Unidad Sociológica

Géneros, cuerpo e identidades: nuevas configuraciones.

Publicación Cuatrimestral | Año II | N° 7 | Junio 2016 - Septiembre 2016 | Buenos Aires, Argentina

Unidad Sociológica
ISSN 2362-1850. Publicación cuatrimestral.
Año 2, N° 7. Junio 2016 - Septiembre 2016.
Grupo de lectura sobre análisis sociológicos
clásicos y contemporáneos (GLASCyC)
Manuel Ugarte 2341, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
http://www.unidadsociologica.com.ar

Directores
Federico Luis Abiuso (Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani)
Tatiana Kravetz (Universidad de Buenos Aires, Universidad Nacional de las Artes)

Comité Editorial
Ignacio Rullansky (Universidad de Buenos Aires, Departamento de Medio Oriente UNLP)
Darío Lanzetta (Universidad de Buenos Aires)
Miguel Ángel Forte (Universidad de Buenos Aires, FLACSO)
Gisele Kleidermacher (Universidad de Buenos Aires, CONICET)
Guillermo Ferrón (Universidad de Buenos Aires)
Ramiro Perez Ripossio (Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani)
Martin Gendler (Universidad de Buenos Aires, CONICET)

Comité Académico
Néstor Cohen
Juan S. Pegoraro
Alvaro Gascue
Angélica De Sena
Romina Paola Tavernelli
Matías Alcántara
Bruno de Vasconcelos Cardoso
Paula Luciana Buratovich
Mauro Benente
Anahí González
Silvia Lago Martínez
Mauro Alejo Guevara
María Celeste Viedma
Anahí Mendez
Matías Alderete
Micaela Bazzano
Gilda Ivana Gonza
Laura Stiberman
Romina Galucci
Leonardo Sai
Juan Martín Bello
Esteban Grippaldi
Andres Scharager
Ignacio Perez
Daniela Vega
Antonella Comba

Unidad **S**ociológica es una revista digital que tiene como objetivo contribuir a un diálogo colectivo en torno a las ciencias sociales, y a la disciplina sociológica en particular.

Editada por docentes y sociólogos de la Universidad de Buenos Aires, nos proponemos indagar desde su interior al campo científico. Campo en el cual ocupamos una posición, participamos e intervenimos cotidianamente desde nuestras prácticas como docentes e investigadores sociales. Nos encontramos inmersos en múltiples disputas que se dan en este espacio de juego acerca de la hegemonía y la autoridad científica, la cual entendemos como la capacidad de intervenir y discutir legítimamente en materia de conocimiento científico.

Creemos imperante como cientistas sociales tomar una postura clara en esta lucha simbólico-material, en la cual persisten ciertos prejuicios del sentido común y que comparten muchos científicos, de relegar a un segundo puesto las ciencias sociales, por debajo de las ciencias naturales, exactas y tecnológicas. En este sentido, invitamos a participar de una sociología reflexiva procurada por objetivar al sujeto de objetivación. Reflexión que implica, servirse de las propias herramientas conceptuales de las ciencias sociales, para entender y cuestionar muchas de nuestras prácticas naturalizadas como docentes e investigadores sociales.

Cuando más controvertida, más crítica se vuelve nuestra práctica como científicos. Para ello, es necesario llevar a cabo una vigilancia epistemológica constante, una sociología reflexiva que nos direccione hacia una reflexividad colectiva, la cual convocamos con esta publicación.

ALAS
Asociación Latinoamericana de Sociología

Géneros, cuerpo e identidades: nuevas configuraciones.

> “Comprender el género como una categoría histórica es aceptar que el género, entendido como una forma cultural de configurar el cuerpo, está abierto a su continua reforma, y que la «anatomía» y el «sexo» no existen sin un marco cultural.”

