

# Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente

Susana Checa \*

El análisis de las imposiciones familiares, culturales y sociales convoca a debatir acerca de cómo cuidar la salud de los adolescentes y enseñarles cuáles son sus derechos al respecto.

En este artículo se aborda el tema de la sexualidad adolescente desde la multiplicidad y complejidad de factores que la rodean.

En una primera parte se hace una breve referencia a esta problemática como un campo en el que se entrelazan varios significados y en el que el imaginario de género adquiere una importancia relevante. El siguiente punto está destinado a interpretar información sobre esta cuestión, así como a comentar algunos hallazgos de investigaciones recientes realizadas con adolescentes de bajos recursos.

Finalmente, una tercera parte está referida al tema de los derechos de los/las adolescentes y al debate aún no resuelto de la educación sexual en las escuelas y su incidencia en las políticas públicas destinadas a esta población.

## **Formación de identidad**

La sexualidad y el cuerpo como cuerpo sexuado conforman los ejes en los que confluyen aspectos que hacen a la vida cotidiana de las personas. Refleja por tanto la diversidad y multiplicidad de formas en que se asume la sexualidad atravesada por aspectos referidos a la construcción de la identidad y la subjetividad, en las que inciden decisivamente factores como la pertenencia de género, familiares, culturales, sociales, éticos y psicológicos, entre otros.

Como señala la mayor parte de la literatura que se ocupa del tema, la sexualidad es una construcción social con diversas manifestaciones modeladas por la cultura, la etnia, el grupo étnico y el sexo.

La sexualidad sólo existe a través de sus formas sociales y su organización social. Además, las fuerzas que configuran y modelan las posibilidades eróticas del cuerpo varían de una sociedad a otra, [...] la sexualidad es algo que la sociedad produce de manera compleja. Es un resultado de distintas prácticas sociales que dan significado a las actividades humanas, de definiciones sociales y autodefiniciones, de luchas entre quienes tienen el poder para definir y reglamentar contra quienes se resisten. La sexualidad no es un hecho dado, es un producto de negociación, lucha y acción humanas. (Weeks, 1998)

En el caso de la etapa de vida de las personas caracterizada como *adolescencia* la sexualidad cobra crucial importancia ya que, a lo largo de la misma, la experiencia sexual adquiere ribetes de profunda significación vinculados tanto a las transformaciones de orden hormonal que obran sobre el cuerpo, como a los mandatos culturales de género, éticos y/o religiosos que inciden sobre la asunción y las expresiones de la sexualidad. Las expectativas acordes al género operan de manera decisiva en la iniciación sexual de los/las adolescentes. Junto a los condicionamientos familiares, los comportamientos más frecuentes están definitivamente influenciados por el contexto espacial, histórico, económico y sociocultural en el que se desenvuelven (Checa, 2003).

Durante esta etapa, la definición de la identidad sexual y la ubicación de género son claves en el desarrollo de esta franja etaria expresadas en estereotipos tradicionales asignados a los distintos géneros.<sup>1</sup> Si bien estos estereotipos han experimentado cambios en las últimas décadas, aún se mantienen modelos asentados en las culturas occidentales y patriarcales con rasgos históricos en el imaginario femenino y masculino. En estas se adjudican al varón valores inherentes a una sexualidad activa, independiente y heterosexual, con un inicio temprano de las relaciones sexuales, instancia en la que el ejercicio del sexo supone el pasaje a la etapa adulta y madura. La noción de *virilidad* se impone cultural y socialmente desde los mandatos familiares y de pares, en los que los valores fundamentales se centran en la capacidad de procrear y ser sostén económico de la familia.<sup>2</sup>

En el caso de los varones las expectativas y presiones de su entorno les exigen cumplir con estos requerimientos para ajustarse a los patrones de género esperados. Por el contrario, en las mujeres, la expectativa se centra en una sexualidad deserotizada y organizada para la procreación. Para Lagarde (1994), en las mujeres la sexualidad está escindida entre la procreación y la experiencia sexual: “sobre ella se erigen la maternidad y el erotismo como complejas construcciones históricas. Es una sexualidad escindida que antagoniza y descalifica en su autonomía a la maternidad y al erotismo. Los presenta naturalmente unidos al subsumir al erotismo estigmatizado, en la maternidad magnificada”.

