

IDENTIDAD DE GÉNERO Y SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA EN LAS CONSULTAS DE ADOLESCENTES EN SERVICIOS DE SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

GENDER IDENTITY AND SEXUAL REPRODUCTIVE HEALTH CONSULTATIONS IN TEENS HEALTH SERVICES IN THE CITY OF BUENOS AIRES

Tajer, Debora¹; Reid, Graciela B.²; Salvo Agoglia, Irene³; Lo Russo, Alejandra⁴

RESUMEN

La investigación UBACyT 2013/16 "Equidad de Género en la Calidad de la Atención en adolescencia" intenta avanzar en la identificación de sesgos de género en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas de los/las miembros/as del equipo de salud que atienden adolescentes, que pudieran tener impactos en la calidad de la atención. Para ello, se realizó un análisis de los componentes profesional-adolescente-familia en la toma de decisiones diagnósticas, con el propósito de identificar factores diferenciales por género y por sector social, ligados a la demanda de familias y adolescentes, que pudieran producir sesgos en las decisiones diagnósticas y terapéuticas, con el fin de contribuir a mejorar la equidad de género en la calidad de la atención. En una primera publicación (Tajer D., Reid, G. Ceneri, E. & Solis, M., 2014), se presentaron los antecedentes, el marco teórico y los aspectos metodológicos. En una segunda (Tajer D., Reid G. Lo Russo, Salvo Agoglia I., 2015) se presentaron los avances respecto del diseño de las entrevistas y de la construcción de indicadores de calidad de atención en la adolescencia desde una perspectiva de género y salud colectiva. En esta tercera publicación se decidió presentar información preliminar del análisis de las entrevistas para lo cual se escogieron los datos de dos (Argerich y Gutierrez) de las siete instituciones relevadas¹ y dos de los ejes ("trastornos" de la identidad de género y salud sexual y reproductiva) de los siete relevados².

Palabras clave:

Adolescencia - Identidad de Género - Salud Sexual y Reproductiva - Servicios de Salud

ABSTRACT

The research UBACyT 2013/16 "Gender Equity in Quality of HealthCare in adolescence" attempts to advance in identifying gender biases in making diagnostic and therapeutic decisions / member / as health team serving adolescents that could have an impact on the quality of care. To do this, an analysis of the pro-teen-family component was performed in making diagnostic decisions, in order to identify differential factors by gender and social sector, linked to the demand of families and adolescents, that could cause biases in diagnostic and therapeutic decisions in order to help improve gender equality in the quality of care. In a first publication (D. Tajer, Reid, G. Ceneri, E. & Solis, M., 2014), the background, the theoretical framework and methodological aspects are presented. In a second (Tajer D., Reid G. Lo Russo, Salvo Agoglia I., 2015) presented progress on the design of the interviews and construction of indicators of quality of care in adolescence from a gender perspective and collective health. In this third publication it was decided to present preliminary information from the analysis of the interviews for which data from two (Argerich and Gutierrez) of the seven institutions surveyed and two axes were chosen ("disorders" of gender identity and sexual health and reproductive) of the seven surveyed³.

Key words:

Adolescence - Gender Identity - Sexual and Reproductive Health - Health Services

¹Hospitales Gutiérrez, Argerich, Tornú, Álvarez, Italiano, Clínica Bazterrica, CESAC 29

²Morbimortalidad diferencial por causas externas (accidentes, violencia, suicidios), noviazgos violentos, consumo abusivo de sustancias y alcohol, tabaquismo, nutrición, salud sexual y reproductiva (maternidad-paternidad, ITS, VIH, embarazo y permanencia en la escolaridad), trastornos en la identidad de género y relaciones con el sistema de salud.

³differential morbidity and mortality from external causes (accidents, violence, suicides), dating violence, substance abuse and alcohol, smoking, nutrition, sexual and reproductive health (maternity and paternity, STIs, HIV, pregnancy and staying in school), disorders gender identity and relations with the health system

¹Profesora Adjunta a cargo de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género. Directora de Proyectos UBACyT de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género. Profesora Adjunta regular Cátedra Salud Pública/Salud Mental II, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: dtajer@psi.uba.ar

²Lic. en Psicología, Universidad J.F. Kennedy. Maestría en Psicoanálisis de la UNLaM y Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados (en producción). Psicoanalista Clínica.

³Licenciada en Psicología, Universidad de Chile. Doctora en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Investigadora UBACyT de la Cátedra de "Introducción a los Estudios de Género" de la Facultad de Psicología (UBA). Académica Escuela de Psicología, Universidad Central, Chile.

⁴Licenciada en Psicología. UBA. Master en Ciencias Sociales con mención en Salud (FLACSO/CEDES) con Tesis Distinguida en la temática de Infancia y Género. Docente e Investigadora de la Cátedra Introducción a los Estudios de Género desde 1998 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Formada del Equipo UBACyT.

Salud adolescente y equidad de género. Avances y brechas en políticas públicas y programas en Argentina

Se considera que la adolescencia se ubica en el grupo etario entre 10 y 19 años de edad (OMS/OPS, 2008)⁴. Algunos/as autores/as sugieren incorporar además de éste criterio, a los factores sociales (Villa, 2007; Checa, 2008) y subjetivos (Janin, 2004; Fernández, 2009; Alkolombre, 2011) involucrados en esta categoría. En Argentina, esta población representa casi una quinta parte de la población total (17,6%), siendo el grupo poblacional más numeroso. Su composición por sexo no muestra diferencias significativas, dado que de cada 100 adolescentes, 51 son varones y 49 mujeres (INDEC, 2011).

En coherencia con los principios de los Derechos Humanos y los estándares internacionales, durante la última década se han impulsado en Argentina políticas públicas que garantizan el derecho de los/as adolescentes a acceder a la atención en el sistema de salud a partir de los 14 años de forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un/a adulto/a y asegurando la confidencialidad⁵. Se destaca en ese sentido la creación del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) del Ministerio de Salud, que incorpora una perspectiva integral de la salud que incluye los determinantes sociales que influyen en ella y encuadra constitucionalmente sus acciones desde la concepción de la salud como un derecho humano y social. Asimismo, el PNSIA se propone reducir algunas barreras que impiden el acceso de los/as adolescentes a los servicios de salud del país, sensibilizando a los/as profesionales de la salud y promoviendo el desarrollo de servicios de salud amigables y de calidad en miras a una atención integral de patologías y/o situaciones frecuentes en esta etapa de la vida.

