ella para obtener información para ellos mismos, para terceros o por indicación del sistema educativo.

En líneas generales, podemos inferir que la mayor parte de las consultas tiene que ver con dudas relativas al joven que llama. Esta observación se fundamenta en que las consultas se enuncian en primera persona, muchas veces relatando situaciones que le sucedieron en el pasado o miedos que vivencia por sí mismo. Esta tendencia se da casi en la misma proporción en ambos grupos de edad.[33]

Cuando se agrupan aquellas consultas referidas al ejercicio de la sexualidad dentro de una pareja, vemos que son los jóvenes mayores de 16 años los que involucran a sus parejas en las pautas de cuidado o dudas sobre ellas. Muchas veces llaman para consultar sobre los efectos adversos del uso de algún método anticonceptivo en sus parejas, preocupados en que alguno de ellos "le haga mal"; relatando situaciones en que algunos de los integrantes de la pareja no quiera usarlos o directamente qué pueden hacer para prevenir embarazos no planificados. En esta franja de edad, se trata del 16% de los llamados a la línea, donde se involucra a otro en la consulta.

En los jóvenes que van de los 10 a 15 años, este tipo de enunciador compartido resulta menos frecuente ya que se trata sólo del 6% de los llamados.

Un tercer destinatario de la información que se solicita a la línea es de tipo indirecto: aquí se deja de lado la historia personal del consultante para realizar preguntas sobre situaciones que le ocurren o le ocurrieron a terceros de su entorno. Se registran dos grupos cercanos: por un lado los amigos y por el otro los familiares. Si bien en ambos grupos de edad la cantidad de llamados no es significativa (alrededor del 3% de las consultas) puede vislumbrarse un uso del dispositivo como necesidad de obtener información confiable para dar respuesta o consejo a grupos de pertenencia de gran importancia para el joven

[33] Mientras que en la franja de 10 a 15 años las consultas relativas al sujeto que llama ascienden al 84%, en jóvenes de 16 a 20 la proporción es del 80% de las llamadas.

que llama, muchas veces consultando sobre cuestiones que no sabe cómo manejar.

La cuarta figura que surge en el discurso de los jóvenes a la hora de consultar a la línea es la escuela: el 7% de los llamados de los mayores de 10 años fue incentivado desde el sistema educativo, ya sea por pedido de información para responder trabajos asignados por los docentes o porque en los mismos establecimientos de enseñanza se brindó alguna charla sobre educación sexual que les despertó dudas y los motivó a llamar. Esta tendencia casi no se registra en la franja de 16 a 20 años.

En resumen, podemos afirmar que son cuatro los destinatarios de la información que se construyen a través de las marcas del discurso en los llamados a la línea: los que se realizan en primera persona; aquellos con un nosotros inclusivo (pareja); los relativos a los grupos de pertenencia (familia y amigos) y la escuela.

**Calidad de la información**

Otro dato que puede construirse del análisis de las consultas está ligado a la calidad de la información con la que cuentan los jóvenes al momento de las llamadas. En esta categoría los mitos circulantes sobre la sexualidad (sobre todo acerca de los métodos anticonceptivos) juegan un papel fundamental ya que al momento de plantear una situación personal que puede ser de riesgo, se registran enunciados que descansan sobre creencias o información errónea o desactualizada.

Si bien la gran mayoría de los jóvenes parte de información correcta relativa al tema por el que consultan a la línea, existe un 10% de los jóvenes de 10 a 15 años que al momento de la consulta maneja información falsa. En los jóvenes de 16 a 20 representan el 5,2%. Estos datos implican que en la primera franja de edad por cada 10 preguntas realizadas, una de ellas parte de un mito o creencia errónea. En la segunda franja etaria, la relación es de una pregunta que parte de información incorrecta por cada 20 consultas registradas.

Esto podría implicar dos situaciones posibles: la primera, más optimista, es que la mayoría de los consultantes cuenta con información confiable para la

toma de decisiones en su vida sexual. Por ausencia, la segunda opción que podemos inferir es que aquellos que manejan información errónea no utilizan el dispositivo como forma de falsear o confirmar su esquema de conocimientos.

**El dispositivo como medio de denuncia**

Esta última categoría de análisis registra aquellos llamados donde los consultantes utilizan la línea para dejar asentada una conducta que vulnera derechos por parte del sistema público de salud, como rechazo en la atención, negativas, maltratos. Si bien éstas no representan un importante volumen de preguntas en el uso que hacen los jóvenes del dispositivo, su presencia vislumbra un importante horizonte posible de uso que implica no sólo el acceso pleno al ejercicio de su sexualidad, sino también un medio de expresión ante el incumplimiento de lo que reconocen como derechos propios.

De la muestra total de llamados se desprende que casi el 3,5% de ellos corresponden a denuncias, mayoritariamente relatando malos tratos por parte de los equipos de salud, rechazo a entregarles métodos anticonceptivos, exigencias de ser acompañados por adultos para realizar la consultas, falta de turnos, entre otras.

En relación a la cantidad de denuncias por grupo de edad, puede decirse que 1 de cada 40 llamadas en jóvenes de 10 a 15 fue motivada por una queja o denuncia sobre el sistema de salud, mientras que en la franja de 16 a 20 años, la relación es de 1 cada 30 llamadas.

Este uso del dispositivo implicaría una característica aún más importante que la construcción de la línea como fuente de información, ya que permitiría una vigilancia mayor sobre el deber del sistema público de salud, con los jóvenes exigiendo aquello que incorporaron efectivamente como derechos.

**Resumen preliminar**

En este análisis del uso efectivo de la línea gratuita 0800 sobre salud sexual que hicieron los jóvenes de 10 a 20 años en la República Argentina durante 2011 podemos destacar algunas características o tendencias relevantes:

*"Yo estuve con mi novia el viernes y se pinchó el forro. Le compré la pastilla del día después y la tomó a las 22 hs ¿se puede producir un embarazo?" (Joven de 16 a 20 años, Esteban Echeverría, Provincia de Buenos Aires)*

El dispositivo es utilizado mayoritariamente por los jóvenes de 16 a 20 años que residen en el Conurbano Bonaerense y Capital Federal, lo que nos vislumbra una utilización de carácter urbano en detrimento del uso federal de la herramienta.

*"Estoy tomando las pastillas de la lactancia, en septiembre me vino la menstruación, y después no me vino más. Para cambiar las pastillas por las de 21 comprimidos, ¿tengo que terminar con esta caja o puedo empezar ahora?" (Joven de 16 a 20 años, Formosa)*

No se registró un volumen importante de llamados provenientes de aquellas provincias que presentan estadísticas de salud más preocupantes, específicamente en las tasas de fecundidad adolescente.

*¿Cómo se toma la pastilla del día después? Ayer tuve relaciones sin cuidarme y tengo la pastilla acá para tomarla (Joven de 10 a 14 años, Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires)*

*"Si me quiero cuidar con pastillas ¿Cómo tengo que hacer? ¿Cuáles tengo que tomar? (Joven de 16 a 20 años, La Rioja)*

Más de la mitad de los llamados tuvo que ver con dudas sobre algún método anticonceptivo: la anticoncepción hormonal de emergencia en la franja de 10 a 15 años y las pastillas anticonceptivas en aquellos de 16 a 20 años, lo que puede hablar de distintos tipos de trayectorias anticonceptivas según el momento de la vida.

*"Ayer tuve relaciones sexuales con mi novia y no nos cuidamos. Quiero saber qué posibilidades hay de embarazo. Ella menstruó el día 8 de este mes" (Joven de 16 a 20 años, Salta)*

La utilización de la línea como fuente de consulta se realizó mayoritariamente *después* de hacer vivido alguna situación que implique algún

riesgo real o potencial para los jóvenes, derivado del mal uso de los métodos anticonceptivos o directamente su uso inexistente.

> *"Mi amiga tomó la pastilla del día después y queremos saber cuándo le tiene que venir. Ella tuvo relaciones el viernes a la noche sin cuidarse y después tomó la pastilla, solo pasaron unas horas" (Joven de 16 a 20 años, Avellaneda, Provincia de Buenos Aires)*

Los jóvenes de todas las edades consultan por cuestiones inherentes a su propia conducta sexual, pero también (aunque en mucho menor medida) lo hacen en conjunto con su pareja o para sus grupos de socialización más cercanos como amigos y familia.

> *"¿Los espermatozoides pueden traspasar ropa?" (Joven de 10 a 15 años, Capital Federal)*

La franja de 10 a 15 años maneja información distorsionada o errónea en mayor proporción que el grupo de 16 a 20 años.

> *"De esta línea me derivaron al hospital para conseguir anticonceptivos, pero en el hospital me dicen que ellos no entregan ningún anticonceptivo y que los tenía que comprar en una farmacia" (Joven de 16 a 20 años, José C. Paz, Provincia de Buenos Aires)*

Aunque incipiente todavía, las llamadas relativas a denuncias sobre barreras en el sistema público de salud son más frecuentes en los jóvenes de 16 a 20 años.

Esta primera aproximación al perfil de los consultantes nos permitirá avanzar en la construcción del uso efectivo que hacen del dispositivo. La caracterización de la sexualidad joven como problema a abordar desde la salud pública presenta un enfoque de carácter tutelar que sienta directrices sobre lo permitido y no denegado, haciendo convivir en la misma matriz la necesidad de control social y los tabúes culturales ante el sexo. Ante este complejo entramado social, el canal de contacto abierto instaurado por el Estado pone sobre la escena las dudas más íntimas de los mismos jóvenes y las responde.

Este trabajo intentará reconstruir el modo en que los jóvenes se acercan a él, arriesgando un modo de ser en torno a la sexualidad de aquellos que efectivamente acceden a él.

## CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE CASOS DESDE LA TEORÍA

### Uso específico y sus implicancias sociales

Luego de la descripción en términos cuantitativos de las llamadas de los jóvenes a la línea durante 2011, se procederá a poner en relación este corpus con aquello que han relevado las distintas disciplinas, ante el intento de conocer las conductas de los jóvenes en ejercicio de su sexualidad. La pregunta que guiará este apartado tiene que ver con indagar si aquello sobre lo que preguntan los jóvenes a la línea, corresponde con lo que la bibliografía apunta como "problemática".

Primeramente, seguiremos lo que Pasqualini y Llorens (2010) definen como vida sexual de riesgo: los autores definen nueve factores que pueden influir en ella. Ellos son el debut sexual temprano y/o desprotegido; la presión o violencia (coerción); el arrepentimiento u otro malestar emocional, la actividad sexual sin anticoncepción adecuada; la promiscuidad; el embarazo no deseado y/o no responsable; el embarazo sin atención prenatal; la maternidad o paternidad adolescente no deseada/planificada y el sida u otra infección de transmisión sexual.[34]

Desde nuestro punto de vista, cada uno de estos factores no constituye un factor de riesgo en sí mismo si no que, por el contrario, debe analizarse en relación con otros factores culturales, sociales, económicos e históricos. Un joven que no tenga parejas sexuales estables pero conozca el funcionamiento de los métodos anticonceptivos y que pueda acceder a ellos de forma segura y confiable no representa una conducta de riesgo en sí misma aún si se inicia tempranamente; la presión para el inicio no siempre reside en formas de violencia, sino también, puede descansar en presiones culturales y sociales según los contextos de vida y modos de funcionamiento de la sociedad.

Planteada de esta manera, para nosotros la concepción misma de "factores de riesgo" implicaría rasgos o características que habitan dentro del mismo sujeto, que pueden determinar las decisiones de antemano. Los autores dejan fuera de su conceptualización características como la pobreza, la

[34] Pasqualini y Llorens: Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Buenos Aires, 2010.

desinformación, la imposibilidad en el acceso y las propias matrices culturales de cada comunidad, que junto a las fallas del propio sistema de salud se convierten en poderosas formas de exclusión.

Si bien este corpus no indagará sobre los aspectos socioeconómicos ni históricos de los consultantes, ya que no se planteó como objetivo dentro de la investigación, se pondrá el énfasis en la voz de los propios jóvenes para ver de qué forma "hacen hablar" al propio dispositivo y cómo lo interpelan.

**Entre lo que consultan cara a cara y lo que preguntan a la distancia**

Una de las principales características del uso de la línea 0800 por parte de los adolescentes tiene que ver con constituirse como una extensión del propio sistema de salud, y muchas veces como un puente entre el consultante y el sistema. Si bien no reemplaza (ni intenta hacerlo) a los equipos de salud en el territorio, actúa como interlocutor ante aquella porción de la población que no consulta sobre sexualidad o como apuntan Pasqualini y Llorens, "(…) no acuden habitualmente a controles en salud. Y los que lo hacen no suelen consultar por sus comportamientos. Unos pocos consultan por su sexualidad, ya sea a través de preocupaciones por su desarrollo, en búsqueda de información o de un método anticonceptivo". Este tipo de consultas relacionadas a la madurez sexual o desarrollo del cuerpo puede verse más que nada en la franja de 10 a 15 años, algunos ejemplos son los siguientes:

*"Quiero saber cuando aparecen los pelos en los hombres"*

*"Me salió una bolita en la punta del pene ¿Qué puede ser?"*

Siguiendo a Pasqualini y Llorens podemos decir que el uso del dispositivo que se plantea en los jóvenes que llaman no es el mismo que se registra en la consulta cara a cara en centros de salud u hospitales ya que estos afirman que "en la adolescencia temprana, adolescentes y acompañantes requieren información sobre anatomía y fisiología de los genitales, el significado de los cambios puberales, la menstruación, la eyaculación, la masturbación y para diferenciar aspectos normales del

desarrollo de enfermedades o problemas". [35] Como se describió en el apartado anterior, del total de llamados recibidos por adolescentes de 10 a 15 años (162) sólo el 13,6% corresponden a consultas médicas en general, cuidado del cuerpo, pubertad, masturbación, orgasmo, eyaculación y ciclo menstrual. En contraposición, las consultas sobre métodos anticonceptivos en general o en particular representan el 45,7%, siendo la anticoncepción hormonal de emergencia aquella que despierta más dudas.

Otras investigaciones intentaron describir los motivos de consulta médica por parte de los adolescentes mayores de 15 años, quienes en promedio, ya han iniciado su vida sexual. Una de ellas plantea que:

> Quienes consultan lo hacen principalmente en temas vinculados a la prevención de VIH (51%), al uso de MAC (40%), o en menor medida, a información relacionada a ITS (20%). El tema de prevención del VIH es consultado con mayor frecuencia en varones, conforme baja el nivel socioeconómico, y en la franja etaria de 14 a 15 años. Sobre MAC se informan más las mujeres, de mayor edad y nivel socioeconómico, y que residen en el interior. Finalmente, entre los que consultan sobre ITS también se destacan los residentes del interior del país (Fundación Huésped y UNICEF, 2005:34).

En las llamadas registradas esta tendencia no se cumple, ya que las consultan por VIH no representan una cantidad significativa de llamados. Pero puede verse que en esta franja de edad las consultas cara a cara con los equipos de salud se parecen mucho más que aquellas realizadas por jóvenes de 10 a 15 años, según lo que plantean las investigaciones en este tema.

Otra característica es la que tiene que ver con la realización de preguntas referidas a la prevención. En este punto, ni las consultas cara a cara ni las que se hacen a la línea actúan como referencia previa a una situación de riesgo.

La investigación referida anteriormente, con una muestra de estudio a nivel país, describe que:

> Se registró una baja frecuencia de consultas preventivas (menos del 40%) referidas a la salud sexual y reproductiva, mientras que 8 de cada 10 no ha realizado ninguna consulta durante el último año. En general los adolescentes se

[35] Ídem anterior

> auto-perciben y son percibidos socialmente como una población sana y el cuidado de la salud no suele considerarse tan prioritario como en otros grupos de población. A esto se suma el predominio de una cultura NO preventiva y la escasez de servicios de salud amigables específicamente orientados a la población adolescente. Es común que en estos grupos los controles de salud se suspendan luego del periodo de la infancia y se retomen, especialmente en las mujeres, al momento de la etapa reproductiva (Fundación Huésped y UNICEF, 2005:38).