Desde la infancia, las mujeres están prefiguradas para la procreación, los cuidados maternales y la satisfacción de los deseos sexuales y requerimientos masculinos. Para ellas el ingreso a la adolescencia está marcado, junto a las transformaciones sobre su cuerpo, por la aparición de la menarca. La menstruación irrumpe en sus vidas con una compleja carga en el nivel físico y emocional debida, en parte, a que muchas adolescentes tienen desconocimiento sobre el origen y regularidad del ciclo menstrual atribuyéndole contenidos vergonzantes coincidentes con el imaginario social. La familia y el entorno social le otorgan un particular significado cuando califican dicha situación con apelativos que le imponen de manera drástica una ruptura inevitable con la infancia: “ya sos una señorita” (Faur, 2003). En muchos sectores sociales esta afirmación está vacía de contenido ya que no la vinculan explícitamente a la potencialidad reproductiva que implica la menarquía. Esto se expresa en el desconocimiento que tienen muchas adolescentes –sobre las relaciones sexuales– por el que crean mitos referidos a que un embarazo no es posible en las primeras relaciones sexuales. Inclusive la mención de la menstruación oculta su naturalidad con denominaciones confusas y vinculadas con la enfermedad: “me enfermé”; “me indispuse”.

En la adolescencia existen diversas fuentes de información e incorporación de pautas de comportamiento que de manera alternativa o confluyente se potencian u oponen: la familia, las instituciones educativas y los pares son las más significativas, con valores muchas veces contrapuestos que generan, en múltiples casos, fuertes ambivalencias.

En el campo de la sexualidad, los y las adolescentes enfrentan diversos obstáculos como son la estigmatización familiar y social sobre su ejercicio, las relaciones de género y las dificultades para tramitar con el varón los cuidados anticonceptivos, la escasa promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la discriminación por edad, género y orientación sexual, la falta de oportunidades de educación y trabajo, así como las prácticas institucionales violentas de disciplinamiento y represión. Estos factores conforman un entramado que ubica a esta población –especialmente a los más carenciados– como uno de los grupos de alta vulnerabilidad.

Desde las políticas públicas puede afirmarse que existe una particular desatención de la problemática adolescente expresada en los discontinuos e insuficientes programas de prevención en educación sexual a cargo de efectores públicos de educación y salud. Esto da lugar a circuitos de información alternativa que pueden derivar en situaciones de riesgo para la salud de los/las adolescentes tales como embarazos involuntarios, abortos realizados en malas condiciones sanitarias, contagios de infecciones de transmisión sexual (ITS), virus de inmunodeficiencia humana (VIH) / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o maternidades forzadas.

### **La salud sexual y reproductiva**

Los trabajos que analizan la sexualidad adolescente coinciden en considerarla como una construcción social, cultural y simbólica y destacan la significación que tiene la identidad de género como un factor que incidirá decisivamente en su futura vida adulta.

La sexualidad rebasa al cuerpo y al individuo: es un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos, y a las relaciones sociales, a las instituciones, y a las concepciones del mundo –sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, éticas diversas, lenguajes–, y, desde luego, el poder; [...] en este sentido la sexualidad es un atributo de los sujetos, de la sociedad y de las culturas, de sus relaciones sociales, sus estructuras, sus instituciones, y de sus esferas de vida. (Lagarde, 1997)

Varias de las investigaciones sobre sexualidad adolescente<sup>3</sup> dan cuenta de la disociación existente entre conocimiento/información y prácticas anticonceptivas regulares y seguras, disociación que tiene serias consecuencias sobre la salud y la sexualidad de esta población. El preocupante aumento de los egresos hospitalarios por aborto para el conjunto de las mujeres en edad fértil –cerca del 50% tan sólo en 5 años– tiene fuerte incidencia entre las adolescentes (14,6% entre 10 y 19 años) y responde, por un lado, a la falta de acceso a servicios de salud y educación que les permitan el control de su cuerpo y su sexualidad y, por otro lado, a implicancias en la subjetividad de las adolescentes que no son especialmente consideradas. También las muertes maternas presentan índices alarmantes: en 2003, el 11,5% de estas correspondió a mujeres entre 10 y 19 años;

de ellas, el 20% fue como consecuencia de abortos (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, diciembre de 2004).