Existe consenso internacional en afirmar la necesidad de incorporar la perspectiva de género a lo largo del ciclo vital en la promoción y la atención de la salud (OMS, 2007; OMS/OPS, 2008; OMS, 2015), siendo la adolescencia un período fundamental. El enfoque de género brinda elementos para entender mejor los procesos de salud-enfermedad-cuidados, incorporando tres niveles de análisis: 1) Las diferentes maneras en que los/as niños/as y adolescentes tienen problemas de salud asociados a sus roles de género, 2) La manera distinta en que se proveen servicios a niños/as y adolescentes, conocida como “disparidades de género” y 3) La manera en que los/as proveedores/as de servicios debieran considerar los roles de género y su impacto sobre la salud para dar una mejor atención (Mercer et al., 2008).

⁴El mismo documento (OMS/OPS, 2008) define como juventud al grupo entre 15 y 24 años. Algunxs autorxs recomiendan subdividir al grupo de 10-19 años en los subgrupos 10-14 (adolescencia temprana), 15-19 (adolescencia tardía) y juventud al grupo 20-24 años.

⁵La Convención de los Derechos del Niño (CDN), la Ley N°26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley N°25.673 de Salud Sexual y Procreación responsable, la Ley N°26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, la Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743, forman parte de este cuerpo normativo.

Pese a los múltiples avances identificados, los sistemas de atención de la salud, continúan evidenciando brechas claves en materia de género y salud en la adolescencia (Sen & Östlin, 2007) en tanto que ni los marcos normativos ni las políticas públicas *per se* aseguran la modificación inmediata de representaciones y prácticas tradicionales arraigadas en aquellas instituciones donde se efectivizan estos derechos (Maceira, 2012). Dado que la perspectiva de derechos no implica la adhesión inmediata en los equipos de salud, en tanto que los prejuicios, concepciones y creencias de los/as profesionales de este ámbito constituyen un tipo de barreras más difíciles de reconocer y revertir (UNFPA-INSGENAR, 2010). En función de estos desafíos, este estudio tuvo por objetivo explorar y analizar desde una perspectiva de género y de salud colectiva los imaginarios profesionales⁶ de los/as integrantes de los equipos de salud respecto de diversas demandas de salud de la población adolescente atendida en Servicios de Pediatría o en Programas de atención de adolescencia pertenecientes a Hospitales Públicos, Clínicas Privadas y Hospitales de Comunidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los ejes indagados fueron: morbimortalidad diferencial por causas externas (accidentes, violencia, suicidios), noviazgos violentos, consumo abusivo de sustancias y alcohol, tabaquismo, nutrición, salud sexual y reproductiva (maternidad-paternidad, ITS, VIH, embarazo y permanencia en la escolaridad), “trastornos” en la identidad de género y relaciones con el sistema de salud. De los cuales se eligieron dos, salud sexual y reproductiva y “trastornos” en la identidad de género, para este artículo a modo de información preliminar de lo relevado. Y debido al gran interés que en la actualidad presentan estas temáticas. Se decidió asimismo cotejar la información de solo dos centros de los siete relevados a modo de adelanto de información.

Metodología

La investigación utilizó un enfoque cualitativo y un tipo de diseño exploratorio-descriptivo. La muestra fue de tipo finalístico y se escogieron casos paradigmáticos del perfil seleccionado. Las unidades de análisis estuvieron conformadas por miembros/as de los equipos de salud que atienden adolescentes (médicos/as pediatras, generalistas y psiquiatras; nutricionistas, enfermeros/as y psicólogos/as), así como informantes claves especializados en la materia. El trabajo de campo fue realizado en 7 Servicios de Pediatría y/o programas de atención de la adolescencia pertenecientes a Hospitales Públicos, Clínicas Privadas y Hospitales de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales para este artículo se ha decidido es-

⁶Se refiere a los universos de sentido de un grupo profesional en particular. Alude a las naturalizaciones que rigen los sistemas de creencias, certezas teóricas y/o técnicas que configuran los valores, sensibilidades, criterios éticos y estéticos, pautas conductuales y actitudinales de su hacer/pensar cotidiano del oficio en un determinado momento histórico-cultural. Los profesionales involucrados suelen no tener registro consciente cuando actúan desde sus imaginarios profesionales; en general creen que están operando sólo desde sus conocimientos científicos (Tajer D, Fernandez AM et al., 2014).

coger el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich-Programa de Red Adolescencia y el Hospital General Ricardo Gutiérrez-Servicio de Adolescencia.

Herramienta de producción de información

Se elaboró una pauta de entrevista semi-estructurada. Se organizó la indagación en base a 7 ejes temáticos: 1) Epidemiología diferencial por género; 2) Violencia; 3) Consumo problemático de sustancias (alcohol, drogas y tabaco); 4) Nutrición; 5) Salud Sexual y Reproductiva; 6) Identidad de género y 7) Calidad de atención respecto de estándares en servicios amigables para adolescentes. Para este trabajo se han escogido los ejes 5 y 6. En todos los ejes se exploró transversalmente el grado de incorporación de la perspectiva de género en el ámbito científico-académico; los imaginarios profesionales y los aspectos relativos a la demanda de las familias y los/as adolescentes que podrían tener implicancias en la toma de decisiones y en la conducta profesional.

Procedimiento

Se realizaron 34 entrevistas a profesionales de los equipos de salud de los servicios seleccionados incluyendo consentimiento informado para garantizar los aspectos éticos.

Análisis de la información

Las entrevistas fueron analizadas mediante el método de análisis de contenido (Bardin, 1991; Iñiguez, 2008), el que permite a partir de datos textuales y descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existen entre éstas en función de criterios preestablecidos (Iñiguez, 2008).

Resultados

Se presentan las principales categorías construidas a partir de los hallazgos obtenidos respecto del eje 5 relacionado con Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y el eje 6, sobre Identidad de Género, en Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich y el Hospital General Ricardo Gutiérrez. Los servicios escogidos para este artículo fueron en base a sus características distintivas. Dado que el primero, es altamente reconocido por su especialidad en salud sexual y reproductiva adolescente y el segundo, por su expertiz en la articulación entre la salud adolescente y la salud mental.

Imaginarios profesionales respecto de las demandas sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en adolescentes

Del cuidado de la mujer al “cuidarse unos/as a otros/as”.