En el corpus de este trabajo, se registraron consultas de este tipo:

> *"¿Ahora qué puedo hacer? Nunca fui a un ginecólogo." (10 a 15 años)*
>
> *"Saqué turno con el ginecólogo hoy ¿Qué le tendría que preguntar?" (10 a 15 años)*
>
> *"Soy de Glew, ¿Puedo ir a cualquier médico para una consulta?" (16 a 20 años)*
>
> *"Yo quisiera ver a un ginecólogo, porque nunca me hice ningún estudio. Pero con mi mamá no puedo porque no quiero que se entere que yo ya tengo relaciones sexuales" (16 a 20 años)*
>
> *"Soy extranjera y quiero saber si puedo ir a un hospital público y hacer una consulta con un ginecólogo ¿Dónde puedo ir?" (16 a 20 años)*

De estos ejemplos se desprende que al menos los jóvenes que acceden a la línea parecen no tener incorporada como práctica cotidiana el acceso al sistema de salud, ya sea por temor ante la reacción de sus familias, quedar en evidencia sobre el inicio de sus relaciones sexuales o simplemente para hablar con un profesional que les saque sus dudas.

En estos casos, el uso del dispositivo adquiere la lógica de un *facilitador* que propicia el acercamiento. Rasgo por demás importante, ya que los jóvenes se presentan ante el sistema de salud y las propias políticas públicas sanitarias como un sector inaprensible, lejano, al que ni las campañas ni los mensajes parecieran llegarles: no son lo suficientemente grandes como para enfermarse o se enferman poco, y ya no son tan chicos como para ser llevados al pediatra por un adulto.

Este carácter de "facilitador" que le otorgamos al dispositivo puede

relacionarse con una necesidad desde el propio Estado de convocarlos, desde una forma no solemne ni burocrática de acceso: una línea abierta dispuesta a responder, con un universo de posibilidad ampliado que propone un gran tema, pero además se toma el tiempo de construir una a una las respuestas. Además de este carácter puramente dialógico, el mismo dispositivo permite el anonimato, la confidencialidad, la repregunta, y muchas veces, el empoderamiento ante otro sector del mismo sistema de salud -como lo son los centros asistenciales de atención- al asesorar sobre derechos y recursos posibles.

**Imaginarios en torno a la primera vez**

Uno de los temas consultados que no incluye necesariamente aspectos ligados a la genitalidad ni al uso de métodos anticonceptivos tiene que ver con la iniciación sexual. Dentro de este tema operan no sólo la pulsión sexual y la curiosidad, sino que también lo hacen los esquemas interpretativos de la sociedad en la que los jóvenes se encuentran insertos, las matrices culturales (Sunkel, 1986, Barbero, 1983, Ford 1994) los grupos de pares y la constitución de la propia identidad de los sujetos.

Para indagar en todos estos aspectos, varias investigaciones abordaron las motivaciones por las cuales los jóvenes se inician sexualmente. Villa (2005) rescata cuatro motivos a través de su trabajo de campo con jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires:

> La "calentura", aludiendo a necesidades basadas en lo biológico y hormonal, atribuido más a los varones que a las mujeres; la experimentación y la curiosidad como expectativa vincular, sin importantes distinciones por sexo; la presión por el consumo de sexo, a través del grupo de pares, de los medios de comunicación y de las culturas juveniles que valorizan la sexualidad y el erotismo, esto se les atribuye más a los varones que a las mujeres; y el deseo sexual vinculado a aspectos psicológicos (Villa, 2005:56).

Del planteo de Villa podemos encontrar algunos ejemplos en las consultas a la línea:

*"Quería preguntarte si soy virgen, yo una vez tuve sexo con una prostituta pero fue sólo por calentura y esta chica para mí es más importante" (10 a 15 años)*

*"¿Es bueno iniciar una relación con una persona mas chica que vos? Yo tengo 16 y ella 13 yo no sé si ella quiere algo serio o tiene calentura"*

Estas consultas nos permiten inferir algunos aspectos ligados al valor que los jóvenes consultantes le atribuyen a la primera vez. Si bien no podemos reconstruir la cadena de significantes a través de la cual estos jóvenes le asignan una carga simbólica a la iniciación sexual, podemos ver que algunos de ellos, como el del primer ejemplo, pone en cuestión el momento de su iniciación sexual ante la ausencia de lo afectivo, como aspecto que necesariamente debería estar presente para "dejar de ser virgen". También en el segundo caso, la duda ante sentirse querido actúa como un condicionante para dar el paso.

Estos ejemplos podrían denotar que, al menos en estos casos, el papel que juegan los sentimientos en la primera vez es un factor de mayor peso que el propio deseo o pulsión sexual. Así, la referencia a la "virginidad" podría asociarse más a un atributo cultural que biológico ya que la importancia de la compañía sexual podría funcionar como condicionante para atrasar el momento de la iniciación.

La cuestión de la "calentura" es construida de forma negativa en los casos relevados: la presencia explícita de ella funcionaría como argumento en contra para la pérdida de la virginidad, como si consideraran que la sola presencia del deseo no fuera suficiente para comenzar la vida sexual.

Según el relevamiento del resto de las consultas sobre este tema, los jóvenes que llaman utilizan mayormente la línea para consultar sobre formas de prevenir embarazos en la primera relación, dejando de lado la transmisión de enfermedades. En función de este momento de iniciación, los miedos tienen más que ver con cometer un *error*, que se traduce en la llegada no planificada de un embarazo. Según Bianco, Pagani, Re y Correa:

> La virginidad en las adolescentes y mujeres es entonces un valor muy preciado y fuertemente promovido en la sociedad, al cual deben adherir y mantener hasta el matrimonio, bajo pena de ser consideradas ligeras y fáciles. Es por ello que viven

> con culpa el iniciarse sexualmente fuera del contexto de una pareja que contrajo matrimonio o establecida, culpa que se expresa verbalmente por la "pérdida de la virginidad". Esta sensación de culpa y pérdida puede verse atenuada si el inicio sexual ocurrió en el contexto de un acto de amor. En los/as adolescentes, generalmente, la sexualidad es negada socialmente generando problemas graves de disociación, ya que constituyen uno de los grupos de mayor vulnerabilidad frente al VIH y simultáneamente son los/as menos informados/as y/o atendidos/as respecto a la prevención y cuidado (Bianco, Pagani, Re y Correa, 2003:21).

Al respecto, encontramos los siguientes llamados atendidos por la línea:

*"¿A qué edad ya se puede tener la primera relación sexual?" (10 a 15 años)*

*"Yo tengo 15 años. Tengo novio hace 2 años. No estoy muy segura de hacerlo, pero si lo hago ¿qué pastilla tengo que tomar para no embarazarme?"*

*"Yo estoy pensando en tener relaciones con mi novio y quisiera saber cómo tengo qué hacer para cuidarme" (16 a 20 años)*

En la mayoría de las consultas sobre primera vez -que no tienen que ver directamente con métodos anticonceptivos- se ve una clara tendencia a plantear situaciones de duda con respecto a dar el paso o no darlo. Más allá de que el primer ejemplo busque una respuesta a una convención inexistente sobre la edad de inicio, puede decirse que los jóvenes consultantes utilizan el dispositivo como una voz de tipo autorizante que les diga lo que está bien o está mal -aunque es probable que internamente ya lo sepan- pero que pueda responderles sin hacerles sentir esa sensación de culpa o pérdida de la que hablan Bianco y Pagani.

**El lado B**

Más allá de las consultas de fondo sobre lo correcto o lo incorrecto en torno a la primera vez, el uso que hacen del dispositivo se relaciona sobre todo a cómo adoptar conductas preventivas. Lo característico en la muestra de llamados es que no consultan por cuestiones de prevención en general, de adopción de pautas de cuidado para tener sexo seguro, sino que apuntan

específicamente a la prevención de embarazos: los jóvenes no quieren ser padres en su primera vez, pero poco se preocupan por contagiarse enfermedades venéreas o VIH. En este punto, seguimos a Villa, quien a través de sus investigaciones plantea que:

> Existe consenso entre los profesores y profesionales acerca de que la principal preocupación sobre prevención en el inicio sexual por parte de los adolescentes está enfocada en los embarazos y no en el posible contagio de ETS y el HIV/sida. También algunos encuentran que los varones adolescentes se preocuparían un poco más que las mujeres sobre la prevención del HIV/sida. Esto es coincidente con lo encontrado en la mayor parte de la literatura. No obstante, muchos profesionales opinan que la preocupación en el debut sexual genital por el propio desempeño sexual frente a la otra persona actúa poniendo en segundo plano la utilización efectiva de un método anticonceptivo (Villa, 2005).

En los siguientes ejemplos podemos identificar lo mencionado por Villa, ya que referidas a la primera vez, ninguno de estos ejemplos consultan específicamente por cómo prevenir enfermedades:

> *"Llamo porque tengo 12 años y quiero tener relaciones sexuales con mi novio, fui a un hospital a buscar anticonceptivos pero me dijeron que tenía que ir con un adulto, quiero saber cómo cuidarme para no quedar embarazada" (10 a 15 años)*
>
> *"Quisiera saber si puedo quedar embarazada en la primera relación sexual" (10 a 15 años)*
>
> *"¿Una virgen de 13 años se puede embarazar?" (16 a 20 años)*
>
> *"Ahora va a venir una amiga y voy a tener mi primera relación sexual, ¿cómo me puedo cuidar?" (10 a 15 años)*
>
> *"Voy a empezar a tener relaciones con una chica y quiero saber por métodos anticonceptivos" (10 a 15 años)*

Las primeras dos -que puede inferirse que provienen de jóvenes mujeres- ponen el foco en cómo evitar el embarazo (como la mayoría de las consultas registradas). El resto de los ejemplos, así como aquellos del mismo tema que no aparecen en este capítulo, hacen referencias de forma general a

"métodos anticonceptivos" o "cómo cuidarse" sin explicitar a qué parte de la prevención hacen referencia.

**Los miedos que no se cuentan…**

Además de los miedos propios sobre el ejercicio de la sexualidad, los jóvenes experimentan la mirada de los otros, sus adultos responsables. Como se dijo anteriormente, la culpa y la presión que surge de ella, juegan un rol muy pesado en la conciencia de los jóvenes que muchas veces pueden convertirse en una barrera, tal como dicen Pagani, Re y Madrigal "expresan miedo, principalmente al embarazo y a la recriminación de los padres. Los padres juegan un rol importante en las decisiones en estas adolescentes, sea por la incomunicación o por la necesidad de ocultarles las relaciones sexuales".[36]

> *"Tuve relaciones sexuales hace una hora. Fui a la salita a buscar la pastilla del día después pero estaba cerrada. Ahora yo no puedo ir al hospital porque está mi mamá y no sabe"*
>
> *"Me acabo de hacer dos test de embarazo y los dos me dieron positivo. Recién la médica me dijo que estoy de 4 semanas. Pero no quiero tener el bebé por cuestiones económicas y porque en mi familia me van a matar"*
>
> *"La semana que viene tengo que hacerme un análisis hormonal. Si me tomo la pastilla del día después ¿sale en el estudio?"*

Todos estos casos de jóvenes consultantes son ejemplos de cómo los miedos a que los descubran como sujetos sexuales pesan en sus conductas. Podría decirse que en este sentido, el uso que hacen del dispositivo es en busca de un *otro no recriminador*, que los oriente y los comprenda, sin los prejuicios y los desaires de los adultos a su alrededor. En el caso de este dispositivo, ese otro forma parte de una institución pública –el propio sistema de salud- que a través de sus consultores se descentraliza y responde cada consulta desde el universo de lo jurídico y políticamente practicable. Más allá de esto, la relación que se entabla es un persona a persona,

[36] Pagani, Re y Madrigal (2001): Adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas. Revista DeSIDAmos, Año X, Nº 1.

independientemente que haya niños, jóvenes o adultos de un lado y el propio Ministerio de Salud del otro.

Con respecto a los temas que más preocupan a los jóvenes con respecto a su sexualidad, retomamos a Kornblit, quien a partir de su trabajo de campo ha afirmado que:

> Cuando se les solicitó la opinión acerca de las cuestiones de salud que más preocupan a los jóvenes, algo más de los dos tercios mencionan el VIH/sida como mayor preocupación. En segundo término aparecen como preocupación los embarazos adolescentes y el aborto y en tercero y cuarto lugares el consumo de drogas ilegales y las infecciones de transmisión sexual, respectivamente. Estos resultados se diferencian algo de los encontrados en la Ciudad de Buenos Aires, especialmente en cuanto a la preocupación por el embarazo y el aborto, que es considerablemente superior entre los jóvenes del interior, así como la que concita el consumo de drogas ilegales (Kornblit, 2006:7).

Según la evidencia que toma esta investigación, el orden que explicita Kornblit no se cumple en el uso que se hace del dispositivo, ya que como se mencionó en el apartado anterior las consultas sobre VIH no presentan un volumen significativo, ni aún así el aborto ni las enfermedades de transmisión sexual. Lo referido al embarazo aparece siempre ligado al uso –o uso incorrecto- de otros métodos anticonceptivos como la pastilla del día después o las pastillas anticonceptivas de toma diaria.

No puede realizarse la misma comparación con respecto a consumo de drogas, ya que no entran dentro del alcance del dispositivo.

**El fantasma más temido**

Los debates en torno al embarazo adolescente explicitados al comienzo de este trabajo dan lugar a distintas conceptualizaciones de porqué suceden, y cómo es que fallan las estrategias para el control de la natalidad en jóvenes menores de 18 años, aunque finalmente, en la mayor parte de la bibliografía, se lo considere como "conducta-problema". En un trabajo realizado por Villa en 2005, se realizó un acercamiento de lo que piensan los equipos de salud y los docentes sobre las causas de embarazos tempranos y se evidenció que las

primeras causas que ponen en palabras son las siguientes en orden de importancia:

1) Ignorancia de métodos anticonceptivos (MAC) y falta de registro subjetivo del propio cuerpo (especialmente mencionado por el personal de salud).

2) Omnipotencia del adolescente varón, quien no pensaría que podría embarazar a la mujer; frases del tipo "a mí no me va a pasar" (especialmente mencionado por el personal de educación).

3) Deseo de ser madre en las adolescentes (especialmente mencionado por el personal de salud).

4) Mala utilización de MAC.

5) La "falta de contención" de la "explosión hormonal" del cuerpo de los adolescentes (se destaca en el personal de educación).

6) Falta de educación y/o acompañamiento de la familia del adolescente (se destaca en el personal de educación).[37]

Según la evidencia que se construye a través del dispositivo en análisis, podemos concordar con lo dicho por Villa sólo en los puntos 1 y 4, que son los referidos a la información que manejan sobre adopción de pautas de cuidado.

Al menos en lo que respecta a las consultas a la línea, más que "omnipotencia del varón" podemos construir el sentido opuesto: los jóvenes, por el conocimiento escaso o erróneo con el que cuentan, piensan que embarazaron a sus parejas aún cuando no existe riesgo a la vista de que eso pudo haber sucedido:

> *"Ayer con mi novia se nos rompió el preservativo y me da miedo que se quede embarazada, ¿qué puedo hacer?" (10 a 15 años)*

[37] Villa, Alejandro (2005): Sexualidad, relaciones de género y de generación: perspectivas histórico-culturales en la enseñanza media del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Página 57.

*"Tuve un encuentro sexual que no hubo penetración, eyaculé en mi mano, me lavé pero después le metí los dedos en la vagina a ella ¿Hay riesgo de embarazo?" (16 a 20 años)*

*"Tengo 16 años, mi novia y yo somos vírgenes. Estuvimos en la cama con ropa y tuve una erección ¿Puede quedar embarazada ella aunque no nos sacamos los pantalones?"*

*"Tuve una relación sexual con mi pareja sin preservativo, no quiero tener un hijo, soy joven, ¿qué puedo hacer?" (16 a 20 años)*

*"Tuve una relación con una chica. Yo tenía el pene afuera pero ella estaba vestida. El otro día dijo que estaba mareada y con fiebre. ¿Puede ser que esté embarazada?" (16 a 20 años)*

Con respecto al deseo de ser madre señalado por Villa, podemos inferir al menos en nuestra muestra, los jóvenes usuarios de todas las edades plantean la posibilidad de un embarazo como un problema, como un hecho que no quieren que suceda en sus vidas en el corto plazo. Esto puede verse sobre todo en la franja de 10 a 15 años, donde el tema sobre el que más consultan es la pastilla del día después (método accesible para prevenir un posible embarazo no planificado dentro de las 72 horas de ocurrida una situación de riesgo).