La exclusión social y económica, que desde casi tres décadas repercute en el conjunto de la sociedad, adquiere mayor gravedad entre los adolescentes, haciéndolos más vulnerables. En la Argentina, el 20% de la población está comprendida entre los 10 y los 19 años (más de 6 millones) y el 88,4% reside en áreas urbanas (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2000). Los niños y adolescentes (menores de 18 años) bajo la línea de pobreza constituían el 67,9% en junio de 2002; de ellos, el 33,9% era indigente (Unicef, 2002). También un indicador relevante son los adolescentes que se encuentran al margen de actividades que les permitan una futura inserción como ciudadanos autónomos y les posibiliten su integración social, como el estudio y/o el trabajo. Información proveniente de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (Indec) señala que en mayo de 2001, de los adolescentes entre 13 y 17 años que habitaban grandes áreas urbanas del país, el 8,6% no estaba inserto en el sistema educativo y la mitad aproximadamente tampoco trabajaba (Unicef, 2001). Las crisis colectiva y subjetiva individual que caracterizan la adolescencia confluyen y se condicionan mutuamente. Al estar fuera de su alcance la inserción en estructuras educativas o laborales, se ven privados de anclajes y guías continentales necesarios para la construcción de su subjetividad (Efrón, 1996). En esta situación predominan las conductas impulsivas apoyadas en estereotipos de género naturalizados. Entre ellas, el ejercicio de la sexualidad sin considerar las consecuencias para sí mismos y para los otros encuentra su expresión en la salud de los/las adolescentes. Basta mencionar temas como el embarazo en la adolescencia, el aborto y el VIH -sida u otras ITS.

El embarazo es uno de los problemas de este grupo etario ya que es alto comparado con el nivel general de fecundidad del país, caracterizado como de fecundidad moderada entre los países de la región. La información proporcionada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación indica que en 2001 la tasa de fecundidad adolescente (15 a 19 años) era de 59,70%. La relación egresos por parto y aborto en esta misma franja y período fue de 6,53%.

A escala nacional, en el año 2003 aproximadamente el 14% de los partos correspondió a menores de 20 años. Este promedio esconde, sin embargo, una fuerte heterogeneidad según el nivel de desarrollo de las distintas provincias. Mientras que en la ciudad de Buenos Aires el 6% de los partos pertenece a adolescentes, en provincias como Chaco asciende al 23%; Jujuy, Salta y la Rioja se ubican todas por arriba del promedio nacional entre el 15 y el 20%. Inclusive en la ciudad de Buenos Aires se asiste a esta fuerte heterogeneidad, ya que el promedio del 6% es superado en las áreas de mayores índices de pobreza con promedios entre el 8 y el 9%.

El embarazo y la maternidad precoz afectan principalmente a las jóvenes más vulnerables: las adolescentes embarazadas o madres tienen menor instrucción y mayor participación en la actividad económica que las no embarazadas o sin hijos (INDEC, 1996). Otro riesgo grave en esta etapa es el contagio del VIH-sida, que tiene alta incidencia en los menores de 25 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el VIH-sida se expande rápidamente entre las mujeres de 15 a 24 años que, en promedio, se contagian de 5 a 10 años más jóvenes que los varones.

Una investigación en curso sobre sexualidad en adolescentes varones y mujeres de sectores populares (en el marco del Programa Vigía) abordó la problemática de la sexualidad en aquellos que viven en una villa de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires con elevados índices de pobreza, y focalizó su objetivo en examinar las actitudes y comportamientos de adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 19 años, con respecto al imaginario construido sobre la sexualidad, las prácticas sexuales y los cuidados preventivos en su ejercicio. Para ello, con la aplicación de instrumentos cualitativos, indagó sobre los conocimientos, percepciones, representaciones y estereotipos de género que, al momento del análisis, se traducen en comportamientos diferenciales en el ejercicio de la sexualidad: algunos/as desarrollan conductas preventivas mediante la anticoncepción para evitar embarazos no programados y protegerse de infecciones de transmisión sexual –VIH-sida–, unas/os optan por la maternidad y/o paternidad ya sea voluntarias o no, y otras abortan.