En lo relativo a la SSR, las principales demandas que se presentan en ambos servicios son de anticoncepción. Refieren que mayoritariamente son las mujeres y muy poco los varones quienes consultan, lo cual influye en que desde un inicio la mujer se vuelva sujeto de la atención y

no les sea posible acceder a la atención de los varones. Una entrevistada refiere que el discurso biomédico refuerza el centramiento en la atención de la mujer: “*Las mujeres consultan más que los hombres y desde el discurso médico se ve a la mujer cuando es sexualmente activa para cuidar que no se embarace*”. Otra entrevistada señala que, hay casos en que las adolescentes vienen acompañadas o “ellos/as” convocan a los varones lo cual resulta positivo. Pero esta situación es minoritaria, por lo general, los varones no solicitan anticoncepción. Ante esta realidad, los equipos prefieren garantizar que la adolescente que consultó se vaya protegida con algún dispositivo de anticoncepción seguro como el DIU: “*porque lo importante es que se vaya del sistema de salud protegida y no cometa el mismo error*”. Esta reflexión representa los dilemas que se presentan en las atenciones en salud sexual y reproductiva con adolescentes. Por una parte, la responsabilidad del/a profesional de la salud de proporcionar un cuidado preventivo y por otra parte, tomar decisiones en el tratamiento que reproducen prácticas médicas hegemónicas y refuerzan de forma no consciente la des-responsabilización de los varones y la sobre-responsabilización de las mujeres, con un efecto no deseado de ejercicio de control y vigilancia sobre los cuerpos de las adolescentes que consultan.

Aun cuando el Hospital Argerich, viene implementando consejerías sobre SSR orientadas a promocionar la autonomía personal, la equidad y la diversidad en varones y mujeres hace un largo tiempo, refieren evidenciar brechas significativas entre discursos y prácticas. Así como refieren la constante reproducción en la población que atienden de *modos de subjetivación de género* tradicionales (Tajer, 2009) aún en adolescentes, que continúan apropiándose del mandato de que sean las mujeres desde el inicio de su vida sexual quienes deban “*cuidarse de quedar embarazadas...la se queda con la situación es la mujer, entonces la que tiene que estar pensando en cada relación sexual cómo no quedarse embarazada es la mujer*”. Y, por lo tanto, siguen siendo las principales responsables del cuidado sexual y reproductivo. Los varones, en cambio, asumen un rol poco implicado y en otros casos activamente imprudente, sobre su propia salud sexual reproductiva y la de su pareja. A modo de ejemplo, respecto del uso del preservativo en varones, un entrevistado refiere que: “*es poco frecuente un varón que diga vengo a que me expliquen cómo usar un preservativo*”. No obstante, puede pensarse que esto no solo responde a una actitud pasivamente negligente si no que muestra también la oposición activa de los varones adolescentes en el uso del preservativo por diversas argumentaciones (porque les “*incomoda*”, sienten menos placer, porque si hay amor “*no hace falta*”, porque si son monógamos tampoco, porque si una mujer pide su uso “*seguro esta con otro*”, etc.) y la dificultad que encuentran las mujeres para negociar su uso debido a la posición de mayor poder que éstos tienen al ser un dispositivo que se coloca en el cuerpo del varón. Junto a lo anterior, contribuyen también barreras ligadas a guiones eróticos derivados de los imaginarios sociales

aún dominantes sobre el “amor romántico”, donde las representaciones sobre la confianza, la “entrega” y las necesidades de conexión emocional como también el argumento de que los preservativos reducen el placer durante el coito, conduce a que las adolescentes sean inducidas y accedan a tener sexo no protegido. De esta manera, las desigualdades de poder entre los géneros actúan tempranamente situando a ambos adolescentes y, especialmente a las mujeres, en situación de mayor desprotección y riesgo de contraer ITS como VIH, o a quedar expuestas a embarazos no planificados ni deseados. En coherencia con lo anterior, se identifica la presencia de imaginarios profesionales en la población entrevistada que incluyen la necesidad e importancia de incidir en la construcción de prácticas de mayor corresponsabilidad entre los géneros e implicación de parte de los varones en el cuidado de su SSR y la de sus parejas. En este sentido, respecto a los preservativos masculinos, una entrevistada considera que éste no es sólo un tema de varones: *“Se lo pone el varón pero lo usan los dos. El preservativo debe estar en la billetera del caballero y en la cartera de la dama”*. Otro de los entrevistados, refiere abordar estas temáticas con varones y mujeres, intentando sumar desde el inicio de las consultas a los varones en una lógica de “doble cuidado” con el anticonceptivo oral en la mujer y el uso del preservativo en el varón: *“Creemos que esa es la opción de compromiso mutuo frente a las infecciones o el embarazo, cuidarse unos/as a otros/as, lo que promueve que los dos estén comprometidos con el cuidado”*.

Por otra parte, según algunos/as entrevistados, existe en los/as adolescentes muchas veces la idea de que la no utilización de métodos anticonceptivos no implicará consecuencias negativas como la posibilidad de contraer una ITS o de que las adolescentes queden embarazadas de forma no planificada. Una de las entrevistadas lo refiere de la siguiente forma: *“La mentalidad de algunos adolescentes es que nada les puede pasar...creen que no pueden embarazarse, o que las enfermedades no pueden contagiarse ni contagiar”*. Esta ausencia de temor o preocupación es significada por algunos/as profesionales fundamentalmente como un signo de desinterés por su propio cuidado y vida y no suelen incluir en esa explicación el efecto de los determinantes sociales, de género y ciclo vital, que pudieran estar también determinando estas conductas de riesgo en la población adolescente que llega a las consultas. Esta sería una visión más abarcativa que les permitiría colaborar en las estrategias a implementar.

En el caso del Hospital Gutiérrez, con menos especialización que el anterior en SSR, cuenta con una sola ginecóloga infanto-juvenil. Al respecto, un entrevistado del área de la salud mental, lo explica del siguiente modo: *“Como es un Hospital de niños/as existe en el imaginario que no tienen sexo y no hay una diferenciación entre niños/as y adolescentes que concurren a esta institución (...) estamos en el “Hospital de Niños”, donde no hay embarazo adolescente porque no tienen sexo. Es gravísimo lo que está pasando...hay una sola ginecóloga en todo el Hospital y no hay obstetra (...). No se “coge”. En este sistema,*

se atiende hasta los 20 años y no se cambia el nombre. Los niños y adolescentes no tienen sexualidad”. Esto se profundiza especialmente en la baja accesibilidad a la población de varones adolescentes: *“No accedemos a los varones, es muy difícil trabajar todo lo que tiene que ver con la sexualidad acá”*. Por lo cual, esta ausencia es una dificultad en sí misma para poder incorporar protocolos ajustados a las problemáticas actuales en este campo en la adolescencia.