Entre las causas que recolecta Villa, los educadores señalan una supuesta "explosión hormonal" que implicaría una especie de entrega desaforada a los placeres del cuerpo, presente únicamente en los jóvenes. Esto no presenta las mismas características en las consultas recibidas en la línea, donde más allá de que las preguntas se refieran a un episodio ya ocurrido en el pasado inmediato, mayoritariamente tienen que ver con un mal uso o uso equivocado de algún método anticonceptivo. No se evidencian consultas que relaten una "explosión" o "falta de contención" por parte de los jóvenes, ya que mayoritariamente llaman para remediar algún error cometido o para informarse sobre cómo evitarlos, según se explica en el apartado anterior.

La falta de educación o acompañamiento por parte de familiares será abordado más adelante cuando hablemos de los canales de información

preferidos por los jóvenes, donde la línea actúa como canal subsidiario de su entorno.

Los conocimientos que manejan sobre métodos anticonceptivos serán analizados a continuación.

**Información disponible sobre métodos**

Según el estudio de situación realizado por la Fundación Huésped y UNICEF en 2005 a nivel país:

> El 89% de los participantes que declararon haberse iniciado sexualmente manifiesta haber utilizado preservativo en su primera relación sexual, y el mismo porcentaje de adolescentes señala utilizar siempre (69%) o la mayoría de las veces (20%) métodos anticonceptivos para evitar los embarazos. En consecuencia, se observa que solo el 11% de los participantes no utilizó preservativos en aquella primera relación sexual, con mayor cantidad de casos en adolescentes del interior del país. Asimismo, aumenta el número de los que admiten cuidarse "siempre" a medida que crece el nivel socioeconómico de los entrevistados (Fundación Huésped y UNICEF Argentina, 2005:13).

Este estudio manifiesta que la gran mayoría de los jóvenes utiliza algún método anticonceptivo. Más allá de este dato de base, al contrastarlo con aquello registrado por el dispositivo en análisis vemos que la información sobre uso correcto de métodos aún sigue siendo deficiente o escasa, cuando no se trata específicamente del preservativo:

> *"No sé cómo se llaman las pastillas, no sé bien ¿Cómo es? (10 a 15 años)*
>
> *"¿Qué es un DIU?" (10 a 15 años)*
>
> *"Para los métodos `conceptivos´ ¿dónde tengo que ir al hospital? Estoy acá en el hospital y no sé a qué lugar tengo que ir" (10 a 15 años)*
>
> *"Con mi novia queríamos saber si hay alguna forma de anticoncepción en inyecciones o píldoras para hombres" (16 a 20 años)*

*"Quiero saber sobre los anticonceptivos inyectables ¿Cómo se usan?" (16 a 20 años)*

*"Quería saber si había una pastilla para cuando no te viene" (16 a 20 años)*

*"Me olvidé de tomar las pastillas, tomé después las tres juntas" (16 a 20 años)*

*"¿Cómo se dejan de tomar de tomar las pastillas anticonceptivas? Yo la tomo cada vez que tengo relaciones ¿me hace mal?" (16 a 20 años)*

Si bien los jóvenes usuarios conocen otros métodos, este conocimiento puede llamarse superficial, ya que, o sólo conocen su nombre o a la hora de utilizarlos no lo hacen correctamente como para confiar plenamente en él. López Kaufman y otros (1997) concuerdan con esta premisa, pero agregan que "la utilización de ellos sigue siendo igual que hace diez años, ratificando el concepto que el conocimiento de un método anticonceptivo no implica capacidad de utilización".[38] Esto puede ilustrarse a partir de la cantidad de consultas registradas sobre la toma de pastillas anticonceptivas de toma diaria: del total de preguntas sobre ellas, casi el 80% tiene que ver con jóvenes que utilizan las pastillas pero que tienen alguna duda sobre cómo tomarlas correctamente, y el 23% del total consultó a la línea sobre olvidos en la toma. En todos los casos, los consultantes conocen el método, pero su capacidad de utilizarlos correctamente es escasa:

*"Las pastillas anticonceptivas ¿tienen interacción con los antibióticos como la amoxicilina?" (10 a 15 años)*

*"Ella está tomando pastillas y no se acuerda si tiene que tomar y descansar o seguir tomando la otra caja" (16 a 20 años)*

*"Mi amiga tomo varias pastillas anticonceptivas porque dijo que era lo mismo que la del día después, ¿está bien? " (16 a 20 años)*

*"Cuando me di cuenta que me había olvidado una pastilla esperé a tomar la otra que me correspondía ¿es así?" (16 a 20 años)*

[38] Lopez Kaufman, C.; Bagnati, E.; Saugy, A.; Gubbay, S. y Trumper, E. (1997): Correlación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Estudio comparativo, Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.

*"A mi novia le recetaron anticonceptivos, y quería saber cuánto hay que esperar para que pueda estar sin cuidarse, ¿un mes? (16 a 20 años)*

*"Estoy tomando pastillas anticonceptivas, es el primer mes, y me vino en las pastillas blancas. Mi pregunta es: ya que me vino ¿tengo que empezar a tomar otra tableta o tengo que terminar las pastillas blancas que me quedan? (16 a 20 años)*

*"¿Qué pasa si continuo con la toma de las pastillas sin hacer el descanso? (16 a 20 años)*

Estos ejemplos reafirman lo que plantea el estudio de la Fundación Huésped y UNICEF, donde dice que la utilización de pastillas se hace más frecuente a medida que aumenta la edad, y que esto puede deberse a que son las mujeres quienes las administran.

Del relevamiento de la bibliografía sobre el tema surge una posible explicación del por qué de este conocimiento inacabado sobre los métodos anticonceptivos que efectivamente utilizan con mayor frecuencia. Margulis (2011) plantea que

> Otro de los factores que influyen en las relaciones que las jóvenes de sectores populares establecen con los métodos anticonceptivos tiene que ver con los imaginarios que poseen sobre su funcionamiento y el del aparato reproductor. Creemos que el escaso conocimiento acerca del mecanismo que posibilita que los métodos anticonceptivos eviten los embarazos también constituye un factor que opera en la utilización incorrecta de éstos. En este caso, coincidiendo con lo planteado por Balán y Ramos, las dificultades se relacionan con una inmediatez de sus sentidos, especialmente aquello que no puedan ver con sus propios ojos. Se dificulta pensar el cuerpo desde su funcionamiento integral y explicar cómo opera internamente. Mientras el exterior se presenta fragmentado en partes desconectadas, el interior se percibe como un todo homogéneo, desconocido y profundo (Margulis y otros, 2011).

Estos autores resaltan que la imposibilidad de conocer el funcionamiento del cuerpo humano, específicamente su aparato reproductor, radica en un obstáculo para el correcto uso de los métodos anticonceptivos, como si el principal problema fuera la incapacidad de estos jóvenes para ver o pensar

más allá de lo que tocan: la expresión de "inmediatez de los sentidos" actuaría en el mismo sentido que la "explosión hormonal" que señala Villa, haciendo sistema con la caracterización de un joven/ sujeto primitivo, incapaz de pensar en el mediano y largo plazo ni de ver más allá de los cuerpos sexuales.

Desde nuestro punto de vista, si bien existe un conocimiento aún incompleto -al menos en los jóvenes usuarios de la línea- no se debe a la rusticidad del entendimiento innata por el rasgo de edad, si no que hay otros factores como una deficiente o poco interesada educación sexual en las escuelas o un carácter absolutamente biologicista de ella que no logra interpelar a los jóvenes para que puedan interpretar la información hacia ellos mismos y aplicarlas en su vida sexual.

A partir del relevamiento de llamados sobre este punto, encontramos los siguientes:

> *"Yo ayer no es que tuve relaciones con penetración pero tuvimos roces y estaba indispuesta. ¿Me puedo tomar la pastilla del día después? ¿Cómo se usa?" (10 a 15 años)*
>
> *"Quería sacarme una duda, mi novia está en el tercer día de atraso, pero ella es muy regular, el tema es que siempre nos cuidamos con preservativo, pero el fin de semana pasado, nos bañábamos juntos y hubo bastante contacto pero sin penetración ¿Puede quedar embarazada de esa manera? (16 a 20 años)*
>
> *"¿Si me toco el pene y después le toco la vagina a una chica puede quedar embarazada?" (16 a 20 años)*
>
> *"Si tenemos relaciones anales sin protección ¿hay posibilidad de embarazo?" (16 a 20 años)*
>
> *"Si yo estoy con alguien que me acaba en la boca, ¿puedo quedar embarazada?" (16 a 20 años)*

A partir de estos ejemplos podemos inferir que estos jóvenes cuentan con un conocimiento previo sobre reproducción en el sentido de la necesidad de la presencia del semen en contacto con los genitales femeninos como condición para el embarazo, pero también denotan falencias en el conocimiento de las prácticas sexuales que no llevan a él, como el sexo anal, los roces o el

sexo oral. Esto podría estar relacionado con zonas “no dichas” en el abordaje de la educación sexual familiar o escolar, que podrían traducirse en dudas no enunciadas que hacen que se mantengan en el tiempo, hasta que el mismo ejercicio de la sexualidad de los jóvenes permite enunciarlas. Por eso es que resulta interesante destacar que mayoritariamente, las preguntas registradas de este tipo provengan de jóvenes de 16 a 20 años, con algún grado previo de educación sexual y trayectoria mayor de relaciones sexuales.

También se puede inferir que los discursos sobre el placer con fines no reproductivos aún no se encuentran presentes en la información sobre sexualidad que se le brinda a los jóvenes dentro de las instituciones: en este punto, podemos arriesgar que el eje estaría puesto más en la salud sexual que en la sexualidad como disfrute.

El uso del dispositivo que puede esbozarse a partir de este tipo de consultas es aquel que tiene que ver con la línea como *educador integral*, que provee información sobre reproducción y funcionamiento del cuerpo, más de tipo biológico-pedagógico, más que nada en jóvenes de 16 a 20 años, ampliando este paradigma con cuestiones no dichas en otros ámbitos sobre discursos sobre el placer, que no implican necesariamente una situación de posible embarazo.

**Una tendencia en aumento: la gratuidad de los métodos**

Una característica que puede rastrearse en el corpus es el uso de la línea como forma de adquirir métodos anticonceptivos de forma gratuita. En este punto, estas consultas pueden plantearse como una nueva tendencia: el reconocimiento de un derecho, aquel que tiene que ver con el acceso igualitario a las formas de cuidado, asegurados por Ley Nacional Nº 25.673/2003.

Según lo relevado por el estudio de la Fundación Huésped sobre los lugares donde los jóvenes obtienen los MAC, los mencionados con mayor frecuencia fueron “los kioscos (46%), o las farmacias (42%). Apenas el 9% de los adolescentes declara haberlos adquirido en un hospital público, y la misma

cantidad de ellos en un centro de salud".[39] El relevamiento de llamados a la línea, demuestra que los jóvenes comienzan a tomar al sistema público de salud como distribuidor de métodos, y al 0800 como fuente de confirmación de esa información que manejan previamente:

*"Tengo trece años, ¿puedo retirar anticonceptivos sola?" (10 a 15 años)*

*"¿Dónde puedo conseguir preservativos?" (10 a 15 años)*

*"Te llamo de la escuela 279 de Capilla del Monte. Queríamos preservativos para hacer una charla en la escuela" (10 a 15 años)*

*"Los métodos anticonceptivos que entrega el ministerio ¿cuáles son?" (10 a 15 años)*

*"Bueno, entonces, yo voy al hospital y la pido ¿y qué hago si me dicen que no?" (16 a 20 años)*

*"¿Puedo cambiar las pastillas de marca? ¿Dónde las puedo pedir?" (16 a 20 años)*

*"Si yo voy a un hospital público y pido pastillas anticonceptivas ¿me las dan?" (16 a 20 años)*

*"Quiero saber si las pastillas del día después te las dan gratis" (16 a 20 años)*

*"Me gustaría empezar a usar métodos anticonceptivos (distintos al preservativo) ¿es cierto que los dan gratis? (16 a 20 años)*

*"Me dieron un folleto que dice que acá dan anticonceptivos gratis ¿cómo tengo que hacer?" (16 a 20 años)*

Estas consultas muestran un cambio de mirada muy importante entre el sector juvenil y el ejercicio de su sexualidad ya que como afirma Margulis:

> La compra de métodos anticonceptivos no suele estar comprendida entre las posibilidades de los sectores de bajos ingresos ya que, a excepción del

[39] Fundación Huésped y UNICEF Argentina (2005): Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre adolescentes de Argentina. Página 15.

> preservativo, tienen costos altos en relación con los recursos económicos de que disponen. La imposibilidad de destinar el poco dinero disponible a la adquisición de métodos anticonceptivos ubica a éstos fuera de lo pensable, más allá del universo de posibilidades (Margulis y otros, 2011: 220).

La importancia del acceso gratuito implica condiciones de igualdad ante el ejercicio de la propia sexualidad. Los cambios en el funcionamiento del sistema de salud con respecto a la atención de los jóvenes como sujetos de derecho abren un nuevo abanico de posibilidades para acceder a los métodos. Aunque todavía incipiente, podemos inferir que esta nueva característica de la legislación y las políticas sanitarias estaría comenzando a circular entre los jóvenes, o al menos entre aquellos que utilizan la línea más allá de que esta información sea para ellos mismos o para terceros. Allí, el dispositivo adquiere la característica de *puente* entre el ciudadano y el derecho:

> *"El martes tenía que arrancar una caja nueva y como no tenía plata arranqué hoy, ayer tuve relaciones sexuales, ¿me puedo tomar la AHE?" (16 a 20 años)*

> *"Yo estoy tomando las pastillas de 28 y me quedé sin pastillas hace una semana. Estaba tomando las de lactancia y mi bebé ya tiene 6 meses así que me tienen que dar otras. ¿A dónde puedo conseguirlas?"*

> *"Me dijeron[40] que acá en Jujuy hay un lugar dónde te dan consejos y te dan las pastillas, yo no puedo comprar las pastillas todos los meses ¿A dónde es?"*

Es interesante también el planteo que hace el mismo autor al evidenciar que la dependencia de la gratuidad de los métodos puede presentar inconvenientes indirectos como interrupciones momentáneas que pueden implicar una alta probabilidad de abandono de la prevención.

Desde nuestra postura a partir del uso relacionado que se hace del 0800, los problemas tienen más que ver con el propio sistema de salud que con

[40] En este ejemplo, se registra la expresión "me dijeron que…". Podemos inferir que la información sobre la existencia del 0800 y su capacidad de respuesta podría estar presente como rumor en las redes informales de socialización de, al menos, los jóvenes que llaman. Vale la pena resaltarlo ya que la penetración en estas redes brindaría una mayor confianza en el dispositivo, lo que podría redundar en un efecto multiplicador de su utilización.

el principio de gratuitad de los métodos, tal como evidencia el siguiente ejemplo:

> *"Hace 2 meses yo participé de una charla sobre salud sexual, me atendieron en un camión sanitario, ahí me hicieron controles y como no me cuidaba con nada, la doctora me dio 2 tabletas de pastillas anticonceptivas para evitar un embarazo no deseado. Empecé el tratamiento de las pastillas y mañana tengo que empezar una nueva tableta. Hoy jueves 4 de agosto fui al centro integrador comunitario y la recepcionista que se encarga de dar los turnos y entregar los medicamentos no me quiso entregar las pastillas porque me dijo que necesitaba receta. Le expliqué mi situación pero no me las dio" (16 a 20 años)*

**El más querido (y el más odiado)**

Todos los autores que estudiaron el uso de métodos anticonceptivos en jóvenes coinciden en señalar al preservativo como el método más utilizado, ya sea por ser el único método que previene a la vez tanto el embarazo como las enfermedades de transmisión sexual, la facilidad con que se consiguen, su costo, su circulación, la información disponible. Pero a la vez, es el método sobre el cual existen más excusas para no utilizarlo. Audisio y Fragano (1997) señalan que el 49.7% de los varones adolescentes informa que el preservativo le resta placer al coito y que su uso tiende a menguar en el curso de una relación de pareja sostenida en el tiempo.[41] Por su parte, Kornblit agrega que "la principal argumentación del rechazo a su uso es la `incomodidad´ que deriva en una disminución del placer".[42] Luego agrega que

> Además de la "disminución del placer", los otros dos aspectos más importantes que los jóvenes varones perciben como obstáculos para usar preservativo son el no tenerlos cuando se los necesita y el hecho de que proponer su uso les resulta difícil. El primer motivo señala la imprevisibilidad en cuanto al momento en que puede tener lugar una relación sexual y el segundo muestra la dificultad de la comunicación verbal con la pareja (Kornblit, 2003:237).