Judith Butler

ÍNDICE

- *Preludio: El enfoque de género y los estudios sociales*
Gabriela Gómez Rojas.....6-8

- *Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integralidad*
Melina Antoniucci y Natacha Mateo.....9-17

- *División de tareas domésticas y de cuidado en parejas de clases sociales heterogéneas*
Soledad Tuñón.....18-26

- *La apropiación de derechos de mujeres lesbianas en sus trayectorias sexoafectivas*
Noelia S.Trupa.....27-36

- *Adolescencia y servicios de salud: una aproximación al estudio de las masculinidades en contextos de pobreza*
Mariana Cortez.....37-51

- *Género y clase social. Una doble mirada a los cambios en la estratificación social Argentina 2003-2013*
Claudia Lombardi, Manuel Riveiro,Claudia Vargas, Josefina Azcarate, Sofía Jasín y Patricio Rivero.....52-61

Normas de publicación.....62

Preludio: El enfoque de género y los estudios sociales

Gabriela Gómez Rojas*

Cuando fui invitada a presentar este número de la Revista Unidad Sociológica me puse a pensar que es lo que quiero transmitir en un prólogo como éste. Y me vino a la mente el problema de los retos que tuve que afrontar en mis tareas de investigación, al plantear un problema con una mirada de género y la cantidad de interrogantes que se abren desde esta perspectiva.

Los desafíos de incorporar un enfoque de género a los estudios de la cuestión social, radica principalmente en el relativo poco tiempo que el género- como categoría de análisis- se ha convertido de interés para la teoría social. Según la historiadora Joan Scott (1996) ello se ubica a finales del siglo XX y está ausente del conjunto de teorías sobre lo social formuladas desde el siglo XVIII. Este tiempo histórico en la producción de conocimiento también da cuenta de las dificultades de las feministas contemporáneas para incorporar el término género en los cuerpos teóricos vigentes, y reivindicar que su principal labor como académicas, fuera el recordar permanentemente que los marcos teóricos con los que estudiamos, investigamos e interpretamos, son insuficientes para dar cuenta de la inquebrantable desigualdad entre hombres y mujeres en diversos aspectos de la vida social. Para tomar dimensión de esto sólo basta hacer un repaso por los contenidos que hemos transitado a lo largo de nuestras carreras de pregrado, tanto aquellos referidos a las teorías clásicas como a las contemporáneas. Ello nos conduce a asumir una mirada de género que se convierte en un modo de trabajo, que apunta a deconstruir muchas de las ideas sostenidas por teorías que no tuvieron en cuenta este tipo de interrogantes, y que cómo sucede con otros fenómenos, son las generaciones de los más jóvenes las que hayan sido más socializadas con teorías con perspectiva de género.

Otro punto, a veces controvertido, es definir qué es el género o los géneros. Varias autoras coinciden en señalar (Scott; 1996 y Burin y Meler 1998) que es una categoría relacional, nunca se da de manera aislada, resaltando que las relaciones establecidas son relaciones de poder. También consiste en una construcción histórico social, y no debe pensárselo como concepto totalizador puesto que se da interconectado con otros factores que delimitan la constitución de la subjetividad como son la clase social, la etnia, la religión, entre otros[1].

Un concepto muy estudiado en el campo de la sociología es el de la clase social, y una tradición muy enraizada en ella es la marxista. Una pregunta que puede hacerse es ¿qué relaciones establecieron las pensadoras marxistas entre feminismo y marxismo? ¿Qué vinculaciones pueden pensarse entre el capitalismo y la estructura patriarcal? Por supuesto que interrogantes de tal magnitud implican que para su respuesta deba elaborarse un artículo en sí mismo –tal vez de larga extensión-pretensión que supera esta introducción. Sin embargo, cabe citar un ensayo clásico como el de Heidi Hartmann (1979:1), en el que señala que:

> Si bien el análisis marxista aporta una visión esencial de las leyes del desarrollo histórico y las del capital en particular, las categorías del marxismo tienen ceguera de género (sex-blind). Solo un análisis específicamente feminista revela el carácter sistemático de las relaciones entre hombre y mujer. Sin embargo, el análisis feminista por si solo es insuficiente ya que es ciego a la historia y no es lo bastante materialista.

Para la autora es necesario identificar al patriarcado como estructura social e histórica para analizar la situación de la mujer en las sociedades capitalistas occidentales. Entendiendo por patriarcado a un conjunto de relaciones sociales, jerárquicas que les permite a los hombres la dominación de las mujeres. Por ejemplo, mediante él se controla la fuerza de trabajo de la mujer, asignándole tareas peor remuneradas en el trabajo extradoméstico, y asignándole tareas de reproducción y de cuidado en la esfera doméstica.