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

En relación a las ITS, los/as entrevistados/as refieren que las consultas son poco frecuentes y que general son “descubiertas” o pesquisadas por el médico/a de forma indirecta puesto que no existen demandas espontáneas por estos temas. Esto se muestra especialmente en los casos de VIH, por el que nunca se acercan a consultar espontáneamente los/as adolescentes, siendo considerado un tema *tabú*, del cual no hablan y al que le temen. De forma más excepcional, dado que la frecuencia de ITS es más frecuente en varones, éstos consultan cuando aparecen síntomas visibles en los genitales, si se ponen colorados o les sale secreción: ahí *“se preocupan por el valor y carga simbólica que le dan al órgano sexual”*. En el caso de las mujeres, suele pasar que pueden tener un flujo diferente a lo habitual, pero no le otorgan importancia hasta que se vuelve una infección ginecológica. Estos elementos, desde una perspectiva de género y sexualidad muestra a los/as adolescentes con poca información sobre su salud sexual para establecer una identificación precoz del daño, y en los varones, que desestimen aspectos del cuidado preventivo. Con lo cual, se igualan solo en la llegada “tarde”.

“Los chicxs no hacen mucho zaguán”

En relación a las consultas por disfunciones sexuales, resulta interesante apreciar que los/as profesionales refieren que los adolescentes varones que consultan por temas de SSR, suelen hacerlo mayoritariamente cuando presentan alguna disfunción vinculada con su genitalidad, como disfunciones eréctiles, impotencia o eyaculaciones precoces, entre otras, más ligadas a la preocupación por el desempeño sexual consistente con un modelo de masculinidad hegemónica basado en el rendimiento y la penetración. Las mujeres, aún las que presentan “anorgasmia”, no suelen consultar por estos motivos. En lo que refiere a los imaginarios profesionales, se identifica una corriente mayoritaria de perspectiva crítica del modelo biomédico, que incluye elementos de integralidad con contenidos de la constitución psicosexual en sus etapas de desarrollo libidinal y la importancia de una adecuada escucha profesional. A modo de ejemplo, una entrevistada explica una disfunción sexual más que por una razón de índole orgánica, como producto principalmente de prácticas en las que los/as chicos/as “no hacen mucho zaguán” y tienen “poca autogestión”. En este sentido, expresan que en sus prácticas observan una tendencia en la población adolescente a estar impulsados a la asunción de una sexualidad activa, temprana, sin juegos pre-

vios y directo “a los bifés”, por falta de conocimiento de las diferencias en la respuesta sexual en varones y mujeres, donde lo biológico y lo psíquico se desacoplan produciendo malestar en plus. Según una entrevistada, esta modalidad hace que los/as adolescentes no exploren sobre sí mismos/as con prácticas como la masturbación, que implica un registro y reconocimiento del cuerpo propio y tampoco “*trabajen para la conquista*”, evidenciándose que entre las chicas y los chicos están “*asincrónicos*”, es decir, a destiempo uno con el otro. Sumado a lo anterior, emerge la influencia del uso de internet y de las redes sociales en esta problemática, el cual ha producido un estallido en los modos tradicionales de acercarse al encuentro sexual y que hace que “*los/as adolescentes estén cebados*”. Enfatizan la necesidad de contar con una etapa de preparación del psiquismo y del cuerpo (hormonal, cambios en el cuerpo de los caracteres secundarios) en tanto que “*se produce el desencuentro psíquico de maduración*”. El extrañamiento promovido por los cambios puberales, por el despertar sexual y sus efectos, son aspectos claves que deben ser abordados según algunos/as entrevistados/as por los equipos de salud para que no sea un impulso sin mediación o pasaje. Por otro lado, refieren que vienen observando desde hace un tiempo cambios culturales ligados a los roles en la sexualidad de las mujeres que las posiciona como sujetos deseantes y más activas para tomar iniciativas, al respecto, señala una entrevistada expresa: “*a las chicas les gusta pasarla bien*”. Pero a la vez señalan que muchos varones adolescentes, fundamentalmente los tímidos, no saben aún qué hacer frente a estos cambios de las adolescentes. Con lo cual suelen responder denigrándolas por “*atorrantas*” o les da miedo y “*arrugan*”. En este sentido, revalorizan la timidez como una forma de demora “*la timidez, antes que como un síntoma, como evidencia de ciertos cambios que se están operando en los códigos de género: cambios que suponen la renuncia a una masculinidad normativa que nos impide convertirnos plenamente en hombres*”, lo cual coincide con la valoración de algunos especialistas (Volvovich, 2016). Con lo cual, se identifica que aun con los cambios en las femineidades y masculinidades, no se ha avanzado en viabilidad de relaciones de paridad entre dos sujetos deseantes y activos/as en relación a su deseo.

“*Son las mujeres las que se embarazan*” y “*los varones las dejan embarazadas*”.

Un entrevistado sostiene apreciar una progresiva disminución del embarazo adolescente ligado a la mayor accesibilidad a anticoncepción hormonal de emergencia (AHE): “*Hoy vemos menos embarazos porque hay más respuesta con anticoncepción de emergencia, pero aún falta empezar a decodificar algunas cosas de otra manera*”. Las adolescentes que consultan, vienen acompañadas por otras mujeres, generalmente sus madres, siendo muy excepcional la presencia de varones. Las explicaciones de los/as profesionales a la ausencia masculina en el acompañamiento refieren que, dado que “*son las mujeres las que se embarazan*”, les incumbe principalmente. Otros plantean explicaciones desde el campo de la subjetividad

que se significan ese “descuido” en relación con la falta de proyectos vitales o motivacionales de algunas adolescentes, y el embarazo como algo para “*tener algo de qué ocuparse*”, lo cual acontece por determinantes sociales de clase y género, pero que no son incluidos en la explicación, aún cuando impacten los modos de singularización y de conformación deseante: “*Muchas adolescentes sienten que necesitan un estímulo, un motor, algo a qué dedicarse, entonces buscan embarazarse...hay mucha deserción escolar, mucho tiempo libre, algo tienen que hacer con su vida*”. Por último, algunos embarazos no planificados son significados también como problemáticas de salud pública muy graves muchas veces asociados a psicopatologías graves: “*lo más problemático que les toca trabajar son los embarazos no deseados en las adolescentes que tratan en el Hospital de día (de Salud Mental), que presentan (psico)patologías muy graves y no saben lo que es tener una relación sexual y no se dan cuenta si están embarazadas*”.

Por otra parte, aparece la referencia de que los varones “*las dejan embarazadas*” y habitualmente se desresponsabilizan cuando esto se produce. Respecto de esto último, los/as entrevistados/as refieren que al consultar por la pareja o genitor, muchas veces la respuesta es que hay situaciones de violencia o de desimplicación en las que los varones “*no asumen el compromiso y se borran*” o “*embarazos en que el varón nunca se enteró que la dejó embarazada*”, pero también identifican que no existen dispositivos con estrategias inclusivas: “*No se los incluye y luego son penalizados por “embarazar” a las mujeres o por no cuidarlas*”, lo que aun cuando es identificado por algunos/as profesionales, no se traduce en nuevas prácticas que refuercen la integración de los varones en estos casos.