[41] Audisio, T.; Fragano, M.; González, M. *et. al*, (1997): Realidades y mitos de las relaciones sexuales (Investigación en un grupo de 847 adolescentes)

[42] Kornblit, Ana Lía (2003): Dimensiones de la sexualidad: prácticas y representaciones de los jóvenes varones en Argentina.

Al contrastarlo con nuestro corpus, evidenciamos que de todas las características señaladas por los autores, la que puede encontrarse con mayor frecuencia tiene que ver con la imposibilidad de plantear el uso en la pareja, de asumirlo como un tema compartido por ambos integrantes:

> *"¿Cómo me pudo cuidar sin usar ningún método? Porque mi novio no quiere cuidarse y tomé varias veces la pastilla del día después". (16 a 20 años)*

> *"Tomé la pastilla del día después el 1 de noviembre, no sé si puedo tomar de nuevo la pastilla hoy, si me hace algo, porque hoy mi novio me dijo que íbamos a ir a un hotel y a él no le gusta utilizar preservativo" (16 a 20 años)*

> *"Llamo porque ayer se me fue la menstruación y hoy hace dos horas tuve relaciones sexuales con mi novio, sin protección. A él no le gusta usar preservativo y no me deja que tome pastillas porque dice que voy a engordar, ya tomé anteriormente pastillas del día después, ¿puedo tomar otra hoy? ¿Cuántas pastillas del día después puedo tomar al año?" (16 a 20 años)*

> *"Encontré este número y quería saber dónde puedo conocer lo que hace el programa. Si me pueden derivar a algún lugar donde me informen sobre los métodos anticonceptivos. Mi pareja no quiere saber nada de cuidarse, pero yo sí." (16 a 20 años)*

Si bien los jóvenes llaman más que nada por situaciones de ayuda directa ante la rotura de un preservativo o porque directamente no lo usaron, un tercer motivo lo constituye la negativa de alguno de los miembros de la pareja a usarlo. En este caso, el dispositivo es construido como *consejero* ante situaciones que los propios jóvenes no saben o no pueden manejar, ligados más a la necesidad de reafirmación de sus identidades. En este sentido, podemos inferir que los mitos sobre la disminución del placer o su incomodidad estarían ligados a discursos sobre la masculinidad o a la prevalencia de la toma de decisiones de los hombres en detrimento de las mujeres: es el hombre el que "siente menos" o disfruta poco, lo que tiene como consecuencia el abandono del uso del profiláctico como forma de prevención.

Son pocas las consultas que relatan una situación de imprevisibilidad de las relaciones sexuales:

*"Tuve relaciones sexuales con una chica que no conozco afuera de un boliche, quiero saber si pude haberme contagiado algo" (16 a 20 años)*

*"Con el chico con el que ando me pasó que estaba sola en mi casa y vino un poco tomado, yo no quería en realidad, y bueno me acabó adentro y hace una semana había tomado la pastilla del día después. Y ahora estoy indispuesta y no sé si tomarla de nuevo o no. Me parece que él tenía preservativo pero se rompió. No sé si volver a tomarla porque la ginecóloga me dijo que no abuse" (16 a 20 años)*

El resto de los discursos planteados por los autores sobre las excusas de los jóvenes ante el uso preservativo no fueron registrados en este corpus, sino que prevalecen los registros sobre la negativa ante el uso del preservativo por incomodidad. Esto trasladaría el problema hacia el otro, que toma esta postura como verdadera y que debe accionar en consecuencia para adquirir otra conducta de cuidado o someterse a la ausencia de este, es decir, cuando el argumento se impone, la comunión de la pareja se trastoca: quien se impone, resuelve su problema y deposita en la pareja la responsabilidad de la anticoncepción. Ante los argumentos de este tipo, inferimos que en las consultas registradas son las mujeres quienes llaman para ser orientadas sobre el resto de las opciones, aceptando el mito impuesto.

**Percepciones en torno al VIH/Sida**

En un trabajo de 2001, Pagani, Re y Madrigal describen que el VIH/Sida "no es percibido como un riesgo real. Entre sus amigas/os es más frecuente el embarazo que el VIH/Sida, al que consideran como una enfermedad más habitual en los adultos".[43] En efecto, las consultas sobre VIH no representan un gran caudal de preguntas: las duplican aquellas que tienen que ver con otras enfermedades de transmisión sexual y aquellas referidas al riesgo de embarazo son diez veces más frecuentes, es decir, por cada pregunta sobre VIH/Sida, se registran otras diez sobre posible embarazo.

En este sentido, Weller plantea que la cuestión de la prevención o ausencia de ella con respecto al VIH tiene más que ver con quiénes son sus

[43] Pagani, Re y Madrigal (2001): Adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas. Revista DeSIDAmos, Año X, Nº 1.

parejas sexuales y el conocimiento que tengan sobre ellas, apoyado en la cotidianeidad con que se frecuentan. La autora plantea que:

> Más que las situaciones de posibilidad de transmisión del virus descriptas por la biomedicina, lo que parece despertar la alarma o favorecer la tranquilidad es el modo subjetivo en el cual se vive la situación en un sentido más amplio, que involucra aspectos vinculares y espaciales. Así, por ejemplo, en el estudio sobre análisis de VIH, un joven insistía, en el marco del debate grupal, que se tenía que hacer el análisis obligatorio en el servicio militar porque se realizan ejercicios físicos y puede haber sangre. A la pregunta de por qué no era necesario este análisis para los que van a jugar un partido de fútbol, el joven responde que allí no habría ningún problema porque la gente con la que él va a jugar al fútbol la elige él, y son sus "hermanos de sangre". Es decir que se trataría de una situación electiva -protección- y no una situación compulsiva -peligro- (Weller, 2003:121).

Si bien situaciones como estas no fueron registradas en nuestro corpus, al analizar los llamados que abordan el VIH/Sida, siguiendo a Weller podemos inferir que existe una construcción de "grupos de confianza" que marcan el grado de "peligrosidad" ante una relación sexual sin protección, como si el grado de conocimiento implicara bajar o subir la guardia ante el sida y las enfermedades de transmisión sexual dependiendo de esto. Por ejemplo, vemos el llamado de un joven preocupado por una situación en la que tuvo relaciones sexuales con una desconocida, pero aunque se cuidó con preservativo, consulta si hay algún riesgo de contagiarse *algo*. Esta compañera sexual se ubicaría fuera del círculo de confianza, representando una amenaza de peligro para el cuerpo del consultante. De esta manera, el ejemplo de Weller sobre el joven que estaba realizando el servicio militar puede emularse con los casos de encuentros sexuales con desconocidos, ya que las sospechas ante el contagio de enfermedades no se registran con integrantes de sus círculos cercanos como compañeros de colegio, novios, etc. (en estos últimos casos predomina el miedo ante el embarazo no planificado).

Otro tipo de situaciones encontradas tienen que ver con la característica señalada por Weller como perteneciente a la "biomedicina": todo lo relacionado a los modos de transmisión sexual del VIH. Vale la pena destacar que no se registraron llamados que consultaran sobre otros modos de contagio.

Según lo registrado por el dispositivo, el VIH/Sida no representa un tema frecuente de consulta, tal vez porque no constituye un problema en la percepción que los jóvenes tienen de él, ya que se encuentra aún muy lejos de preocupaciones centrales para ellos como la posibilidad de un embarazo no planificado. Vale la pena destacar que dentro del sistema de 0800 del Ministerio de Salud existe otra línea telefónica que atiende específicamente las consultas referidas al VIH/Sida, y que no fueron incluidas en la muestra que toma esta investigación.

**La pastilla del día después: usos y ¿abusos?**

Como se desarrolló en el apartado anterior, los llamados referidos a la anticoncepción hormonal de emergencia o "pastilla del día después" son los más frecuentes en la franja de 10 a 15 años, y el segundo motivo más consultado en el grupo de 16 a 20. Esto marca una tendencia contraria a lo señalado por Kornblit que concluye que:

> El 12% de las mujeres que se iniciaron sexualmente afirma haber usado la píldora del día después. Este porcentaje es mayor entre las jóvenes de los estratos medios. Puede plantearse, pues, que el uso de la píldora del día después está muy poco extendido entre estas jóvenes, lo que constituye un dato para futuras intervenciones preventivas en el campo de la anticoncepción (Kornblit, 2006:49).

Más allá de que pueda tratarse de una lógica misma del dispositivo (una respuesta rápida ante una situación que requiere una igual acción como característica misma del funcionamiento del método), podemos inferir que los usuarios de la línea que consultan sobre la AHE encuentran en el 0800 un canal adecuado que les asegura primero el anonimato y luego las respuestas, sin tener que exponerse cara a cara ante el sistema de salud o sus propios padres, tal vez porque la posibilidad real de un embarazo sea lejana. Al menos dentro de los consultantes, puede evidenciarse una utilización asidua de la pastilla, lo que conlleva a preguntar sobre dudas en la frecuencia con que puede utilizarse. Esto nos lleva a pensar que los miedos ante la posibilidad de un embarazo -luego aún de una situación de riesgo efectivamente

experimentada- no necesariamente lleva a la adopción de un método anticonceptivo eficaz y sostenido en el tiempo.

Puede construirse una diferencia por grupos de edad a la hora de consultar sobre la AHE: mientras que la franja de 10 a 15 años pregunta si puede tomarla, cómo se toma y dónde se consigue (un uso más de tipo primario o exploratorio), aquellos de 16 a 20 años demuestran tres tipos de consultas al 0800:

a) Las que tienen que ver con el tiempo transcurrido dentro de cual deben/pueden tomarla:

*"¿Hasta cuánto tiempo después de una relación sexual se puede tomar la pastilla del día después?"*

*"Yo tuve relaciones sin cuidarme hace dos días, ¿estoy a tiempo de tomar la pastilla del día después?"*

*"Tuve relaciones y se salió el preservativo. No nos dimos cuenta. Me tomé la pastilla del día después a las 3 horas. ¿Está bien?"*

*"Yo tuve relaciones anoche sin cuidarme y me tomé la pastilla del día después, la unidosis que es nueva y sé que hasta las 12 horas tiene una efectividad del 95%, después de ese tiempo ¿a cuánto pasa? Porque me la tomé a las 13 horas en lugar de tomarla dentro de las 12 horas."*

*"La pastilla del día después ¿tiene que tomarse inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales sin protección?"*

En estos ejemplos, los usuarios usan el dispositivo como forma constatar su universo de posibilidades, ya que en este método en particular, el suministro correcto -para que sea efectivo- está directamente relacionado con las horas transcurridas luego de la relación sin protección.

b) Las que tienen que ver con tomarla "por las dudas":

*"Tuve relaciones sexuales. Usé preservativo pero tengo miedo de quedar embarazada, tomé una pastilla de emergencia a los cuatro días posteriores."*

*"Yo cuando dejé de tomar las pastillas tuve una relación con mi novio, y aunque él usó preservativo, yo por las dudas me tomé la pastilla del día después ¿Está bien eso?"*

*"Tuve relaciones sexuales con preservativo pero por las dudas tomé la pastilla del día después. Pero no tuve ningún síntoma. No tuve dolores ni mareos. Leí en el prospecto que puede pasar eso. También leí que no es conveniente tomarlas en forma seguida"*

En estos casos, podemos inferir una sobreprotección por desinformación, viendo nuevamente que los jóvenes usuarios le temen más a un embarazo que a contraer alguna enfermedad. Las referencias al miedo y la duda son rasgos que predominan en las llamadas de este tipo, poniendo en tela de juicio aún la efectividad de otros métodos anticonceptivos utilizados en la relación.

c) Las que recurren a la AHE con frecuencia:

*"Tomé la pastilla del día después la semana pasada y ayer se rompió el preservativo, ¿puedo volver a tomarla?".*

*"En este mes me tomé dos pastillas del día después y el mes pasado otra".*

*"En mayo a finales tomé una pastilla del día después. La volví a tomar el 7 de junio y después el 20 de junio porque tuve un accidente en esas fechas. Y el domingo tampoco me cuidé. ¿Ahora la puedo tomar otra vez?"*

*"Quería consultar sobre la pastilla del día después. Yo la tomo como método anticonceptivo dos meses al mes"*

*"Te quería preguntar si se puede tomar dos pastillas del día después en la misma semana. Porque el domingo tuve relaciones sin cuidarme y tomé una y ayer de nuevo no me cuide y quería saber si puedo volver a tomar o si el efecto dura varios días"*

En estos ejemplos, el acceso a la pastilla no representa un obstáculo, como tampoco la desinformación sobre su funcionamiento (salvo el cuarto caso), si no que por el contrario, al recurrir a ella con frecuencia, los usuarios

comienzan a tener miedos de otro tipo, como por ejemplo si puede traerles alguna contraindicación o convertirse en nociva para su salud.

Todos estos ejemplos evidencian la tendencia contraria a la planteada por Kornblit, donde señala que

> El poco uso de la píldora del día después muestra que, a diferencia de lo que ocurre por ejemplo en España, ella no forma parte en nuestro país de lo que se puede denominar "riesgo calculado", que permite a los jóvenes abandonarse al placer inmediato, sin tomar en cuenta los riesgos inherentes a esa conducta, teniendo en el horizonte el elemento salvador de dicha medicación (Kornblit, 2006:55).

Según la voz de los jóvenes que consultaron, podemos deducir que estos no sólo toman la AHE dentro del riesgo calculado que menciona la autora, sino que además la utilizan con gran frecuencia, aún en detrimento de otros métodos anticonceptivos, ya que tienen a la pastilla del día después como una conducta internalizada ante situaciones de sexo sin protección, sobretodo en jóvenes de 16 a 20 años. Ahora bien, a partir de la clasificación de los ejemplos, vemos que no es homogénea la forma de acercamiento que tienen los usuarios de la línea con respecto a la pastilla del día después: utilizan el dispositivo como marcador del tiempo disponible para su uso; como constatador de la factibilidad de su ingesta o como desestimador de posibles complicaciones derivadas de su utilización.

**El diálogo ante lo invisibilizado**

Vale la pena mencionar un último tema de consulta ante nuestro dispositivo en análisis, que se diferencia ampliamente del resto de los temas desarrollados hasta aquí. Si bien se habló mayormente de los métodos anticonceptivos y el acceso a ellos, con sus implicancias en el uso y adopción, un rasgo fundamental para asegurar el acceso igualitario al ejercicio pleno de la sexualidad tiene que ver con la libre elección a la hora de la maternidad. Por más que el acceso universal a métodos de cuidado sea la línea fundamental para asegurar derechos, el debate sobre el aborto libre, gratuito e igualitario es

una discusión que aún hay que dar, sobre todo dentro del Estado y sus políticas de salud.