* Dra. en Ciencias Sociales-UBA .Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales-UBA .Profesora de Metodología de la Investigación en UBA y en UNMDP.

[1]Nótese que hay suficiente literatura que pone el énfasis en describir los períodos históricos del pensamiento feminista según las reivindicaciones sostenidas en cada período y que no es objeto de desarrollo de este escrito. Cuestionando ya la existencia de solo dos géneros asumiendo que podemos encontrar producciones que asuman diferentes definiciones.

Por lo tanto se torna necesario reconocer y luchar contra las relaciones capitalistas y patriarcales de opresión, no quedando subsumidas las luchas feministas dentro de la lucha de clases.

"La perspectiva de género puede aplicarse a todos los aspectos de la vida social, por eso decimos que es transversal a los diversos campos de lo societal."

En lo que respecta a la temática específica de investigación en el área de estratificación social y género, ha sido imperioso generar nuevos interrogantes a viejos problemas. ¿Qué medimos cuando medimos las clases sociales? ¿Cómo se abordan los hogares con doble ingreso? ¿Son siempre homogéneas en cuanto a la clase social las parejas en las que ambos miembros trabajan? ¿Es válido seguir considerando una sola persona como cabeza de familia? ¿Cuánto afecta la clase social de la mujer al comportamiento de clase de un hogar? ¿Es válido considerar sólo la clase social del padre como origen social del hogar? Dado el cambio en la constitución de las familias, no sólo representadas por el ideal de familia nuclear, ¿es sostenible asumir al padre como origen social? ¿Quién cumple ese rol? Todos estos interrogantes, como ejemplo, conducen a reelaborar hipótesis y definiciones conceptuales y operacionales del fenómeno a estudiar.

Sin embargo, por más que en este campo se llevaron a cabo ciertos trabajos innovadores, muchas investigaciones no asumen dichos hallazgos, se sigue con un enfoque convencional (tradicional). Como marco de interpretación para sostener dicha postura resulta pertinente retomar la idea de ceguera de género (Burín 2013:20) "que implica una supresión de la conciencia activa de las diferencias de género, supresión basada en un compromiso intelectual con las generalizaciones abstractas, sin cuerpo y basadas en el razonamiento". Abbot y Wallace (1990), hicieron referencia a la tendencia androcéntrica de investigación en sociología y la presencia de una justificación ideológica para subordinar la posición de las mujeres. Así la ideología masculina se ha presentado como conocimiento universal. Para comprender esta ceguera de género, tal vez haya que asumir que como en tantos otros campos de conocimiento en los estudios de estratificación también se han dado luchas, y que en las primeras los estudios que pretendieron poner en tela de juicio el modo de investigar la estratificación social fue acallado. Por lo tanto, en esta área como en tantas otras continúan las tareas pendientes.

No obstante cabe recordar que la perspectiva de género puede aplicarse a todos los aspectos de la vida social, por eso decimos que es transversal a los diversos campos de lo societal. Podemos encarar con enfoque de género estudios, análisis, luchas en el campo de las migraciones, del trabajo, de la salud, de la ciencia, de la educación, de la infancia, de la justicia, de la demografía, de la economía, de la psicología y el psicoanálisis, la violencia, las estadísticas, etc., etc.

Por último, en el plano político de nuestra realidad argentina, no puede dejar de mencionarse que en este mes tuvo lugar el primer paro nacional de mujeres acompañado por la marcha del colectivo "Ni una menos", como protesta por las muertes de mujeres debido a la violencia machista que tiene lugar en nuestro país. Según lo expresado por la jueza de la Corte Suprema de la Nación -Elena Highton de Nolasco-, se habían producido hasta el momento de dicha marcha 19 crímenes en 17 días, dato extraído del Centro de información judicial. Por tanto, es mi deseo que este dossier sirva de homenaje a las tantas víctimas de los femicidios acontecidos y que sea imperioso trabajar en diferentes esferas con perspectivas de género para construir un país mejor

Bibliografía

Abbott; P y Wallace, C. (1990). *An introduction to sociology: feminist perspectives*. London: Routledge.