“*Ninguna mujer tiene en la agenda el hecho de hacerse un aborto*”.

La mayoría de los/as entrevistados/as de ambos servicios manifiestan conocer claramente la legislación actual sobre Interrupción legal del embarazo (ILE) por tres causas de aborto en Argentina. Mientras que otros/as, si bien las enumeran, no las recuerdan con exactitud, y/o desconocen los protocolos de procedimiento. En el hospital Gutiérrez, refieren que en caso de ILE deben derivar a otros Hospitales. Mientras que en el hospital Argerich, debido a su especialización, refieren tener una alta demanda de consejerías en opciones (comúnmente conocidas como de pre y post aborto), para lo cual ha conformado un equipo interdisciplinario altamente especializado. Respecto de la demanda de ILE, existen diversos posicionamientos de los/as profesionales de salud. Algunos/as entrevistados/as se manifiestan a favor y consideran que contar con esta alternativa les permite desproblematizar el abordaje del diagnóstico de embarazo “*primero la noticia no es mala, no es un cáncer, entonces, desde esta mirada, cuando afloja la angustia de la noticia en la familia y en la adolescente, se plantea el sí o el no, y partir de ahí se deriva a las cuatro personas que están a cargo de las consejerías*”. No obstante, lo anterior no implica con-

siderar que los/as profesionales consideren que los abortos sean experiencias fáciles de atravesar y conciben que es fundamental prevenir nuevos embarazos no planificados mediante métodos anticonceptivos efectivos: *“Ninguna mujer tiene en la agenda el hecho de hacerse un aborto...cuando termina el evento en el cual nosotros intervenimos, ni suministramos, ni recetamos la medicación (porque esto sería ilegal para nuestro país)...lo que se hace son los controles posteriores y se discute anticoncepción inyectable o implante que no es negociable”*. Esto evidencia la posición de los/as profesionales frente al tema, en resguardo de que la adolescente no salga de la consulta sin un método anticonceptivo que la proteja de futuros embarazos no planificados, se realizan actos médicos y farmacológicos que se sitúan entre la tensión de respetar las decisiones y experiencias de las pacientes y la práctica médica que puede colaborar o no en la toma de decisiones libres y saludables de la adolescente en un contexto de ilegalidad del aborto como decisión desde el proyecto vital.

Junto con lo anterior, una entrevistada refiere que recientemente se están implementando mecanismos para evitar barreras de acceso burocráticas y de interpretación jurídica, en la aplicación de la legislación sobre ILE para agilizar los procedimientos y realizar una actuación oportuna: *“se buscó la forma positiva de la lectura de la ley, o sea no tenemos que ir al Juez, directamente el abogado del Hospital firma y se activa el protocolo (...) porque antes hasta que llamabas al juez y hasta que pasaba todo el proceso la chica ya tenía 6 meses de embarazo y quedaba fuera del protocolo”*.

Por otra parte, reconocen que dentro de los equipos profesionales existen también posiciones contrarias a la implementación de la ILE en adolescentes, para lo cual despliegan estrategias para evitar que se produzcan barreras ideológicas que obstaculicen el ejercicio del derecho a una ILE en la adolescencia: *“cuando hay objetores de conciencia se los/as respetan, pero deben derivar a los que no lo son, así se cumple con el protocolo”*. No obstante, en otros casos, pese a que este es un derecho por Ley, la situación resulta tensionante para algunos/as entrevistados/as: *“lo que hacemos es decirles que existe este lugar donde te van a asesorar...pero que si le digo más puedo tener problemas yo”*. En algunos/as profesionales aparece el temor de hacer cumplir la legislación (ILE) porque no identifican bien los límites entre lo legal y lo ilegal a la hora de asistir en estas demandas. Una de las estrategias para dirimir esta tensión es la derivación a consejerías de otros hospitales *“ahí tendría que contestarte otro, porque no tengo experiencia, por suerte”*.

La expresión “tener suerte”, muestra modos de resolución de algunos/as de las tensiones actuales en este campo de cara a los cambios en las interpretaciones de las leyes, frente a lo cual es necesario continuar con la sensibilización y trabajo con las creencias personales y cómo ello puede incidir en la vulneración de derechos en sus prácticas. Vuelve a aparecer la importancia de la participación de los varones en este campo. Uno de los entrevistados manifiesta su opinión acerca de que *“es un capítulo que*

hay que empezar a trabajar mucho, que tiene que ver con la inclusión de la pareja...debería estar la posibilidad de que la pareja pudiera tener opinión al respecto”. Lo cual resulta controversial en los casos que los varones no acompañan a las mujeres en los procesos por desentendimiento de la situación de embarazo *“que se ocupe ella”*. Se plantea en algunos/as profesionales que si bien el embarazo es un proceso que afecta directamente el cuerpo y el psiquismo de la mujer, es fundamental en términos de derechos que los genitores puedan, al menos, ser informados y manifestar su opinión respecto de interrumpir o no el embarazo, y que cuando se detecta la presencia de varones se intenta realizar un trabajo conjunto con la pareja: *“En los casos que los padres existían, intentamos incorporar al trabajo familiar a los novios”*. Con lo cual acotan el derecho de los varones, en los casos en los cuales estos se hacen presentes y responsables, desde una perspectiva en la cual los derechos no son en el vacío sino que conllevan responsabilidades.

Refieren que según su experiencia, la falta de incorporación y participación de los varones es transversal a todas las temáticas ligadas con SSR: *“Una de las grandes dificultades y de las razones por las cuales sigue habiendo embarazos adolescentes, infecciones en los adolescentes y necesidad de interrumpir muchos embarazos no deseados, es producto de que no están incluidos los varones en los sistemas o en los programas de salud sexual y reproductiva”*. En este sentido, los imaginarios sociales y profesionales continúan obstaculizando los avances en prácticas más equitativas y democráticas entre los géneros, en aras de instalar prácticas donde la SSR sea concebida como *“algo de a dos”*: *“Existe un discurso que es como que no se puede socializar y hay una práctica que está muy alejada de que los varones se incluyan. En el sistema médico estamos aun hablando para adentro, se está lejos de tener un discurso que pueda ser escuchado, existe una barrera que no se está franqueando para que puedan ellos (los varones adolescentes) apropiarse al no hacerlo, no funciona, nosotros nos quedamos tranquilos porque repartimos preservativos, hablamos, colgamos carteles, pero los chicos no los usan. Y si no lo usan, es que no lo entendieron”*.