Mediante una tipología que clasificó a los/las adolescentes estudiados en una escala de integración-exclusión, algunos de los hallazgos establecieron que, en un medio de altas carencias compartidas por los habitantes de esta villa, un número de adolescentes está integrado y tiene proyectos de vida que incluyen estudios y/o trabajo, posponen el inicio de su vida sexual hasta pasados los 16 años y los ya iniciados consultan sobre sexualidad y prevén embarazos involuntarios. Si bien toman alcohol durante los fines de semana, la mayoría no ha probado drogas y teme sus consecuencias. Estos/as adolescentes pertenecen generalmente a familias más estructuradas (familia tipo); varios de ellos son inmigrantes de países limítrofes. En el otro extremo,<sup>4</sup> algunos adolescentes de familias altamente desestructuradas y, según los relatos de los entrevistados/as, con complejos modos de conformación, no estudian ni trabajan y muchos de ellos se encuentran al margen de las inserciones institucionales del lugar (escuelas, parroquias, clubes de jóvenes, comedores comunitarios, etc.). La mayoría consume bebidas alcohólicas y drogas, a las que tienen fácil acceso; las relaciones sexuales, circunstanciales o no, son mayoritariamente desprotegidas; inclusive en esta pequeña muestra relatan que ellos o su entorno de pares han contraído el VIH-sida u otras infecciones de origen sexual. Viven fundamentalmente situaciones de mucha violencia entre pares o con la policía y con frecuencia pasan algunos períodos presos.

Estas/os adolescentes, aunque tengan esporádicamente alguna inserción laboral, institucional o social, manifiestan conductas de riesgo vinculadas a la droga o a la delincuencia, que los ubican en el grupo más vulnerable. Entre las mujeres, varias de ellas ya son madres o están embarazadas a partir de los 13 o 14 años, pero según sus propios testimonios, la maternidad o el embarazo les cambia sus hábitos y son particularmente cuidadosas con sus hijos.

Este proyecto propuso generar en esta población una estrategia comunicacional como forma de involucrar a los y las adolescentes en el cuidado preventivo de su sexualidad mediante mensajes producidos por ellos mismos y difundidos por una radio comunitaria de la villa y entre pares.

### **Derechos sexuales y reproductivos**

En el país existe un conjunto de normativas legales orientado a atender la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Sin embargo, hay una fuerte disociación entre lo escrito en dichas

normativas y su implementación. La Ley N° 418 de Salud reproductiva y procreación responsable, promulgada en el año 2000 en la ciudad de Buenos Aires, consolida el marco legal para el programa y permite replantear sus objetivos y estrategias. En relación con la población adolescente, entre sus objetivos señala: “Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada”. Entre las acciones propone otorgar información completa y adecuada y asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular.

Desde 1999, la Ley N° 114 por los Derechos de niñas, niños y adolescentes, en el artículo 23, propone la protección de la salud. Para garantizar el disfrute del nivel más alto de salud, el gobierno debe adoptar medidas para “desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación al grupo familiar conviviente, la educación en materia de salud sexual y reproductiva, tendientes a prevenir el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual”.

La Ley nacional N° 25.673 de Salud sexual y procreación responsable –sancionada en 2002 y que crea el programa nacional que la implementa– es el marco legal imprescindible para ejercer los derechos de varones y mujeres a la salud sexual y reproductiva. Mediante la información y el abastecimiento de insumos anticonceptivos, las personas pueden decidir de manera autónoma e informada tener o no hijos, cuántos y con qué intervalo intergenésico adecuado. Uno de los puntos que mayor controversia generó fue el relativo a los adolescentes: mientras que la Iglesia y los sectores conservadores postularon que los adolescentes no podían recibir asesoramiento y métodos anticonceptivos sin la autorización de los padres, la ley, con el aval de instituciones de salud, educativas y de gran parte de la sociedad civil, impulsó que se apoye a los adolescentes para concurrir a estos servicios aun sin sus padres o tutores como un derecho incluido en la ley.