Burín, M. (1998). Estudios de género. Reseña histórica. En Burín, M. e Irene Meler. *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Hartmann, H. (1979)."Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo", tomado de la web de la *Fundación Rafael Campelans*. http://www.fcamplenas.cat/archivos/papers/88.pdf

Scott, J. (1993). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. C. Cangiano, C.DuBois, L. (Eds.). *De mujer a género.Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires, Argentina: Centro Editor de América Latina.

Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integralidad

Melina Antoniucci y Natacha Mateo*

El diálogo comenzado entre las ciencias médicas y las ciencias sociales ha permitido cuestionar y complejizar las miradas que desde la medicina se construyeron alrededor de las identidad sexuales disidentes. Sin embargo, rastrear los vestigios del paradigma patologizante resulta imprescindible para dar cuenta de las formas hegemónicas del poder biomédico que aún persiste. A partir de la sanción de un cuerpo de leyes reparadoras en la Argentina, estas identidades han podido acceder a varios derechos que les han sido negados históricamente. En relación a la salud, la iniciativa de implementación de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS), se presenta como una alternativa de acceso al sistema público de salud, aunque muchas veces la especificidad de la atención y la particularización de los servicios no permite integrar a las personas trans a este sistema.

PALABRAS CLAVE: Modelo médico-hegemónico - Patologización- Identidad trans - Acceso a la salud

The dialogue between the Medical Sciences and Social Sciences has allowed questioning and challenging the approach that from medicine was built around dissident sexual identity. Nevertheless, to account for the still persistent and hegemonic ways of the biomedical power is essential to track the vestiges of the pathological paradigm. Since the sanction of a body of remedial laws in Argentina, these identities have been able to access various rights that have historically been denied to them. In relation to the health care system, the initiative for implementing the Friendly Medical Offices for Sexual Diversity (known in Spanish as CADS) is presented as an alternative access to the public health system. However, the specificity of the care and services the transgender people need prevent them from integrating to this system.

KEYWORDS: Medical hegemonic model - Pathological paradigm - Transgender identity - Health access

> *"En nuestra opinión, a partir de la madurez institucional, teórica y metodológica alcanzada por nuestras disciplinas, se impone a esta altura ir más allá de las sociologías en, de o contra la medicina y tomar partido por una sociología y unas* ***ciencias sociales con la medicina****. Esto es, por unas ciencias sociales conscientes del valor de su acervo científico y que, sin subordinaciones ni soberbias, apunten en un pie de igualdad a operar junto con la medicina, de manera de potenciar recíprocamente las capacidades de conocer e intervenir sobre la problemática de salud/enfermedad"*
>
> Llovet y Ramos,
> *Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas*. 1995

Introducción

Históricamente, la relación entre las Ciencias Biomédicas y las Ciencias Sociales ha sido conflictiva (Llovet y Ramos, 1995; Ramos, 2007; López y Pantelides, 2007; López y Findling, 1998; Kornblit y otros, 2012; Domínguez Mon y otros, 2000; Spinelli, 2007; Merhy, 1998, 2006; Merhy y otros, 2012). El campo de investigación sobre la salud/enfermedad se ha encontrado envuelto en una lógica de disputa constante entre diferentes especialidades producto de su carácter multidisciplinar. En algún sentido, se podría llegar a hablar de la inconmensurabilidad de dos paradigmas que, al momento de dialogar, se encuentran con un terreno de investigación,

* Centro de Estudios Históricos (CEHis) - Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP).

intervención y acción colmado de disciplinas y profesionales que, desde sus respectivos enfoques teóricos, pretenden incidir en las problemáticas del campo.