En nuestro país, el único avance que se logró en este tema fue la publicación de la Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles[44] en 2010 por parte del Ministerio de Salud de la Nación, donde se sientan las bases a través de las cuales el sistema de salud tiene la obligatoriedad de atender a mujeres en estas situaciones, para manejar las complicaciones y así disminuir la mortalidad. Pasqualini y Llorens explican que

> La existencia de esta guía no implica que haya cambiado, automáticamente, la atención de estas mujeres, porque para ello se necesita un cambio de actitud de los profesionales que, muchas veces, no se ha dado. La condición de ilegalidad condiciona el proceso asistencial de quienes son atendidas después de haberse realizado un aborto. Existe un maltrato institucional consciente o inconsciente, porque la clandestinidad opera como una condena simbólica en gran parte del personal de salud (Pasqualini y Llorens, 2010:411).

Dentro de las llamadas al 0800 del Ministerio de Salud se encuentran ejemplos de diálogos y dudas sobre prácticas relacionadas a la interrupción voluntaria de embarazos (abortos). Si bien las consultas relacionadas con este tema representan sólo el 2% del total, vale la pena retomarlas en esta investigación dada la trascendencia social y la clandestinidad de las prácticas:

> *"Tengo una amiga que quiere saber cómo tomar pastillas para interrumpir su embarazo"*
>
> *"La chica con la que estoy me pasó este número porque necesita atención post aborto ¿a dónde la puedo llevar?"*
>
> *"Estoy embarazada y no lo quiero tener. Mi obstetra me dio este teléfono y no lo quiero tener, fue un descuido con mi pareja"*
>
> *"Quería saber los nombres de las pastillas abortivas"*
>
> *"Hace unos días tuve un aborto y quiero saber qué tengo que hacer ahora. ¿Y usted me puede dar el teléfono o la dirección de algún lugar?"*

[44] Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf

*"Yo tengo un embarazo de 8 semanas y no quiero seguir. ¿Qué puedo hacer? ¿El aborto en nuestro país es legal?"*

*"Tengo una amiga que tiene una hija y ahora quedó embarazada de nuevo y quiere saber si dan información con respecto a alguna pastilla o a lo que puede hacer".*

*"Llamo porque tengo un atraso de 10 días y un bebé de 5 meses y quería saber si no hay alguna pastilla o algo porque no estoy en condiciones de tener otro bebé".*

Si bien se trata de una tendencia aún incipiente, resulta interesante destacar que hay jóvenes que recurren a la línea aún a pesar de la condición de clandestinidad con la que cargan. Dentro de esta imposibilidad de decir, logran recurrir a un dispositivo del Estado, dialogan con él, a pesar de que es el mismo Estado el que les impide la posibilidad de acceder a la interrupción del embarazo sin riesgo para sus propias vidas. Según Brener y Ramos (2008) esto se relaciona con

> Un cambio de las actitudes ante el aborto por la difusión del aborto medicamentoso y la disminución de otros procedimientos entre las adolescentes. Se observó que entre ellas circula la información sobre las "pastillas abortivas", haciendo referencia a "alguna amiga" que las usó. Según sus propias afirmaciones, esta información circula por los ámbitos que frecuentan; ellas dicen en los talleres: "se compran en la farmacia", "no en todas las farmacias te las venden, tenés que saber en cuáles", "en los boliches te enterás", entre otras frases. Lo que revela que existe un cambio del imaginario social sobre la interrupción del embarazo que en determinados ámbitos permite nombrar lo que antes se mantenía en secreto. No es seguro que haya un aumento de la práctica, pero seguramente estos cambios originarán diferentes representaciones sociales del aborto (Brener y Ramos, 2008: 41).

En este sentido, el dispositivo funciona como *constatación* de información que circula por canales informales. La mayoría de los jóvenes entre 16 a 20 años –grupo de edad en los que registraron consultas sobre este tema- conocen la existencia de métodos para abortar y utilizan el dispositivo para confirmar o ampliar la información con la cuentan previamente.

Este tipo de consultas vislumbra un diálogo que necesariamente se plantea como oculto, secreto, confidencial. Preguntan aquí sobre aquello que no pueden preguntar abiertamente. Aquí el formato del dispositivo juega un papel fundamental para dialogar sobre cuestiones que de otro modo permanecerían invisibilizadas, y que ponen en absoluto riesgo la vida misma de las mujeres.

## CAPÍTULO 5: EL TRASFONDO DE LAS CONSULTAS

### Depende con quién: pautas de cuidado según tipo de pareja

Según se indica en el capítulo 3, en el 16% de los llamados a la línea se construye a la pareja como sujeto consultante, donde el llamado es una duda compartida o la consulta es en primera persona pero involucrando a un otro con quien se tiene una relación de noviazgo. Esta tendencia se registra sobretodo en la franja de 16 a 20 años. Por eso es que resulta interesante analizar las pautas de cuidado adquiridas en función del tipo de pareja sexual, o la ausencia de ellas.

Como primera característica que se desprende del análisis de las consultas, puede decirse que conforme al aumento de la edad, disminuye el uso de métodos como el preservativo, que protegen simultáneamente de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no planificados. Esto fue relevado anteriormente en la bibliografía, como es el caso del trabajo de Audisio, Fragano y González donde se afirma que el uso del preservativo como método anticonceptivo "tenderá a abandonarse en el curso de una relación de pareja o a ser utilizado con irregularidad, poniendo en situaciones de riesgo a la juventud".[45]

Al abandonar el uso del preservativo, crece la utilización de otros métodos, como por ejemplo, las pastillas anticonceptivas. Pero esto no implica que sea una generalidad, sino que también puede darse la conducta contraria: una vez constituido un vínculo estable, puede abandonarse el uso de cualquier otro método ya sea por confianza absoluta ante el amor y la fidelidad, la negación de uno de la integrantes de la pareja o simplemente como "prueba de amor".

Existe un grupo de jóvenes usuarios de la línea que podrían ubicarse entre aquellos que adoptaron métodos de anticoncepción basados en la confianza en la pareja (como las pastillas anticonceptivas) donde según el estudio de la Fundación Huésped y UNICEF (2005), la fidelidad sería un factor

[45] Audisio, T.; Fragano, M.; González, M. *et. al*, (1997): Realidades y mitos de las relaciones sexuales (Investigación en un grupo de 847 adolescentes).

protector ante la prevención de las ETS. Este grupo, con un compromiso afectivo asumido, consulta a la línea mayormente ante la preocupación sobre posibles efectos adversos, ya sea por la toma de pastillas anticonceptivas o AHE. Estos jóvenes anteponen en primera instancia la salud de la pareja, aún si existen consecuencias no deseadas de la utilización de un método: más que la preocupación por un embarazo, se preguntan si el otro corre algún riesgo asociado:

*"Mi novia ahora tiene sangrado y esta irregular ¿Puede ser la pastilla?"*

*"Mi novia empezó a tomar las pastillas, está con dolor de cabeza, tuvo un poco de sangrado, mareo y dolor en las mamas"*

*"Mi novia tiene miedo que a largo plazo las pastillas le hagan mal"*

*"Si mi novia toma la pastilla del día después ¿le trae algún problema?"*

*"Tuvimos relaciones y como se rompió el preservativo mi novia tomó la pastilla del día después, ¿le puede traer algún problema de salud?"*

*"Mi novia tomó dos veces en el mes la pastilla de emergencia, ¿puede tener algún tipo de contraindicación?"*

En palabras de Kornblit (2003), los ejemplos anteriores construyen un escenario en el que "el cuidado de uno mismo es una mera consecuencia del cuidado de la pareja",[46] mientras que el caso contrario se da cuando las parejas sexuales no tienen un nivel de compromiso afectivo fuerte y son de carácter ocasional -con los que se tuvo sexo sin protección- donde pasan a encarnar miedos que construyen a esos otros como potenciales riesgos para el cuerpo propio. La autora señala que mientras los primeros "se protegen para el otro", los últimos se protegen "del otro". Al respecto se encuentran ejemplos de este tipo, donde al tratarse de parejas ocasionales, el foco cambia de la preocupación por el embarazo hacia el contagio de enfermedades:

[46] Kornblit, Ana Lía (2003): Dimensiones de la sexualidad: prácticas y representaciones de los jóvenes varones en Argentina. Página 239.

*"Quería saber porque ayer tuve relaciones sexuales sin preservativo, ¿tengo posibilidades de contagiarme de algo?"*

*"Tuve relaciones sexuales con una chica que no conozco afuera de un boliche, quiero saber si pude haberme contagiado algo."*

Kornblit, a partir de su trabajo de campo, señala que:

> El análisis de las "lógicas" desarrolladas por los entrevistados en relación con el riesgo de infección por el VIH pone de relieve que la modificación de la conducta en el sentido de la prevención tiene lugar o no según cuál sea el sistema social íntimo que se da en la pareja. Es ese sistema el que regula la entrada o no entrada de estímulos del afuera referidos a la necesidad de protección frente al riesgo (Kornblit, 2003:239).

Según esto, el miedo al VIH u otras ETS sólo cabe cuando la pareja sexual es desconocida. Por eso es que no abundan casos de llamados que pongan esto en duda,[47] ya que "la cuestión se expresa en `creer el uno en el otro´, como algo inherente a la relación y que además la sustenta".[48]

Una última característica que puede señalarse en función de las estrategias de cuidado dentro de la pareja, es la que tiene que ver con la imposibilidad de lograr un acuerdo entre ambos integrantes para elegir un método anticonceptivo. Este rasgo, presente en varias de las consultas, tiene que ver con un sometimiento de la mujer a los deseos del hombre, lo que trae aparejado el ejercicio de la sexualidad en condiciones de desigualdad. En una investigación realizada por Brener y Ramos en 2008, al indagar en mujeres adolescentes sobre las razones por las cuales no tomaron medidas anticonceptivas, "sólo el 5,4% respondió que deseaba quedar embarazada. En la mayoría de los casos, operaron de modo significativo razones que remiten a mitos, actitudes estereotipadas de género, desinformación y dificultad para tomar decisiones por parte de las chicas".[49] Estas situaciones remiten a

[47] Sólo se encuentra un llamado que enuncia esta duda: *"fui a la ginecóloga y tengo clamidia. Quería saber si sólo se transmite por vía sexual, porque mi novio dice que estuvo solo conmigo y yo estuve solo con él".*

[48] Bianco, Mabel; Pagani Laura; Re Maria Inés; Correa, Cecilia (2003): Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/Sida en el Gran Buenos Aires. Un estudio de situación. Página 22.

[49] Brener A. y Ramos, S. (2008): La adolescencia: sus derechos y prácticas de sexualidad saludable. Página 26.

consultas a la línea por parte de las jóvenes, que a pesar de la decisión de sus parejas, no la comparten:

> *"Mi novio no quiere usar preservativo, dice que no es lo mismo, nos cuidamos solo con la pastilla del día después"*
>
> *"Encontré este número y quería saber dónde puedo conocer lo que hace el programa. Si me pueden derivar a algún lugar donde me informen sobre los métodos anticonceptivos. Mi pareja no quiere saber nada de cuidarse, pero yo sí"*
>
> *"¿Cómo me pudo cuidar sin usar ningún método? Porque mi novio no quiere cuidarse y tomé varias veces la pastilla del día después"*

Desde nuestra perspectiva, diremos que el planteo de Margulis sobre el indefectible modo de ser del cuerpo de los jóvenes de los sectores populares dista mucho de lo que registramos en la utilización que hacen del dispositivo.

El autor plantea que tanto los condicionamientos culturales como económicos determinan que los sectores populares tengan una "actitud de escepticismo, inconstancia y fatalismo que se puede observar en el uso errático de los métodos anticonceptivos, lo que se inscribe en un contexto más general: *el tratamiento relativamente disciplinante hacia el propio cuerpo –el cuerpo es destino*-, resignándose, por lo menos parcialmente, posibilidades de acción".[50]

Estos cuerpos completamente determinados "usados de acuerdo a las urgencias de cada día" según Margulis, recurren a la línea para buscar consejo sobre cómo remediar aquellas conductas que presumen de riesgo: estas tienen que ver sobre todo con el miedo a tener un hijo, cuando no es eso lo que están buscando, cuando no es lo que tienen en el horizonte de sus proyectos de vida. Lejos de aceptar su irremediable destino encarnado en sus propios cuerpos, inferimos que existe en los usuarios una conciencia de futuro, de revisión de las alternativas, de la posibilidad de elegir. Margulis le otorga a las clases populares una pasividad "que emanaría de la naturaleza", cuando desde nuestro punto de vista, este supuesto determinismo, en cambio, enmascararía desinformación o información deficiente proveniente de las instituciones de socialización.

[50] Margulis, Mario y otros (2011): Juventud, cultura y sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires. Página 206.

En este punto, debemos retomar lo descripto en el capítulo 3, donde se señala que la tendencia más marcada en cantidad de llamados tiene que ver con preguntas relativas al uso de la pastilla del día después en la franja de 10 a 15 años, y sobre la toma de pastillas anticonceptivas en el grupo de 16 a 20. Es decir, consultas que tienen que ver, en primer lugar, con una forma inmediata de remediar una situación de posible embarazo; y en segundo lugar, con una forma de prevención a largo plazo.

Estas características nos permiten afirmar que los jóvenes que consultan a la línea, muchas veces que cuentan sólo con el sistema público como cobertura de salud (y tienen poco contacto con él) están interesados en tomar decisiones de vida más allá de la condena a la inmediatez de la que habla Margulis:

> *"Tuve una relación sexual con mi pareja sin preservativo, no quiero tener un hijo soy joven, ¿qué puedo hacer?"*

> *"Yo no quiero tener hijos porque tengo muchos hermanos y mi idea directamente es no tener nunca un hijo. En la salita Nº12 del barrio Santa Lucía, el ginecólogo que atiende por la tarde me dijo que no me lo podían poner porque yo no había tenido hijos aún"*

## La diferencia entre lo saben y lo que efectivamente hacen: el quid de la cuestión

La mayor cantidad de consultas recibidas a la línea durante 2011 están relacionadas con alguno de los métodos anticonceptivos existentes, ya sea preservativo, AHE, pastillas de toma diaria, DIU, inyecciones, vasectomía o ligadura tubaria: los jóvenes consultan sobre ellos, escucharon hablar de su existencia y quieren saber cómo funcionan. Pero en su mayoría, preguntan luego de atravesar una situación de riesgo: una vez que vivenciaron muy de cerca la posibilidad de la maternidad/paternidad, deciden adoptar medidas anticonceptivas. Y consultan, para ampliar lo que ya saben o para informarse desde cero sobre lo que ignoran, aún así, no siempre aplican los conocimientos con los que cuentan. Algunos autores denominan esta situación como "brecha

entre el conocimiento y la práctica". Ahora bien, ¿a qué puede deberse esta brecha? Kornblit recupera una explicación interesante en su trabajo de 2006:

> El trabajo de Allen (2001) pone de relieve que los jóvenes jerarquizan como conocimientos sexuales los que acopian a partir de sus prácticas, más que la información de tipo secundaria sobre aspectos de la sexualidad que reciben por ejemplo en la escuela. Sin embargo, existen una serie de cuestiones que en general no son abordadas por los programas de educación sexual y que los jóvenes señalan que les interesaría tratar, a pesar del pudor que sienten frente a ellas. Por ejemplo, los sentimientos corporales que se ponen en juego en el deseo y la atracción sexuales. Allen denomina a estos aspectos el "discurso de lo erótico", entendiendo por erótico lo relativo al despertar del deseo sexual en uno mismo o el brindar placer sexual. Esto implica que además de transmitir cuáles son las prácticas sexuales más seguras, se hable en los programas de educación sexual de los aspectos más placenteros de la actividad sexual. Este tipo de discurso podría capturar mejor el interés de los jóvenes haciendo que puedan llegar a integrar la información con sus prácticas sexuales (Kornblit, 2006: 43).