Además, cabe recordar que la Argentina es signataria de dos de los instrumentos internacionales: por un lado, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Cedaw) aprobada por la Asamblea General de la ONU de 1979<sup>5</sup> y que en el país tiene carácter constitucional desde 1994. Este tratado, en su artículo 16 inciso e, establece los derechos sexuales y reproductivos e indica el “acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”. Por otro lado, la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), sancionada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989. Es oportuno señalar que la CIDN es el primer tratado internacional que reconoce los derechos reproductivos de los y las adolescentes: en el artículo 24 inciso 2F establece la necesidad de “desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia” (Checa, 2003; Faur, 2003). Desde la reforma constitucional de 1994 esta convención tiene jerarquía constitucional en el país.<sup>6</sup>

Por otra parte, la Argentina es signataria y ha suscripto las plataformas de acción de dos conferencias internacionales: la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en 1994 en El Cairo, y la Conferencia sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, que explícitamente se expiden sobre la necesidad de proteger la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

La plataforma de acción de El Cairo, en su punto e, párrafo 7.41, señala:

Hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo. La respuesta de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a estos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular debería facilitarse a los adolescentes 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.

En otro de sus puntos se convoca a los gobiernos y a la sociedad civil en su conjunto a generar acciones positivas para la atención de esta población:

Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Estos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del sida (punto 7.47).<sup>7</sup> Deberían establecerse programas para la prevención y tratamiento de los casos de abuso sexual e incesto, así como otros servicios de salud reproductiva.

### **¿Qué pasa en las escuelas?**

Un tema polémico en el país es el de la educación sexual en las escuelas. Para abordar adecuadamente la problemática de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes urge que en los establecimientos educativos la educación sexual sea incorporada a la currícula escolar. Si bien la ley nacional prevé que se brinde educación sexual en las escuelas, no obliga a las instituciones privadas o confesionales a incluirla –planteo que fue llevado adelante por la Iglesia católica y contemplado en la ley–, en las instituciones educativas públicas no se la aplica y en la mayoría de las provincias no se dicta ninguna materia en relación con la educación sexual, a pesar de ser una demanda sentida de manera amplia y generalizada en la sociedad.

Uno de los proyectos de ley de la ciudad de Buenos Aires, presentado a la legislatura en el año 2004, propone que la educación sexual sea materia obligatoria en las escuelas porteñas desde el nivel inicial. Esta propuesta, aprobada en la Comisión de Educación de la legislatura, tuvo su contrapartida en otro proyecto de ley presentado por un sector más conservador. Mientras que el primero establece que la educación sexual debe impartirse desde el preescolar y deben determinarse los lineamientos, la otra iniciativa considera que debe darse desde 7° EGB y que en la elaboración de sus contenidos, las escuelas deben participar y consensuar con los padres. El proyecto no logró la mayoría necesaria en la legislatura de manera que en 2005 se presenta nuevamente.

La educación sexual que se brinde a niños y adolescentes es un tema crucial porque, en el marco de la difusión de los derechos reproductivos, contribuye de manera sustantiva a prevenir los preocupantes problemas de salud de esta franja poblacional. Problemas que se manifiestan en embarazos precoces e

involuntarios; en abortos provocados que, realizados en la clandestinidad, ocasionan muerte o infertilidad; en enfermedades físicas y psíquicas o en infecciones de transmisión sexual, entre las que el VIH y el sida causan estragos y son motivo de discriminación. De allí la necesidad de brindar una educación sexual integral, con perspectiva de género, basada en la defensa de los derechos a la información y a la atención oportuna, en las prestaciones de calidad y en el respeto por la confidencialidad y la privacidad tan necesarias en esta etapa vital.