Imaginarios profesionales respecto de las demandas sobre identidad de género en la adolescencia

Refieren que no suele haber demanda directa por temáticas ligadas a la identidad de género y/o diversidad sexual. Una entrevistada refiere que es algo que se indaga desde los/as profesionales y que estas demandas muchas veces surgen en consultas de trastornos de conductas alimentarias o cuadros ansiosos o depresivos. Igualmente, estos/as profesionales identifican que progresivamente los/as adolescentes son más abiertos/as a exponer su identidad sexual, sobre todo las mujeres que se han decidido a tener una pareja lesbiana: *“en el caso de las mujeres ellas lo tienen definido”*. Algunos varones también se están animando a plantearlo directamente.

Refieren que existe más aceptación y más inclusión respecto de las variantes de elección sexual y todavía mu-

chas dudas en los procedimientos y diagnósticos en la temática de identidad de género. Y que a veces ambas temáticas aparecen confundidas, como si fueran lo mismo y no lo son.

Consideran que en la actualidad la diversidad sexual no se considera un problema en *sí mismo*, sino que se atienden adolescentes con opciones sexuales diversas pero que la consulta es por otro tipo de preocupaciones relativas a su salud, como cualquier otro/a adolescente. Respecto de la temática de *identidad de género*, existe mayor preocupación en algunos/as entrevistados/as por poder diferenciar cuáles son realmente problemáticas relativas a la identidad y cuáles están vinculadas con trastornos psicopatológicos (ej. psicosis), de manera de realizar un diagnóstico diferencial apropiado sobre todo en aquellos casos que por su sintomatología lo vuelven más complejo. Se identifican diferencias en la franja de menores de 16 años en relación a los mayores de 16 años, en tanto que para algunos/as profesionales las experiencias de inicio de relaciones sexuales con personas del mismo sexo o del otro sexo en menores de 16 años son de carácter "experimental", más ligadas al placer sin sujeto, a lo sensitivo, más allá del sexo varón o mujer en tanto constituye una búsqueda y exploración, lo cual hace que ni profesionales ni adolescentes se apresuren a definir sus orientaciones o identidades: "a las que son de 14, 15 años no las catalogo porque tengan una conducta lésbica como que son lesbianas". Otro entrevistad refiere según su criterio la diferencia de aceptación social que favorece la homosexualidad masculina por sobre la femenina: "no es lo mismo para la sociedad una mujer homosexual que un varón homosexual".

El sistema ideológico-representativo en relación a las identidades sexuales que se intenta ajustar a la diferencia sexual biológica mantiene su pregnancia y se hacen presentes en los imaginarios: "Pareciera más aceptado como una etapa exploratoria, es uno de los temas por los cuales las familias... dicen "ya se les va a pasar" [...] "Nadie se tomaba muy en serio... como una elección de objeto definitiva, tenemos la suerte que algunos temas los adultos no los toman en serio". Asimismo, señalan que aunque algunas adolescentes se presentan muy estereotipadas: "como se dice en la jerga lesbiana, bomberas, masculinas", tratan de no entenderla como necesariamente una identidad definitiva.

Los/as entrevistados/as intentan ubicarse en avance en relación a la "despatologización" de la diversidad sexual. Una entrevistada refiere: "nunca desde la patología, se tiene que ver esto dentro del contexto, puede haber o no patología... si hoy Freud se levantara en Viena diría: tenemos que cambiar la Teoría", dislocando así estas temáticas del plano individual o de la "desviación" y situándolas más en el plano de los imaginarios sociales y culturales "de época" que definen lo normal y lo anormal. Pero ubican el sufrimiento que producen en la población que atienden las creencias prejuiciosas y prácticas discriminatorias: "Me parece que uno tiene que pensar en el contexto histórico, hay ciertas diversidades que generan rechazo, por ejemplo, el travestismo, o ser gay, tenés que

ser famoso para ser aceptado, sino a los varones "machos" los pone nervioso. Hay mucho prejuicio dando vuelta pero eso de ninguna manera constituye una patología"; "Hay discriminación y sigue siendo un problema, aunque cada vez menos, hay mayor aceptación a esta cuestión de la diversidad". Si bien consideran a la diversidad sexual como una posición subjetiva en la singularidad que determina el modo de asumir su deseo en cada sujeto, entienden que la cultura y los modos específicos de atención según las concepciones que se tengan del tema propician o no el acceso a la salud integral en aquellos/as que consultan.

Refieren que en este tipo de consultas, emerge más fuertemente la conflictividad con las madres y padres respecto de la "develación" de una orientación sexual diversa, que no se ajusta al modelo hétero-normativo. Respecto a esto, los/as profesionales intentan no forzar ni apurar el momento y la forma en que los/as adolescentes desean y necesitan plantear la "salida del closet" a nivel familiar: "El problema con los padres se presenta cuando no hay un develamiento, ahí hay que favorecer y ayudar para que ellos/as puedan hacerlo cuando crean que es el momento más adecuado, más oportuno, para que ellos/as se sientan más seguros y contenidos. Luego en cada familia opera lo que pueden procesar frente a una situación de este tipo; algunas lo hacen conteniendo, otras enojándose, otras expulsando a la calle a los chicos/as, en este universo no se puede universalizar".

Manifiestan no haber recibido demandas de adolescentes mujeres para asesoramiento en el uso de hormonas o prácticas quirúrgicas, ni tampoco haber realizado sugerencias al respecto en dichos casos: "nunca a ninguna le planteo cambiar su aspecto, ni siquiera a las que tienen un aspecto más andrógino... es impactante ver a alguien con pelo largo y tetas, pero es ver hablar a un tipo porque son muy masculinas". En cambio, en el caso de los varones es diferente. La misma entrevistada refiere: "por mi experiencia en endocrinología, desde que los varones quieren ser mujeres aparece el tema de que los tenés que feminizar". Asimismo, algunos entrevistados identifican que los varones gay son menos aceptados que las mujeres lésbicas, en contraposición con lo que refirieron otros. Posiblemente, quienes plantean esto último refieran a que en los procesos de subjetivación de género masculino tradicional, la homosexualidad masculina permanece dentro de los fantasmas más temido en la masculinidad heteronormativa en los varones y por lo tanto más estigmatizado (Badinter, 1993; Bleichmar, 2006).