En este sentido, se estaría hablando más de sexualidad como una cuestión integral, y no de *salud sexual* remitiendo solamente a lo reproductivo y biologicista. De hecho, existe todo un registro de llamadas por parte de los jóvenes que se acercan mucho más a la sexualidad como disfrute placentero del cuerpo, que a cuestiones regulatorias de natalidad y transmisión de enfermedades. En este uso de la línea, como ejercicio pleno de la sexualidad, se recurre a ella para preguntar sobre masturbación, orgasmo, eyaculación, diversidad sexual, como todo un bloque de temas que no necesariamente implican la genitalidad y la anticoncepción y se relacionan más con el goce y el placer como componente fundamental de las relaciones sexuales:

> *"Quiero saber si la homosexualidad está bien"*
>
> *"A mí en la escuela me gusta una compañera. Mis compañeros me molestan y me dicen tortillera, lesbiana"*
>
> *"Tengo 15 años y la verdad que estoy preocupado porque nunca eyaculé, mis amigos hablan del tema y yo me siento que no estoy a la altura de ellos"*
>
> *"¿Cuánto hay que masturbarse? ¿Puedo masturbarme usando preservativo?"*

*"Mi pareja sexual nunca acaba. No sabemos qué hacer."*

*"¿Todas las mujeres disfrutan del sexo anal?"*

*"Estoy en pareja desde hace dos años y no está muy bueno porque no puedo llegar al orgasmo. Quería saber dónde puedo hacer una consulta sobre este tema".*

Estas consultas tienen que ver con la subjetividad de los jóvenes, que al experimentar sus primeras experiencias sexuales, buscan información sobre situaciones que no los hacen sentir cómodos, y que además no forman parte de los conocimientos que se imparten entre los principales grupos de socialización como padres y escuela: el discurso que según Kornblit constituye el "campo de lo erótico". Todo esto puede incidir en la brecha entre el saber y la práctica, ya que

> La forma en la que se imparte el conocimiento, que se brinda en general a partir de las percepciones que tienen los educadores acerca de lo que saben los jóvenes, y no a través de una construcción activa del conocimiento de su parte (…). Esto lleva a que los jóvenes se sientan ajenos a lo que se les transmite, quedando los mensajes de educación sexual sólo como prescripciones no siempre cumplibles (Kornblit, 2006:43).

Esto también puede verse en las llamadas relativas al uso del preservativo para sexo oral: se registran muchas consultas que vuelven a preguntar lo que ya saben, tal vez por lo poco que creen en la necesidad de usarlo. En este sentido, podemos inferir que los usuarios buscan una voz autorizada que les reconfirme información con la que ya cuentan.

Otro punto de interés tiene que ver con el uso del dispositivo en forma posterior a una conducta de riesgo, que es la forma principal en que los jóvenes utilizan la línea. Al respecto, Weller (2003) plantea que los mensajes circulantes en cuanto a la prevención pueden generar un aspecto culpabilizante, y que esto genera un plus de sufrimiento donde "la prevención misma está basada en un modelo que no tolera la complejidad de la vida

humana".[51] Este puede ser un factor determinante para analizar el momento elegido para el uso del dispositivo:

> *"Me siento mal porque mi papá me dijo cómo ponerme el preservativo pero teniendo la información no lo hice bien y se me rompió ¿Cómo lo pongo bien?"*
>
> *"El jueves tuve relaciones y nos cuidamos. Me puse el preservativo desde el comienzo hasta el final. Pero no me fijé si se había roto ¿Hay alguna posibilidad de que se haya roto, o que se haya producido un agujero?"*
>
> *"Si vos mantenés relaciones sexuales con preservativo y no se rompe, y el chico no acaba, ¿se puede una quedar embarazada?"*

## De mitos y fantasmas

Del análisis realizado sobre la calidad de la información con la que cuentan los jóvenes a la hora de recurrir al dispositivo, puede verse que la mayoría, en primer lugar, maneja información sobre métodos, y que la misma suele ser correcta. Pero existe una porción de los consultantes[52] que relata enunciados basados en creencias populares o enseñanzas que se transmiten de generación en generación que en su circulación, se convierten en mitos. Estos mitos, de base falsa o errónea, pueden ser un obstáculo para la adopción de pautas de cuidado confiables para el ejercicio de la sexualidad de los jóvenes. Al respecto, nos apoyaremos en la definición de mito aplicada a la sexualidad que construyen Brener y Ramos, donde explican que:

> Cuando hablamos de mitos, nos referimos especialmente a las explicaciones o interpretaciones acerca del origen de los seres humanos y de la diferencia sexual anatómica que se han transmitido o heredado por generaciones, a tal punto que se consideran como verdades naturales y aceptables sin consideraciones críticas. Estos mitos, proliferan por el carácter tabú de la sexualidad en el pensamiento tradicional y el carácter fetiche que adquiere por reacción en nuestro mundo

[51] Weller, Silvana (2003): Si saben, ¿Por qué no se cuidan? O ¿Qué saben cuando no se cuidan? *En* Salud, sexualidad y VIH-sida Actualización para el debate con los docentes Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Página 128.

[52] Según se vio en el capítulo 3, por cada 10 preguntas realizadas en jóvenes de 10 a 15 años, 1 de ellas parte de un mito o creencia errónea. En la segunda franja etaria, la relación es de 1 pregunta que parte de información incorrecta por cada 20 consultas registradas.

> contemporáneo de hiper-instantaneidad y espectáculo continuo. Dichos mitos no reconocen bases científicas, se basan en tradiciones y prejuicios que se han mantenido por generaciones, a pesar de las constantes transgresiones de que son objeto y que fuerzan su variación y cambio con el tiempo (Brener y Ramos, 2008: 39).

En el registro de llamados al dispositivo, podemos construir un mapa de mitos frecuentes, muchos de los cuales ya fueron evidenciados por la bibliografía disponible:

a) Las primeras relaciones no conducen al embarazo (Arias y Quincot, 2008:201 y Pasqualini y Llorens, 2010).
b) Tener relaciones sin protección una sola vez o velozmente no embaraza ni transmite enfermedades (Pasqualini y Llorens, 2010).
c) Las pastillas anticonceptivas engordan y pueden producir cáncer o infertilidad (Pasqualini y Llorens, 2010 y Balán y Ramos, 1989)

Además de los mitos que recuperan los autores que ya trabajaron este tema, a partir de las consultas de los jóvenes podemos agregar otros que aparecen con recurrencia a la hora de preguntar sobre anticoncepción y posibilidad de embarazo. Diferenciados por tema, los mitos registrados son los siguientes:

*Sobre preservativo:

> *"Me dijeron que la primera vez duele mucho más con preservativo ¿Es verdad?" (10 a 15 años)*
>
> *"Si ya eyaculé, ¿lo puedo usar otra vez?" (10 a 15 años)*
>
> *"Quería saber si los preservativos con espermicida pueden causar cáncer (16 a 20 años)*

*Sobre las pastillas del día después (AHE):

> *"Tuve relaciones sexuales sin protección y una amiga me dijo que era lo mismo tomarme un blister de pastillas anticonceptivas orales que tomar una hormonal de emergencia" (16 a 20 años)*

*"¿Es verdad que se te puede pegar el embrión con más profundidad si la tomás?" (16 a 20 años)*

*"La pastilla del día después ¿le saca efectividad a las pastillas anticonceptivas?" (16 a 20 años)*

*"Quería consultar sobre la pastilla del día después. Yo la tomo como método anticonceptivo dos meses al mes" (16 a 20 años)*

*Sobre el ciclo menstrual:

*"¿Es verdad que no hay peligro cinco días antes y cinco días después? (16 a 20 años)*

*"¿Puedo quedar embarazada si tengo relaciones sin cuidarme y estoy con la menstruación?" (16 a 20 años)*

*"Mi mamá dice que mientras uno menstrúa no puede quedar embarazada" (16 a 20 años)*

*Sobre la masturbación:

*"La masturbación ¿hace mal al miembro masculino?" (10 a 15 años)*

*"A través del juego manual, de la masturbación, ¿mi novia puede quedar embarazada?" (16 a 20 años)*

*Sobre otros métodos anticonceptivos:

*"Te quería preguntar sobre el gel íntimo porque anoche solo usé eso como método anticonceptivo" (10 a 15 años)*

*"Tenía pensado colocarme un DIU pero me dijeron que era cancerígeno ¿es verdad? (10 a 15 años)*

*"¿El himen te protege de las enfermedades de transmisión sexual o del embarazo?" (16 a 20 años)*

*Sobre relaciones sexuales en general:

*"Tengo 15 años y tuve mi primera relación sexual. Queria saber si el frenillo se corta solo o hay que ir al médico para que lo corte" (10 a 15 años)*

*"Cuando uno tiene la primera vez, ¿le tiene que venir al otro día?" (10 a 15 años)*

*"¿Por la cola se puede dejar embarazada?" (16 a 20 años)*

Este nuevo mapeo de mitos circulantes entre los jóvenes demuestra que aún existen canales informales por los cuales circula información incorrecta que compite con aquella que desde el Estado intenta instalarse y que aún no fueron abordados por los especialistas de este campo de investigación.

La existencia de mitos ya reconocidos por la bibliografía junto a otros de circulación no evidenciada hasta el momento, siguen lo explicado por Barthes (1954) cuando afirma que "algunos objetos se convierten en presa de la palabra mítica durante un tiempo, luego desaparecen y otros ocupan su lugar, acceden al mito".[53] La necesidad de detenerse en estos enunciados míticos sobre sexualidad registrados en nuestro corpus radica en la importancia que portan a la hora de incidir en la toma de decisiones de los jóvenes, ya que según el autor:

> El saber contenido en el concepto mítico es, en realidad, un saber confuso, formado de asociaciones débiles, ilimitadas. Es necesario insistir sobre este carácter abierto del concepto: de ninguna manera se trata de una esencia abstracta, purificada, es una condensación inestable, nebulosa, cuya unidad y coherencia dependen sobre todo de la función. En este sentido puede decirse que el carácter fundamental del concepto mítico es el de ser apropiado (Barthes, 1954:114).

De esta forma, podemos inferir que este carácter abierto que menciona el autor, junto a la información deficiente que pueden tener los usuarios hace que estos enunciados sean adquiridos y apropiados por los sujetos, sin un ejercicio posible de crítica o cuestionamiento hacia ellos. Al respecto, Barthes menciona que no hay contradicción posible ya que en este carácter de "coartada perpetua" el sentido y la forma jamás se encuentran, ya que "el sentido siempre se encuentra en su lugar para presentar la forma y la forma está siempre allí para distanciar el sentido".

En este punto, al tratarse de enunciados necesariamente históricos sin fijeza alguna -que pueden modificarse, alterarse y hasta desaparecer- el dispositivo podría asumir la función de suprimirlos: aquí, la línea actuaría como

[53] Barthes, Roland (1954): Mitologías. Página 108.

*ente desmitificador* ya que según Barthes, "basta con modificar sus circunstancias, el sistema general (y precario) en el que se asienta, para regular más o menos su alcance".[54] Interpelado él mismo sobre el carácter inocente, naturalizado y eterno de estos mitos, el dispositivo podría disminuir su circulación y señalar el rumbo más eficaz para adoptar una conducta anticonceptiva que les brinde a los usuarios una mayor seguridad ante sus relaciones, como señala Balán y Ramos (1989) este contraste de información puede incidir en el bagaje de conocimientos que circula en estos grupos y que es la base sobre la cual se toman decisiones.

Las autoras plantean que "la desinformación y el desconocimiento aparecen nítidamente en relación con dos temáticas: la estructura y dinámica de la fisiología de la reproducción y la forma de funcionamiento de los anticonceptivos modernos".[55] Esta característica se ve claramente en los ejemplos anteriores donde se evidencian discursos que los jóvenes tienen la necesidad de confirmar o refutar, al recibir mensajes preventivos que no se encuentran en sintonía con la información que manejan y encuentran necesaria para constituirse como sujetos sexuales. En otras palabras, los usuarios, a partir de sus esquemas de conocimiento, pondrían en juego la veracidad de los mitos recurriendo al dispositivo para falsearlos.

**Cuando el problema es el propio sistema**

Hasta aquí se ha analizado la calidad de la información con la que cuentan los jóvenes, las conductas que adoptan y cómo las sostienen o no en el tiempo, y sus proyectos de vida relacionados a la maternidad/paternidad. Pero existen otros actores claves para la realización plena de todas las cuestiones mencionadas anteriormente. Aunque los jóvenes conozcan el funcionamiento correcto de los métodos, obtengan información adecuada y confiable ante sus dudas y conozcan sus derechos, todo esto puede chocar ante una serie de barreras al acceso que aún persisten dentro del propio sistema de salud. Si bien se habló de un bagaje de conocimientos y prácticas

[54] Ídem anterior. Página 130.

[55] Balán, J. y Ramos, S. (1989): La Medicalización del Comportamiento Reproductivo: un Estudio Exploratorio sobre la Demanda de Anticonceptivos en los Sectores Populares.

de los adolescentes con respecto a las pautas de cuidado, también existe un sistema de prejuicios por parte de los equipos de salud, que muchas veces resultan infranqueables y que terminan alejando a los jóvenes de la consulta. También el modo de funcionamiento del sistema público es una barrera en sí misma, como explica Margulis (2011):

> En algunos casos se presentan inconvenientes vinculados a la atención en los hospitales públicos. Sobre todo está la dificultad para conseguir turnos en los momentos necesarios. La alta demanda de pacientes a los que se asiste en los hospitales públicos aumentó a medida que la crisis económica obligó a sectores de la clase media a abandonar la atención privada o la medicina prepaga. El acceso a los turnos para la consulta médica pasó a formar parte de las nuevas complicaciones a sortear, las que muchas veces no logran evitarse para lograr atención en los tiempos y regularidades necesarias (Margulis, 2011: 221).

De este modo, podemos encontrar jóvenes que llaman a la línea porque no fueron atendidos en un hospital o centro de salud, ya sea porque no encontraron turnos disponibles, porque en las guardias no los atendieron o porque no había profesionales disponibles para la consulta. En casos como los que se registran, la atención inmediata puede marcar la diferencia: una conducta reconocida por los jóvenes como de riesgo que no es contenida de forma inmediata por un profesional de la salud puede acarrear consecuencias no deseadas como embarazos no planificados, abortos clandestinos y otros riesgos innecesarios para la salud de los jóvenes.

El llamado a la línea muchas veces puede funcionar como *reemplazo a la consulta médica*, ya sea por una experiencia de rechazo previo o poca confianza por parte de los jóvenes ante el sistema de salud como recurso disponible. Al respecto, registramos las siguientes tensiones en torno a las diferentes situaciones evidenciadas por los usuarios como obstáculos para el acceso:

1) Tensiones entre la burocracia interna y necesidad de resolución rápida de la situación:

> *"Llamo para quejarme. En el centro de salud, fui a pedir la pastilla del día después y la enfermera me dijo que esta pastilla se da con turno con el ginecólogo. Además*

*me trató mal y me sacó corriendo. No nos quieren dar las píldoras anticonceptivas sin la consulta con el ginecólogo. Yo sé que las pastillas del día después se deben tomar lo antes posible" (16 a 20 años).*

2) Tensiones entre la precariedad estructural del servicio y la necesidad de atención:

*"Quería saber si una salita acá que esté habilitada para hacer ecografías, porque en el hospital los turnos son cada 3 meses" (16 a 20 años).*

3) Tensiones entre la falencia de recurso humano capacitado y la capacidad de atención:

*"Fui al centro de salud para que me atienda una ginecóloga para saber sobre métodos anticonceptivos y no me atendieron muy bien. Fuí un día para ver si había que sacar turnos, después fui otro día ver a la doctora y no había ido. Le dije que volvía al día siguiente y me contestó que tampoco iba a ir ese día. Además me dijeron que no era una ginecóloga sino una partera. Me sacaron las ganas de ir" (16 a 20 años)*

De este modo, podemos inferir algunas falencias estructurales del sistema de salud que son visibilizadas por los jóvenes que llaman y que constituirían un aspecto intrínseco devenido en barrera: si bien la primera y la segunda tensión enumeradas aquí podrían pensarse como consecuencias posibles de una estructura anteriormente recortada y achicada por gobiernos de corte neoliberal, la tercera puede hablarnos de un movimiento en esa misma estructura que aún no posee equipos de salud especializados en la atención de la salud de los jóvenes. Existen psicólogos, ginecólogos y médicos pediatras que pueden atender adolescentes y jóvenes, pero la especialidad médica (hebiatría) que los comprende como sujetos de forma integral y diferenciada del resto de la población aún es incipiente, por lo que vemos que en muchos casos, cualquier profesional de la salud dispuesto o con capacidad de escucha puede asumir ese rol. En palabras de Kornblit,

Puede pensarse que las características de la oferta influyen en mantener la fluidez entre el sistema de salud y las mujeres, mientras que ocurre lo contrario con los varones. En tanto que las mujeres consultan al ginecólogo,

> los jóvenes varones carecen de un especialista que reemplace al pediatra y deben atenderse con "médicos para adultos" que no siempre están capacitados para comprender sus necesidades. Empieza así el camino de extrañamiento de los varones con respecto al sistema de salud (Kornblit, 2006:14).