### Notas

- <sup>1</sup> Nos referimos al género como la categoría analítica referida a la simbolización y construcción de lo que es propio de los varones y lo que es de las mujeres. Constituye un cuerpo de ideas, representaciones, prácticas y normativas sociales internalizadas en los individuos. Es así un elemento básico de la cultura. Si bien se asienta en la diferencia biológica, la asignación cultural y social de una identidad sexual es más importante que la carga cromosómica, genética y hormonal. Algunas definiciones del concepto de género ponen el acento en la dimensión simbólica que otorga la cultura (Lamas, 2002). Otras enfatizan la desigualdad de poder que se asienta sobre esta construcción cultural. Pero todas las definiciones coinciden en que el género involucra construcción de identidades en el terreno simbólico en el orden social y que se manifiesta en relaciones sociales jerarquizadas destacando su aspecto relacional.
- <sup>2</sup> Según Infesta Domínguez (2002) la noción de virilidad desarrollada por Gilmore aparece con fuerza en el discurso adolescente como aquel atributo que marca la diferencia básica entre varones y mujeres.
- <sup>3</sup> Investigación “Sexualidad en la adolescencia: un estudio de las representaciones y prácticas sexuales en la villa 20 de la ciudad de Buenos Aires”. Ubacyt 2004-05. Proyecto Prevención y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes en un barrio de escasos recursos. Programa Vigía, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2004-05. Ambos en ejecución. [Ver Geldstein y Pantelides, 2001; Zamberlín, 2003].
- <sup>4</sup> Fue muy difícil lograr estas entrevistas ya que los/las adolescentes que integran este grupo de mayor riesgo encuentran menor disponibilidad para ser entrevistados por su misma inserción social marginal.
- <sup>5</sup> En el artículo 10 inciso h de la Cedaw se establece: “Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre la planificación de la familia”. La Cedaw fue incorporada a la Constitución nacional en 1994.
- <sup>6</sup> La República Argentina sancionó la Convención sobre los Derechos del Niño como Ley nacional No 23.849 en 1990 y la incorporó al artículo 75 inciso 22 en la reforma constitucional de 1994.
- <sup>7</sup> En el Programa de Acción de la CIDP de El Cairo, en los puntos 7.41; 7.45 al 7.47 y en la Plataforma de Beijing, los puntos 83 l; 106m; 107 e-g; 108 k, 108 l; 267; 281 e-g, son los más específicos.

## Bibliografía

- Checa, Susana, “Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente”, en Checa, Susana (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Efrón, Rubén, “Subjetividad y adolescencia”, en Konterlink, I. y Jacinto, C., *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo*. Buenos Aires, Losada-Unicef, 1996.
- Faur, Eleonor, “¿Escrito en el cuerpo?”, en Checa, Susana (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Geldstein, Rosa y Pantelides, Alejandra, *Riesgo reproductivo en la adolescencia: desigualdad social y asimetría de género*. Buenos Aires, Unicef, 2001.
- Infesta Domínguez, Graciela, “Adolescencia hoy: ¿divino tesoro?”, en *Revista Encrucijada*, año II, n° 16. Buenos Aires, UBA, 2002.
- Lagarde, Marcela, “Maternidad, feminismo y democracia”, en Lagarde, Marcela, *Repensar y politizar la maternidad: un reto de fin de milenio*. México, Grupo de Educación Popular con Mujeres, 1994.
- Lamas, Marta, *Cuerpo, diferencia sexual y género*. México, Taurus, 2002.
- Ministerio de Salud y Ambiente, *Adolescencia. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, septiembre de 2000.
- Ministerio de Salud y Ambiente, *Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica–2003*. Buenos Aires, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, diciembre de 2004.
- Unicef, *Salud materno-infantil en cifras. Grandes regiones urbanas*. Buenos Aires, Unicef, mayo de 2001.
- Unicef, *Salud materno-infantil en cifras*. Buenos Aires, Unicef, junio de 2002.
- Unicef, *Salud materno-infanto-juvenil en cifras*. Buenos Aires, Unicef, 2003.
- Weeks, Jeffrey, *Sexualidad*. México, Paidós, 1998.
- Zamberlín, Nina, *Salud Reproductiva y Reforma del Sector Salud en Argentina. Centro de Estudios de Estado y Sociedad*. Buenos Aires, mimeo, 2003.

\* Socióloga, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Directora de investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en Ubacyt, programa Vigía del Ministerio de Salud y Dirección General de la Mujer. Miembro del Foro por los Derechos Reproductivos.  
Co-coordinadora del Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (Conders).