Sin embargo, en esta disputa paradigmática, la medicina ocupa un lugar hegemónico en la resolución de los problemas que se presentan. La pregunta que surge inevitablemente es por la génesis de este poder que, sin adelantarnos pero marcando las líneas de lo que queremos proponer en este artículo, denominamos *médico-hegemónico.*

Para intentar responder a este interrogante, Jarillo-Soto y López-Arellano (2007) proponen pensar que la preponderancia del enfoque médico biológico se debe a su capacidad interpretativa y a los aportes científicos que supieron dar a las Ciencias Biomédicas para explicar y, sobre todo, solucionar/mejorar los problemas de salud de los individuos. Sin embargo, circunscribirse a ese enfoque implica trasladar mecánicamente este paradigma a problemas más complejos que demandan incorporar otras racionalidades y otros cuerpos conceptuales, cuando en realidad el campo de la salud se constituye, necesariamente, como un campo interdisciplinar.

Por lo tanto, el objetivo de este artículo es analizar las problemáticas socio-sanitarias de los colectivos de *disidencia* sexual. Para ello, reconstruiremos teóricamente las principales discusiones entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales con el objetivo de pensar la construcción de un poder médico-hegemónico, haciendo hincapié en el surgimiento de la sociología *con* la medicina. Luego, problematizaremos el rol que ocupó, y sigue ocupando, este poder en la patologización de las *disidencias* sexuales. Y por último, nos proponemos abrir nuevas preguntas respecto del rol que ocupan los Consultorios Amigables Diversidad Sexual en el acceso a la salud de estos colectivos.

El diálogo entre las Ciencias Médicas y las Ciencias Sociales: aportes y desafíos

Los primeros vínculos entre las ciencias médicas y las ciencias sociales, podrían rastrearse con los aportes de las corrientes de la Higiene Social a principios de siglo XX, nacida en Alemania y que marca el antecedente de lo que luego será la Medicina Social [1] y la corriente de la Epistemología Crítica. También a principios del siglo XX, el filólogo e historiador de la medicina Johann Peter Frank, fue pionero en exponer las relaciones entre la práctica de la medicina y las condiciones sociales (Sigerist, 2006). En los años 1920 y 1930, se vislumbra una creciente inclinación teórica de las propias instituciones de salud por los aspectos sociales de las enfermedades, lo que convierte a la medicina social en una rama de interés para los profesionales de la salud (Mckeown y Lowe, 1981).

En la misma línea, tal como alertan Amezcua y Gálvez-Toro (2002), estudios como los de Goffman (1961, 1970) a principios de la década de 1960 y su concepción de los hospitales psiquiátricos como *institución total* junto con los significativos aportes de Foucault (1974, 1976, 1984) y su vasto cuerpo teórico que ilumina las ciencias biomédicas desde una perspectiva más filosófica y analítica, aportan las contribuciones planteadas por el campo de la Epidemiología Crítica como una nueva forma de pensar la salud en el espacio urbano.

> **“Consideramos fundamental pensar la relación entre las Ciencias Sociales y la Medicina, sin que un paradigma supere al otro, sino que se complementen con el objetivo de profundizar los análisis sociales respecto de las condiciones de acceso a la salud del colectivo trans.”**

América Latina no escapa a esas contribuciones. Particularmente, la producción académica sudamericana tiene mucho que aportar al campo de la Medicina Social (Laurell, 1982; Nunes, 1991; Iriart y otros, 2002; Merhy, 2006). Estos análisis con perspectiva latinoamericanista comprenden el proceso de salud-enfermedad desde una *perspectiva dialéctica* y complejizan el enfoque de la *causalidad*, dentro del cual “las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, es decir, que existen antes del problema analizado” (Iriart y otros 2002: 131).

Estas corrientes entienden que hay entonces una historicidad de lo biológico. En tal sentido, siguiendo el planteo del teórico ecuatoriano Breilh (2010: 84), “una reflexión emancipadora sobre los problemas de salud de la ciudad” debe superar necesariamente las afirmaciones reduccionistas sobre la salud y el ambiente para acercarse a la necesidad colectiva ya que, en ellas “radican los fundamentos de una ciencia conceptualmente fetichista y prácticamente ineficaz”.