Lo anterior se relaciona también con lo que Margulis resalta también sobre los prejuicios por parte de los profesionales, que constituyen otro obstáculo destacado. El caso de mayor gravedad que tuvo al dispositivo como interlocutor se relacionó con la supuesta posibilidad de muerte por tomar la pastilla del después, registrado en el interior de Salta capital:

> *"La enfermera me dijo que además de saber mis derechos tengo que saber los de ellos porque la pastilla me puede hacer mal, me podía morir y si me muero ellos eran los responsables"*[56]

En este punto pueden unirse las tres tensiones enumeradas más arriba ya que a las falencias mismas del sistema de salud se le suma la posible respuesta no especializada, que ante la necesidad de "cubrir la demanda" respondería desde el propio marco interpretativo del personal de salud, cuando debería hacerlo desde lineamientos establecidos que se desprenden de un protocolo de atención.

Aún en aquellos casos en que los centros de atención cuenten con personal capacitado, puede darse que existan otras barreras, más ligadas a aspectos culturales a la hora del diálogo entre los jóvenes y los profesionales. Muchas veces, la dificultad radica en el uso de las palabras, no siempre adecuadas, con las que el médico explica la correcta utilización de los métodos anticonceptivos. Esto, ligado a la imposibilidad de preguntar o al pudor que implican las dudas de los jóvenes para hablar sobre sus relaciones sexuales en un ámbito poco conocido, podría acarrear un mal uso de los métodos o su abandono. De las investigaciones realizadas por Margulis, se desprende que "muchos informantes señalaron las dificultades para hacerse entender que

[56] La consulta completa, realizada por una joven de 10 a 14 años es la siguiente: "*tengo 14 años, el lunes fui a eso de las 18 horas al centro de salud (se omite dirección del centro de salud) para pedir la pastilla del día después y no me la quisieron dar porque necesitaba un turno con un ginecólogo. Hoy en la línea me dijeron que podía retirarlas, pero fui y un señor que se llama Juan me dijo que tenía que ir con mi mamá, que necesitaba receta, dar mi dni, nombre completo y firmar. La enfermera me dijo que además de saber mis derechos tengo que saber los de ellos porque la pastilla me puede hacer mal, me podía morir y si me muero ellos eran los responsables*".

experimentan algunos médicos, hecho que se agrega a que los pacientes suelen tener miedo de preguntar o de solicitar mayor información que la que el profesional brinda espontáneamente".[57] A partir de estas situaciones, pueden darse consultas al dispositivo que tengan que ver con cuestiones que surgen del propio uso de métodos o aquellos puntos sobre los que posiblemente no se animaron a preguntar en la consulta médica:

*a)* Consultas ligadas al uso:

*"Yo tomo pastillas. Ayer tenía dolor de espalda y el médico me dio ibupirac y buscapina ¿Me quitan el efecto anticonceptivo de las pastillas?"*

*"Yo estaba tomando las pastillas anticonceptivas de la lactancia y ahora me van a poner el DIU. El médico me dio una inyección para que menstrúe y me dijo que las deje de tomar por unos días. ¿No es riesgoso que las deje de tomar de un día para otro?"*

*"Mi novia toma las pastillas hace 6 meses, nosotros entendimos que el médico nos había dicho que siempre en la primera semana hay que usar preservativo, esta semana no usamos ¿tiene que tomar la pastilla del día después?"*

*"Estoy tomando pastillas anticonceptivas y aciclovir por un herpes, ¿tiene acción intermedicamentosa?"*

En todos estos ejemplos podemos inferir que los usuarios, en su trayectoria anticonceptiva, podrían haberse encontrado con vacíos de información que prefirieron aclarar recurriendo al dispositivo que concurriendo nuevamente al sistema de salud.

b) Consultas de aspectos sobre los que no quedaron conformes en la explicación dada en la consulta médica:

*"Te quiero hacer una pregunta que no me animo a hacerle a mi médico. Tomo pastillas anticonceptivas y este mes me olvidé de tomar 3. ¿Qué puedo hacer? ¿Sigo tomando lo que me queda? ¿Me tengo que cuidar con preservativo?"*

[57] Margulis, Mario y otros (2011): Juventud, cultura y sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires. Página 225.

*"Me hice hace una semana una eco y salió que tenia quistes. Me dijo mi médico que no es nada grave. Me dio pastillas anticonceptivas. No me está viniendo. Pero no estoy embarazada, estoy medio dudosa, disconforme con la explicación del médico, no sé que tengo y no me explico nada"*

*"Fui al médico hace poco para empezar a tomar pastillas anticonceptivas, ¿cuándo hay que empezar a tomarlas?"*

*"Soy mamá de una nena de un mes y estaba tomando anticonceptivos que tengo que descansar 7 días pero hay médicos que dicen que no hay que descansar, la ginecóloga me dio estas pastillas"*

Muchas veces se apunta a los jóvenes como los responsables de asumir conductas de riesgo, pero existe un rodeo previo que necesariamente debe hacerse, para marcar el peso que tiene la palabra de los equipos de salud en las conductas que llevan a cabo los jóvenes. En este punto, es interesante rescatar el estudio realizado por Pasqualini y Llorens (2010) donde se indaga sobre los conocimientos que manejan los profesionales de la salud a la hora de indicar métodos anticonceptivos en adolescentes. De este estudio surge que si bien la mayoría de los profesionales indicaban el uso del preservativo en forma correcta (97,3%), el 31% que indicaba anticonceptivos orales, señalaba mal el día de inicio, y el 37,2% de los encuestados sostuvo que el DIU está totalmente contraindicado en adolescentes. Otra cuestión que llama la atención es la poca diferencia entre los que consideraban que el anticonceptivo de emergencia era abortivo o no: 29% versus 33,8%[58].

Este estado de situación explica una de las razones de los usos del dispositivo, aún a pesar de que esos jóvenes hayan tenido un contacto previo con el sistema de salud, inferimos que los usuarios de la línea no serían sólo aquellos jóvenes que se encuentran alejados de la consulta médica, sino que también serían usuarios aquellos que concurrieron y se toparon con alguno de los obstáculos mencionados anteriormente. Todas estas cuestiones nos llevan a pensar una dificultad intrínseca de la estructura del sistema público de salud, donde su funcionamiento podría emularse más a un sistema de puertas giratorias para los jóvenes –por el que pueden pasar pero no quedarse,

[58] Pasqualini y Llorens (2010): Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Página 374

estableciendo una trayectoria deambulante- que a un sistema de puertas abiertas donde llegar, quedarse y volver a ir.

**La toma de la palabra frente a los derechos vulnerados**

Esta caracterización del sistema de salud y la relación que podría establecerse con el dispositivo en análisis nos lleva a describir un último punto: el que tendría que ver con el grado más alto de participación para alcanzar el efectivo ejercicio de los derechos en materia de sexualidad joven: la denuncia.

Al respecto, Pagani, Re y Madrigal plantean que:

> Si bien reconocen los derechos, no se percibe una apropiación de los mismos. Los vivencian como algo teórico pero que no se concreta en su ejercicio real, ya que no son respetados en sus casas, las escuelas, iglesias y otros ámbitos. No reconocen instancias formales -oficiales o no gubernamentales- ante quienes denunciar la violación de los mismos. Expresan una franca desconfianza en el sistema político y judicial, pero tampoco reconocen otros ámbitos protectores como la familia, la escuela, las organizaciones no gubernamentales religiosas u otras, que puedan permitirles o ayudarles en la defensa de sus derechos en general y especialmente los sexuales y reproductivos (Pagani, Re y Madrigal, 2002:18)[59].

Si bien no podemos afirmar que esta tendencia se ha revertido, entre los jóvenes que consultan a la línea podemos encontrar casos en los que el llamado podría verse como herramienta para el pedido de acción directa sobre el mismo sistema de salud, lo que implicaría una actitud de reflexividad o vuelta sobre sí mismo.

En este sentido, podemos inferir que estas consultas actuarían como consecuencia de un posible contacto previo con las instituciones del sistema de salud donde alguna situación vivenciada allí –deficitaria o de expulsión-, los llevaría a reclamar o denunciar una vulneración de lo que podrían reconocer como sus derechos sexuales. La adopción de este perfil activo se canalizaría a

[59] Trabajo publicado en la Revista DeSIDAmos, Año X, Nº 1, Buenos Aires, Argentina, Junio 2001: Adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas.

través del dispositivo, constituyendo un uso derivado de él: ser además un sistema de vigilancia.

Esta característica podría indicar que, aún en estado embrionario, los derechos sexuales y reproductivos comenzarían a ser aprehendidos por los jóvenes, a pesar de lo anquilosado de algunos sectores del sistema de salud.

Las denuncias sobre malos tratos por parte de estos últimos es un buen ejercicio de una estructura que se abre a ser debatida y criticada, alimentándose a partir de mecanismos de participación social. Algunos ejemplos de estos casos se encuentran en ambos grupos de edad en el uso de la línea, por más que se trate de un dispositivo que pertenece al mismo sistema que denuncian, comportándose tal vez como contradictorio o ambivalente.

Al respecto, pueden verse dos tipos de denuncias: por un lado, las que tienen que ver con objeciones de conciencia[60] pertenecientes al profesional que atiende a un joven; en segundo lugar, aquellas que tienen que ver con paradigmas en proceso de cambio que aún no fueron adoptados por la totalidad de los profesionales.

Del primer tipo de denuncias, encontramos consultas como:

*"Tengo 17 años y estoy esperando a mi tercer hijo. Le pedí a la obstetra que me ligue las trompas pero no quiere hacerlo. Tampoco me quiere poner el DIU, dice que tengo que tomar pastillas, pero yo me olvido de tomarlas. Lo único que quiero es que me digas dónde puedo llamar para ligarme las trompas" (16 a 20 años)*

*"Un médico me atendió muy mal cuando fui a colocarme el DIU. Me dijo que con mi edad y sin hijos, él no me lo colocaba, pero de muy mal modo" (16 a 20 años)*

[60] Según Alegre, "El derecho a la objeción de conciencia es el derecho a no ser obligado a realizar acciones que contrarían convicciones éticas o religiosas muy profundas del individuo. Este derecho emana de la protección que la Constitución garantiza a la libertad de culto y de conciencia, y a las acciones que no perjudiquen a terceros (artículos 14, 19 y concordantes de la Constitución Nacional)". El autor plantea que en relación a los derechos sexuales y reproductivos existen tres factores de relevancia como: a) "las acciones de los objetores afectan intereses y derechos fundamentales de terceros, ya sea entorpeciendo o imposibilitando la disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos y aborto legal, o restringiendo el propio acceso a tales prestaciones"; 2) "la conducta de los llamados objetores suele fundarse en razones que impugnan moralmente ciertas políticas públicas"; 3) "la afectación de derechos se agrava por centrarse, en su mayor parte, en un grupo doblemente desaventajado, las mujeres en situación de pobreza, y fortalecer una doble fuente de desigualdad estructural, en un contexto donde los derechos sexuales y reproductivos se encuentran lejos de estar garantizados en plenitud. Además, el abuso de la restricción en la provisión de información y métodos anticonceptivos empuja a las mujeres a una maternidad no querida o al aborto. Por otra parte, la negativa a llevar a cabo los abortos en los casos permitidos por la legislación pone en riesgo la vida o la salud de las mujeres".

*"Llamo porque a mi amiga no le quisieron dar la pastilla del día después ¿dónde podemos ir?" (16 a 20 años)*

*"Cuando voy a pedir preservativos no te dan y te hacen análisis" (16 a 20 años)*

*"La enfermera me dijo que además de saber mis derechos tengo que saber los de ellos porque la pastilla me puede hacer mal, me podía morir y si me muero ellos eran los responsables" (10 a 15 años)*

Del segundo tipo de denuncias, encontramos los relacionados a la autonomía en la consulta, que tiene que ver con la no obligatoriedad de que un joven menor de 18 años deba asistir acompañado por un adulto para efectuar una consulta médica o solicitar un anticonceptivo. Además, el sistema de salud debe responder de forma inmediata, ya que tampoco es necesario que un joven tenga turno ni realizar análisis previos en el caso de solicitar anticoncepción de emergencia.

Ambos tipos de denuncias resultan funcionales para el correcto funcionamiento del sistema de salud, donde esta vigilancia por parte de los ciudadanos sobre las instituciones públicas permitiría avanzar en el respeto por los derechos. El dispositivo, en estos casos, puede asumir una acción directa:

*"Hice como me dijeron ustedes y fui otra vez al centro de salud y hablé con la misma persona y me dijo que había hablado con vos y me dio la pastilla del día después y me pidió disculpas" (10 a 15 años)*

Según publicaciones oficiales del Ministerio de Salud de la Nación, este tipo de llamados son abordados desde la estrategia de la secuencia, que permite la comunicación directa entre el efector de salud que resulta denunciado y los equipos técnicos del nivel central:

> La secuencia es la dinámica mediante la cual el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable busca resolver un caso particular, a través de una comunicación con un Hospital determinado por ejemplo, para que se atienda ese caso específico, o mediante el envío de un documento técnico-legal a una institución médica que es renuente a asistir un determinado caso. Pueden ser muy diversas las acciones, pero toda secuencia busca garantizar que el caso específico tenga el acceso al servicio de salud (PNSSyPR, 2011:3)

En estos casos, la interpelación es directa y puede establecer cambios más profundos en las estructuras públicas de salud, motivados por la llamada de un joven que evidenció una vulneración a sus propios derechos.

## Conclusiones

En el recorrido trazado por esta investigación intentamos tener siempre presente el contexto de surgimiento de los jóvenes como objeto de estudio en las ciencias sociales: una impronta cargada de discursos biologicistas, tutelares y de normalización. Esa marca de origen impregnó la mayor parte de los estudios, en los que recién durante los últimos treinta años se abrieron nuevos debates que permiten cambiar el enfoque.

Muchos de los que se ocuparon de estudiar a los jóvenes en relación a su sexualidad, acordaron en ubicar los orígenes de los problemas de salud en los comportamientos individuales, arriesgados y evitables de los jóvenes, dejando de lado otros caminos posibles. Esta investigación se ocupó de una parte pequeña de un universo en constante cambio, un dispositivo particular visto desde una mirada comunicacional, pero en el que "hablan" los mismos jóvenes, sin necesidad de que les pregunten.

Como primera característica a rescatar, vimos que en este diálogo entablado entre los jóvenes y el dispositivo/institución se entabló un uso mayoritariamente urbano, ya que se registró la misma proporción de consultas provenientes de la provincia de Buenos Aires que el resto del país. Por más que la línea aspire a ser una herramienta de funcionamiento federal, su inserción en las provincias del interior, durante 2011, fue escasa.

Estos jóvenes que efectivamente accedieron al dispositivo, consultaron mayoritariamente sobre el funcionamiento de un método anticonceptivo: aquellos de 10 a 15 años lo hicieron sobre la pastilla del día después y la franja de 16 a 20 sobre la utilización de pastillas anticonceptivas de toma diaria. A partir de nuestro análisis, la concepción misma del dispositivo como "línea de salud sexual" presenta un sesgo sobre el tipo de consultas que recibe, donde podría prescribir un universo de temas relacionados solamente a la anticoncepción, dándole un lugar secundario a los discursos ligados a la sexualidad como práctica social compleja.