En los tratamientos hormonales con varones, refiere que "empieza a aparecer la patología "de mujeres" que antes no había, por el uso del estrógeno". Esto requiere que los/as médicos/as que atienden población LGBTI que se tratan con hormonas femenina o disminuyen la masculina estén sensibilizados/as para detectar patologías sensibles a los estrógenos que habitualmente en un varón no aparece. A modo de ejemplo, "el lupus que es autoinmune, el lupus es más de mujer que de varón", el cual se suele incrementar en varones que comienzan a usar estrógenos en su pasaje a ser "mujeres trans". Por último,

los/as entrevistados/as refieren que para estos nuevos desafíos es necesario contar con un equipo interdisciplinario altamente especializado, especialmente para aquellos casos que demandan una cirugía. Los Hospitales no suelen contar con esta oferta, a excepción del Hospital Durand⁷, hacia donde se dirigen dichas derivaciones: “Es un servicio que luego de un acucioso estudio psicofísico toma decisiones para la cirugía, para el cambio de voz, para lo hormonal, y es algo que no se puede abordar sino con un equipo interdisciplinario y formado. El servicio deriva al Durand porque es el adecuado e idóneo”. Por otra parte, refieren que advierten aún una fuerte presencia de concepciones y abordajes “medicalizadores” en temas de identidad de género, de. De los cuales refieren intentar desmarcarse.

Discusión y conclusiones

En la última década, Argentina se ha destacado por impulsar un conjunto de políticas públicas nacionales en materia de derecho a la salud, adolescencia y equidad de género, que permite contar actualmente con normativas, programas y prácticas innovadoras, reconocidas a nivel regional e internacional. Avances en los cuales se inscriben los dos ejes temáticos relevados para este artículo (SSR e identidad de género). Como todo cambio de paradigma cultural, el movimiento lleva un tiempo de transición en el cual se plantean una serie de brechas y desafíos entre los nuevos marcos de derechos, políticas, programas y los imaginarios y prácticas concretas, en este caso, en materia de salud sexual y reproductiva e identidad de género con población adolescente.

De los resultados parciales de esta investigación - que se presentan en este artículo - se puede arribar a algunas conclusiones acerca de los imaginarios profesionales sobre estas temáticas en la salud adolescente en la Ciudad de Buenos Aires. De este modo, es posible dar cuenta de que los/as profesionales tienen una intención de brindar atención integral a los/as adolescentes con una concepción de reducción de riesgos y daños de acuerdo a la formación, especialidad y valores personales que cada uno/a tiene y las posibilidades de formación y materiales con las que cuenta el servicio donde trabajan.

Se observa que estos/as entrevistados/as reconocen a los/as adolescentes como sujetos de derecho e intentan derribar diversas barreras que pudieran impedir el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y disponer de programas y consultorías cada vez más especializados en los temas más sensibles de la SSR. Se ha observado, para el caso del Hospital Argerich, la intención de crear herramientas que colaboren a conseguir un mayor grado de involucramiento de los varones en estos temas. Aún cuando manifiestan que todavía son las adolescentes mujeres las pacientes mayoritarias en anticoncepción y embarazo no planificado, siendo una población de alto riesgo por su interseccionalidad con la clase social que mayor presencia tiene en ambos hospitales públicos (Symington, 2004). Por tal motivo, presentan un compromi-

so por incorporar a los varones de forma corresponsable con las mujeres en las diversas temáticas ligadas a la salud sexual y reproductiva.

De este modo, se evidencian inequidades de género en la calidad de la atención de la salud adolescente en el hecho de que las mujeres continúan siendo quienes más utilizan el sistema de salud y los/as profesionales las consideran su “clientela” más habitual, con poco impacto en el cambio de situación. Esto es solidario con los valores de género tradicionales que operan a nivel social y que el sector salud reproduce, que promueven la lógica del cuidado del cuerpo solo para las mujeres adolescentes, y en particular, en lo ligado a la reproducción biológica, y que incluyen muy secundariamente a los varones adolescentes.

Estos últimos, solo aparecen consultando por problemáticas ligadas a la exigencia del rendimiento sexual como valor de la masculinidad hegemónica, lo que se evidencia en que sus consultas están principalmente ligadas a las ITS y a las “disfunciones sexuales” y no participan a niveles de prevención y cuidado de la SSR.

En lo referido al eje de *Identidad de género*, que constituye un tópico emergente y menos investigado, los avances en relación a considerar a las diversidades sexuales por fuera de lo psicopatológico “per se”, no se corresponden con la tendencia aún mayoritaria a considerar a las vicisitudes de la identidad de género aún en el campo, al menos limítrofe con lo psicopatológico, lo cual se contradice con Ley 26.743 que desde 2012 la incluye en el campo del derecho a la identidad. Esta tensión convive con otras tensiones identificadas en el campo, en el cual se evidencia la subsistencia de discursos disciplinarios hegemónicos que “medicalizan” y “farmacologizan” los abordajes, tendiendo a invisibilizar y reforzar desigualdades de género y de orientación sexual, como también de edad y clase.

Al mismo tiempo, que existen aún pocos/as profesionales formados/ass en estos temas y escasos dispositivos para brindar una atención especializada e interdisciplinaria para estas demandas. De todos modos, se identifica que los/as adolescentes están comenzando a acceder progresivamente a aquellos servicios que sí se han especializado en esta temática, algunos/as de ellos/as derivados/as por los/as profesionales entrevistados/as.

Esto es consecuencia de que muchos/as profesionales, preocupados por estas temáticas, han avanzado en lecturas e información que han incorporado, pero queda del lado de la propia iniciativa, no siendo incorporada aún en la formación sistemática en salud adolescente. Cabe destacar que, como se ha dicho, estos dos servicios escogidos se destacan por sus prácticas de avanzada en los que a las temáticas referidas concierne, lo cual los constituye en servicios amigables en lo que refiere a la promoción de la equidad de género y la diversidad.

Cabe destacar que es esperable que estas prácticas puedan generalizarse en el sistema de salud mediante prácticas estandarizadas y protocolos que puedan transformar las problemáticas de salud adolescente desde una perspectiva de derechos y equidad de género en la calidad de la atención. Resulta fundamental que se diseñen e implementen dispositivos de atención innovadores que