Más allá de esto, podemos concluir que algunos de los usos, posiblemente indirectos de los planteados por el propio dispositivo, fueron los que siguen a continuación.

Un primer uso derivado de la línea, tiene que ver con su rol como facilitador para el acercamiento: el dispositivo como ente que enviste a los jóvenes como sujetos de derecho para hacer efectivos los mismos cambios que se dieron en las políticas, donde todo un reciente marco normativo vira desde un paradigma tutelar de la juventud hacia su reconocimiento como ciudadanos plenos.

El dispositivo como facilitador, también actúa como una voz de tipo autorizante, que confirma y jerarquiza información previa con la cuentan los jóvenes antes de la consulta, conjugando esta característica con otra, en la que se constituye como un otro no recriminador, que escucha, aconseja y no juzga.

Ante la necesidad de los jóvenes de acceder a la información, el 0800 se posiciona como un canal subsidiario de información, que puede ocupar un rol no desempeñado por los grupos primarios de socialización que rodean a los jóvenes, pero también, como un educador integral, que brinda el espacio propicio para que aflore el discurso de lo erótico como parte esencial de la sexualidad.

Otro de los usos derivados del dispositivo relevados en esta investigación, es aquel, no menor, de funcionar como puente entre el ciudadano y el derecho, al promover el ejercicio de conquistas sociales aún no plenamente arraigadas en la sociedad. También, relacionados a los usos descriptos hasta aquí, se rescata la importancia de la herramienta como consejero ante situaciones que los propios jóvenes no saben o no pueden manejar, ligados más a la necesidad de reafirmación de sus propias identidades.

En función de las características intrínsecas del modo de funcionamiento de la línea telefónica como medio de comunicación social, el 0800 se presenta como un canal adecuado que asegura primero el anonimato y luego las respuestas, sin necesidad de exponerse ante miradas culpabilizantes.

En su relación con los discursos sociales circulantes sobre sexualidad, la línea actúa primero como constatador de información que circula por canales informales y aún no forman parte de las políticas públicas, como por ejemplo el aborto medicamentoso; y en el mismo movimiento, como ente desmitificador que puede disminuir la circulación de enunciados falsos y señalar el rumbo más

eficaz para adoptar una conducta anticonceptiva que les brinde a los usuarios una mayor seguridad ante sus relaciones.

En relación al funcionamiento del propio sistema de salud, en muchos casos el dispositivo se utiliza como reemplazo a la consulta médica, ya sea por una experiencia de rechazo previo o poca confianza por parte de los jóvenes ante este sistema como recurso disponible.

Para el propio sistema, aún con falencias y contramarchas, la línea de salud sexual es un importante recurso como herramienta de vigilancia, donde la adopción de un perfil activo por parte de los jóvenes se canaliza a través del dispositivo en el formato de denuncias, que permiten modificar o impulsar políticas de salud existentes.

Seguramente estos usos evidenciados hasta aquí no abarcan todos los posibles, pero los que describimos hasta ahora nos permiten concluir algunas cuestiones en la relación entre los jóvenes y su relación con la sexualidad, a través de lo plasmado en el dispositivo.

En primer lugar, concluiremos que la visión esencialista otorgada a la juventud, como seres en transición, incompletos y tormentosos, poco capacitados para la toma de decisiones referidas a su sexualidad, debe abandonarse. Los jóvenes que accedieron al dispositivo mayoritariamente plantean una conciencia de futuro, de revisión de las alternativas, de la posibilidad de elegir. No se entregan a la fatalidad del destino como algo irremediable, sino que son conscientes de los riesgos que corren o corrieron, e intentan resolver o protegerse del advenimiento de alguna situación que saben que no quieren para sus propias vidas.

En segundo lugar, señalaremos que, aunque incipiente, los jóvenes usuarios plantearon un uso más amplio de la línea, recurriendo a ella para preguntar sobre masturbación, orgasmo, eyaculación, diversidad sexual, como todo un bloque de temas que no necesariamente implican la genitalidad y la anticoncepción y se relacionan más con el goce y el placer como componente fundamental de las relaciones sexuales. Esto amplía el horizonte de lo posible dentro del dispositivo, llevándolo más al terreno de la sexualidad que al propuesto originalmente de “salud sexual”.

También afirmaremos como conclusión de esta investigación que existe todo un campo de mitos sobre la sexualidad que aún no han sido abordados

por los estudios específicos en sexualidad y juventud. Desde nuestro de vista, se debe investigar más en profundidad sobre esta cuestión, ya que la circulación de mitos no se termina en los relacionados al uso del preservativo, sino que son transversales al ejercicio de la sexualidad y que compite con aquella que desde el Estado intenta instalarse.

Como último punto, pero no menos importante, concluiremos que “cargar la tinta” contra los jóvenes, pensándolos como intrínsecamente protagonistas de conductas de riesgo, es una oportunidad perdida para el mejoramiento de las políticas. Prestar atención a este punto, nos permitirá ampliar la mirada y buscar las razones de la lejanía entre los jóvenes y el sistema de salud también en el propio sistema, encarnado en las personas y las instituciones que lo componen.

El éxito del dispositivo, luego del proceso vivenciado en esta investigación y a tres años de su puesta en marcha, radica en la apropiación social de la herramienta, lo que solo puede ser posible si las mismas instituciones fomentan la constitución efectiva de una juventud ciudadana, abandonando la idea de una juventud problemática a la que hay que normalizar.

**Bibliografía**

Adaszko, Ariel (2005): "Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo" En: *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF/CEDES.

Alvarado, Julieta y González Crapanzano, M. Eugenia (2004): La calidad de la atención durante el intercambio comunicativo entre profesionales y usuarios/as del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas. ¿Es un factor de influencia directo para mejorar los niveles de información sobre prevención de salud sexual y reproductiva? Tesina de grado de la carrera de Comunicación Social de la Universidad de Buenos Aires. Número de registro 1439.

Amuchastegui y Rivas (2004): Los procesos subjetivos de apropiación de los derechos sexuales, notas para la discusión, México, Estudios demográficos y urbanos.

Arias Quincot, Rosario y Aramburú, Carlos (2008): Dimensiones culturales del embarazo adolescente, Lima.

Audisio, Teresita; Fragano, Mirta; González Juárez, Miriam; *et. al*, (1997): "Realidades y mitos de las relaciones sexuales (Investigación en un grupo de 847 adolescentes)" En: Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil*,* vol. 4., Nº 2, 59:64*.* Buenos Aires.

Balán, Jorge y Ramos, Silvina (1989): "La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares" En: Cuadernos CEDES Nº 29, Buenos Aires.

Barbero, Martín Jesús (1983): "Memoria Narrativa e industria cultural", en *Comunicación y cultura*, Nro. 10, México, agosto.

Barthes, Roland, (1999 [1954]): Mitologías. Decimo segunda edición en español, México, Siglo XXI Editores.

Bianco, Mabel; Pagani Laura; Re, María Inés; Correa, Cecilia (2003): Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/sida en el Gran Buenos Aires, un estudio de situación. Estudios e Informes Serie especial, No. 18. División de Políticas Culturales y de Diálogo Intercultural, UNESCO.

Bourdieu, P. (1990 [1978]) "La 'juventud' no es más que una palabra" En *Sociología y cultura*. México, Grijalbo.

Brener Alejandra y Ramos, Gabriela (2008): La adolescencia: sus derechos y prácticas de sexualidad saludable. 1ª. Edición, Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos, Buenos Aires.

Casareto, Laura Mariana (2007): Hablan los actores. Sexualidad y salud sexual en el escenario educativo. Experiencias y discursos de dos comunidades educativas en torno a la introducción de la Educación Sexual en el currículo escolar. Tesina de grado de la carrera de Comunicación Social de la Universidad de Buenos Aires. Número de registro 1802.

Chaves, Mariana (2006): "Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales 1983-2006". *Papeles de trabajo Nº 5.* Buenos Aires: IDAES.

Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (2003): Situación de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva: desde la perspectiva de las/os usuarias/os. Buenos Aires.

Feixa, Carles (1998): De jóvenes, bandas y tribus (Antropología de la juventud). Barcelona, Ariel.

Ford, Aníbal (1994): "Culturas populares y (medios de) comunicación" y "Conexiones. El conjunto 'índices, abducción, cuerpo': entre los comienzos de nuestra modernidad y la crisis actual", en *Navegaciones. Comunicación, cultura y crisis*, Amorrortu, Buenos Aires.

Foucault, Michel (1976): Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. París, Ediciones Gallimard.

Fundación Huésped y UNICEF Argentina (2005): Conocimientos, actitudes y prácticas en VIH y salud sexual y reproductiva (SSR) y uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) entre adolescentes de Argentina, Buenos Aires.

Gogna Mónica (1998): Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires, UNICEF/CEDES

Gogna, Mónica (2001): Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D. F. y San Pablo, 2001

Gogna, Mónica (2005): Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002)

Instituto de Género, Derecho y Desarrollo – INSGENAR (2010): *¿TODO BIEN?* Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Buenos Aires.

Kornblit, Ana Lía (2003): "Dimensiones de la sexualidad: prácticas y representaciones de los jóvenes varones en Argentina" En: *Varones adolescentes: géneros, identidades y sexualidades en América Latina.* UNFPA. Santiago, Chile.

Kornblit, Ana Lía (2006): Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. 1a edición, UBA, Buenos Aires

Krauskopf, Dina (2000): "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes" En: *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo*. Buenos Aires: CLACSO

López Gómez Alejandra (2005): Adolescentes y sexualidad, significados, discursos y acciones en Uruguay. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género Facultad de Psicología (UDELAR), Universidad de la República, Montevideo.

Lopez Kaufman, C.; Bagnati, E.; Saugy, A.; Gubbay, S. y Trumper, E., (1997): Correlación entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en

adolescentes. Estudio comparativo. En: Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil, vol. 4, Nº 1, 17:20. Buenos Aires.

Margulis, Mario y Urresti, Marcelo (1998): "La construcción social de la condición de juventud". En: "*Viviendo a toda". Jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades.* Buenos Aires.

Margulis, Mario y otros (2011): Juventud, cultura y sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires. Buenos Aires, Editorial Biblos.

Ministerio de Salud de la Nación (2011): Revista ¿Cuál es tu pregunta? Año 1, Número 1. Mayo 2011

Ministerio de Salud de la Nación (2011): Boletín de Salud Sexual Nº 7 disponible en http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/Boletines%202010/Boletin%20Salud%20Sexual%20N7.pdf

Morlachetti, Alejandro (2006): Políticas de Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes y Jóvenes: Un Enfoque desde los Derechos Humanos. Chile.

Olavarría y Madrid (2005): Sexualidad y paternidad en varones adolescentes de América Latina y el Caribe, UNFPA.

Pantelides, Alejandra y Cerruti, Marcela (1992): Conducta Reproductiva y Embarazo en la Adolescencia. En: Cuadernos del CENEP 4, CENEP, Buenos Aires.

Pagani, Laura; Re, Laura y Madrigal, Paloma (2001): Adolescencia, derechos sexuales y reproductivos y políticas públicas. En: Revista DeSIDAmos, Año X, Nº 1.

Palma, Irma (2002): Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. Working papers series cst/ lac no. 14. UNFPA.

Pasqualini, Diana y Llorens, Alfredo (2010): Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. 1a edición, Buenos Aires Organización Panamericana de la Salud – OPS.

Pérez Islas, Valdez González y Suárez Zozoya (2008): Teorías sobre la juventud. Las miradas de los clásicos, México, UNAM-CIIJ-Porrúa. Selección

Rego, Gladys Beatriz (2008): Los derechos de la niñez y adolescencia. Las normas y los medios de comunicación. Tesina de grado de la carrera de Comunicación Social de la Universidad de Buenos Aires. Número de registro 2041

Reguillo Cruz, Rossana (2000): Estrategias del desencanto. Buenos Aires: Norma.

Sunkel, G. (1986): "Las matrices culturales y la representación de lo popular en los diarios populares de masas: aspectos teóricos y fundamentos históricos", en *Razón y pasión en la prensa popular. Un estudio sobre cultura popular, cultura de masas y cultura política*, ILET, Santiago.

Szasz, Ivonne (2004): "El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades" En: *Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

Umansky, Roxana (2003): La salud reproductiva en la prensa gráfica. De derechos, ausencias y silencios. Tesina de grado de la carrera de Comunicación Social de la Universidad de Buenos Aires. Número de registro 1312.

Villa, Alejandro (2005): "Sexualidad, relaciones de género y de generación: perspectivas histórico-culturales en la enseñanza media del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires" En: *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*, Buenos Aires, UNICEF/CEDES.

Weller, Silvana (2000): Salud reproductiva de los/las adolescentes. Argentina 1990-1998. Área de salud, economía y sociedad, CEDES, Buenos Aires.

Weller, Silvana (2003): Si saben, ¿por qué no se cuidan? O ¿qué saben cuando no se cuidan? En*: Salud, sexualidad y VIH-sida Actualización para el debate con los docentes*. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Zangone, Lucila (2010): Debates en torno a la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: representaciones sociales de sexualidad, mujer, aborto y pobreza. Tesina de grado de la carrera de Comunicación Social de la Universidad de Buenos Aires. Número de registro 2426.

www.cnc.gov.ar

www.indec.gov.ar

www.lanacion.com.ar/171386-el-0-600-la-clave-del-dinero-facil

www.msal.gov.ar

www.telefonica.com.ar

## Anexo

| TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TARDÍA POR CADA 1000 MUJERES (15 A 19 AÑOS) SEGÚN JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE. ARGENTINA, 2011 | | |
|---|---|---|
| **Jurisdicción de residencia** | **2010** | **2011** |
| **Ciud. Aut. de Buenos Aires** | **33,7** | **34,4** |
| **Buenos Aires** | **62,9** | **64,6** |
| Catamarca | 66,0 | 66,8 |
| Córdoba | 61,4 | 59,4 |
| **Corrientes** | **79,2** | **83,4** |
| **Chaco** | **99,5** | **103,6** |
| **Chubut** | **73,0** | **71,7** |
| Entre Ríos | 74,2 | 72,0 |
| **Formosa** | **82,7** | **91,5** |
| Jujuy | 67,4 | 74,3 |
| La Pampa | 65,5 | 60,1 |
| La Rioja | 60,9 | 64,0 |
| **Mendoza** | **68,8** | **69,6** |
| **Misiones** | **85,4** | **100,0** |
| Neuquén | 72,8 | 69,2 |
| Río Negro | 73,4 | 70,9 |
| **Salta** | **73,3** | **73,2** |
| San Juan | 72,1 | 74,6 |
| San Luis | 70,2 | 66,7 |
| **Santa Cruz** | **88,7** | **80,5** |
| **Santa Fe** | **68,3** | **69,7** |
| Santiago del Estero | 75,3 | 77,1 |
| Tucumán | 73,7 | 73,2 |
| Tierra del Fuego | 51,4 | 55,1 |
| **Promedio país** | **67,4** | **68,2** |

Fuente: elaboración en base a DEIS, Estadísticas Vitales. MSAL, 2011

Observaciones: en rojo se señalan aquellas provincias que presentan más de 20 puntos sobre la media nacional. En verde, se señalan las provincias que durante 2011 presentaron un mayor volumen de llamados.

## Glosario de términos

**ACI…….. ……** Anticonceptivos Inyectables

**ACO……..** Anticonceptivo Oral

**ACOLAC……..** Anticonceptivos Orales para la Lactancia

**AHE……..** Anticonceptivo Hormonal de Emergencia

**ANMAT……..**Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

**CIPD……..** Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

**DIU……** Dispositivo Intrauterino

**ETS……...** Enfermedades de transmisión sexual

**ITS……..** Infecciones de transmisión sexual

**MAC……...** Método Anticonceptivo

**MSAL……..** Ministerio de Salud de la Nación

**OMS……...** Organización Mundial de la Salud

**OPS……....** Organización Panamericana de la Salud

**PNSSyPR……** Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

**SIDA……...** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

**SUATS……...** Sistema Único de Atención Telefónica en Salud

**UNICEF……..** Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

**VIH……..** Virus de la Inmunodeficiencia Humana