⁷Y el Hospital Ramos Mejía, ambos en la Ciudad de Buenos Aires

puedan traspasar las diversas barreras que continúan presentándose para estas transformaciones, conociendo y trabajando con las significaciones que tienen los/as adolescentes y tomando en cuenta las diferencias de género y los contextos donde interactúan. Los servicios de salud son espacios privilegiados para deconstruir y dismantelar junto a los/as adolescentes, imaginarios y prácticas tradicionales que se instalan en esta etapa y permanecen más difíciles de modificar en etapas posteriores, con el objetivo de avanzar hacia formas más diversas y equitativas de relacionamiento entre los géneros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alkolombre, P. (2011). Cada veintiocho días. Sobre la erogeneidad de la sangre femenina. En Alkolombre, P. (Comp.). *Travesías del cuerpo femenino: Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia* (pp. 21-46) Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Alzate Posada, M.L. (2012). *Feminización del VIH v/s Mujer y VIH*. Ponencia Primer Seminario Internacional "Salud de la Mujer. Una responsabilidad de todos/as". Universidad Nacional de Colombia.
- Badinter, E. (1993). XY. La identidad masculina. Madrid: Alianza.
- Bardin, L. (1991). *Análisis de Contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Berner, E., Calandra, N., Corral, A.M., Medina, V., Tarzibachi, E., Vázquez, S. & Zingman, F. (2009). Adolescencia. Un Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud. Argentina: FUSA - Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
- Binstock, G. & Pantelides, E. (2005). La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. En Gogna, M. (coord.). *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas* (pp.). Buenos Aires: CEDES Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-UNICEF Argentina.
- Bleichmar, S. (2006). Paradojas de la Sexualidad Masculina. Buenos Aires: Paidós.
- Checa, S. (2005). Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente. *Revista Anales de la educación común. Adolescencia y Juventud*, 1 (1-2), 183-193. Recuperado de: http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/revistacomponents/revista/archivos/anales/numero01-02/ArchivosParaDescargar/18_cont_checa.pdf
- De Souza Minayo, M.C. (2009). *La artesanía de la Investigación Cualitativa. Técnicas de la investigación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. American Psychiatric Association.
- Duranti, R. (2011). *Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud. Dirección de Sida y ETS*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Fernández, A.M. & Tajer, D. (2006). Los Abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En Checa, S. (Comp.). *Entre el Derecho y la Necesidad: Realidades y Coyunturas del Aborto* (pp. 33-46). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A.M. (2009). *Las lógicas sexuales: amor, política y violencias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fundación Huésped-UNICEF (2011). *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*. Argentina.
- Fundación Huésped – ONUSIDA (2014). Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Argentina.
- INDEC (2011). *Censo Nacional de Hogares, Población y Viviendas 2010*. Argentina.
- Iñiguez, L. (2008). Métodos cualitativos de investigación en ciencias sociales. El análisis de la información. Recuperado de <http://psicologiasocial.uab.cat/lupicinio>
- Janín, B. (2004) Adolescentes con déficits. *Revista Actualidad Psicológica* XXIX, 323.
- Lapeira, P., Acosta, D., & Vásquez, M. (2016). Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura Caribe en anticoncepción. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1204-1209. doi: 10.15649/cuidarte.v7i1.243
- Maceira, D. (2012). *Necesidades y Acceso a los Servicios de Salud de la Población Adolescente en el Norte Argentino*. Argentina: Salud Investiga.
- Martínez, Mercer, R. Szulik, D, Ramírez, M.C. & Molina, H. (2008). Del derecho a la identidad al derecho a las identidades: Un acercamiento conceptual al género y el desarrollo temprano en la infancia. *Revista chilena de pediatría*. 79(1), 37-45. doi: 10.4067/S0370-41062008000700007.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*. Instructivo para equipos de salud. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Protocolo de atención de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Argentina.
- Necchi, S. & Schufer, M. (2001). Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). *Revista chilena de pediatría*. 72 (2), 159-168.
- OMS (2007). *European Strategy for child and adolescent health and development. Gender tool*. Recuperado de: <http://www.euro.who.int/document/gem/eurostratgendertool.pdf>
- OMS (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS/OPS (2008). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 10 datos sobre la Salud Adolescente*. Recuperado en: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/development/es/index.html
- OPS-FUSA (2010). *Atención integral de la salud en la adolescencia. Reducción de riesgos y daños en salud reproductiva con igualdad de género*. Recuperado de: <http://grupofusa.org/wp-content/uploads/2013/07/Atenci%C3%B3n-Integral-de-la-Salud-en-la-Adolescencia-OPS.pdf>
- OPS-Fundación Huésped (2011). *Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH/sida en adolescentes y jóvenes del Conurbano Bonaerense*. Buenos Aires: OPS-Huésped.
- Paván V. (2016). *Niñez trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Buenos Aires: UNGS.
- Sen, G. & Östlin, P. (2007). *Woman and gender equity knowledge network: Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it final*. Ginebra: WHO. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
- Pantelides, E., Geldstein, R. & Infesta Domínguez, G. (1995). *Imágenes de género y conductas reproductivas en la adolescencia*. Buenos Aires: CENEP.

- Symirgton, A. (2004). *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Derechos de las mujeres y cambio de económico*. Documentos AWID.
- Tajer, D. (2009). *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Tajer, D. (Comp.). (2012). *Género y Salud. Las Políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tajer D., Reid, G. Ceneri, E. & Solis, M. (2014). Equidad de Género en la Calidad de atención en Adolescencia. *Anuario de Investigaciones*, XXI, 233-240.
- Tajer D., Fernández A.M., Antonietti L., Salazar A., Chiodi A., Barrera MI, Juárez Herrera & Cairo, L. (2014). Barreras de Género en la prevención cardiovascular. Actitudes y conocimientos de profesionales de la salud y de usuaria. *Revista Argentina de Salud Pública. RASP*, 5 (21), 14-23.
- Tajer D., Reid, G. Salvo Agogliá, I, Lo Russo, A. (2015). Equidad de Género en la Calidad de atención en Adolescencia. *Anuario de Investigaciones*, XXII,
- Tajer, D., Reid, G., Gaba, M., Cuadra, M.E., Lo Russo, A., Salvo, I. & Solís, M. (2015). Equidad de género en la atención de la salud en la infancia. *Psicoperspectivas*, 14(1), 103-113. doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL14-ISSUE1-FULLTEXT-503
- Tishelman, A.C., Kaufman, R., Edwards-Leeper, L., Mandel, F.H., Shumer, D.E. & Spack, N. P. (2015). Serving transgender youth: Challenges, dilemmas, and clinical examples. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(1), 37-45. doi: 10.1037/a0037490
- UNFPA-INSGENAR (2010). *¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de: http://www.unfpa.org.ar/sitio/images/stories/pdf/2015-06_todobien.pdf
- UNICEF (2012a). *Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Recuperado de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/2012_Guia_Clinica_Sap_Unicef.pdf
- UNICEF (2012b). *Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH*. Recuperado de: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/prev_control_enfermedades/NNA_VIH_Web.pdf
- Vázquez, S., Calandra, N., Gutiérrez, M.A & Berner, E. (2004). El aborto: una práctica silenciosa y silenciada en los/las adolescentes. *Revista de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil*, 11(3): 230-237.
- Villa, A. (2007). *Cuerpo, sexualidad y socialización. Intervenciones e investigaciones en salud y educación*. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Volnovich, J.C. (2016). *Ritos y mitos sobre la iniciación sexual de los varones. Voces en el Fénix*. Recuperado de: <http://www.vocesenelfenix.com>

Fecha de recepción: 29 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 6 de septiembre de 2016