Para estas corrientes, el horizonte sería entonces aportar a la comprensión y explicación de los problemas colectivos de salud

1 En cierto sentido, la medicina social no existe porque toda medicina es social. La medicina siempre fue una práctica social, y lo que no existe es la medicina “no social”, la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión (Foucault, 1974).

y a las acciones públicas de intervención que, dialogando con las teorías presentes, continúen indagando en lo conceptual, lo metodológico y las prácticas de los/as profesionales de la salud y especialmente en "generar propuestas de acción que permitan incidir en los problemas de salud de los grupos humanos" (Jarillo-Soto y López-Arellano 2007: 146).

Adentrándonos ya en el nacimiento de la sociología *con* la medicina, en tanto campo disciplinar de estudios, es necesario remarcar que tiene sus orígenes en un gran número de aportes teóricos que se articularon a mitad del siglo XX (Biagini, 1996; Ramos 2006). Por un lado, la tradición seguida por Spencer y su conceptualización de la sociedad desde una visión organicista, los estudios del suicidio que desarrolló Durkheim (1897), el concepto de retraso cultural desarrollado por la Escuela de Chicago (1922) o el tratamiento teórico hecho por Parsons (1951) sobre los profesionales y sus pacientes (Biagini, 1996). Por otro lado, dos cambios en la Medicina también permitieron el desarrollo de este campo disciplinar. El primero tiene que ver con la aparición de un modo multicausal de comprensión de la enfermedad. El segundo con los cambios en la organización de los sistemas médicos (Biagini, 1996).

A partir de estas nuevas discusiones, y con el desarrollo de la Medicina Social y la Epidemiología Crítica más consolidadas como campo disciplinar, Robert Strauss (1957) realiza una distinción que diferencia la Sociología *en* la medicina y la Sociología *de* la medicina. Para el autor, en la primera acepción, los sociólogos sólo proporcionan sus conocimientos y métodos de investigación a los médicos, a los servicios de salud o en las instancias decisorias de políticas públicas en la materia. En la segunda, en cambio, se aborda la salud y la medicina como factores sociales susceptibles de ser analizados a partir de una teoría sociológica.

Frente a esta disyuntiva, que separa dos formas de comprender la relación teórica e investigativa entre las Ciencias Médicas y la Sociología, Llovet y Ramos (1995) proponen una sociología *con* la medicina al afirmar que es necesario superar la dicotomía entre ambas ciencias como dos paradigmas diferentes, y que se debe apuntar a profundizar los análisis multidisciplinares de manera de *potenciar recíprocamente las capacidades de conocer e intervenir sobre la problemática de salud/enfermedad*.

Esta referencia es el punto clave para responder una pregunta que atraviesa todo este trabajo: si nos interesa pensar las problemáticas socio-sanitarias de los colectivos de diversidad sexual ¿Por qué es necesario estudiar el sistema de salud desde las Ciencias Sociales en general y la Sociología en particular? Como una suerte de premisa, consideramos fundamental pensar la relación entre las Ciencias Sociales y la Medicina, sin que un paradigma supere al otro, sino que se complementen con el objetivo de profundizar los análisis sociales respecto de las condiciones de acceso a la salud del colectivo trans.

Patologización de la *disidencia* sexual

El cuerpo, como objeto de estudio y reflexión, se ha convertido a lo largo del siglo XX, en la plataforma de enunciación de las ciencias biomédicas y también de las ciencias sociales. Se podría estudiar la historia del siglo pasado a través de las construcciones y las clasificaciones que éstas han hecho de los modelos de cuerpo. Cuerpos gozosos, robustos, saludables, productivos, fuertes, sanos y cuerpos objetos, estandarizados, patologizados, enfermos y abyectos.

Inscripto de una *biohistoria*[2], como plataforma de enunciación pero también como espacio de inscripción, el cuerpo puede *leerse* como un símbolo del mundo social que los propios sujetos habitan. Retomando los aportes de Csordas (2001), Vartabedian (2007: 3) afirma que "el cuerpo no puede más ser entendido como un hecho de la naturaleza, como un objeto que desafía a la cultura. Por el contrario, es un agente activo de la cultura, tiene una base existencial y está involucrado tanto en la percepción como en la práctica" .

Paralelamente a estas discusiones, las sociedades modernas fueron conformando una experiencia a través de la cual los individuos podían, y debían, reconocerse desde esos cuerpos como portadores y sujetos de una sexualidad. A cada momento socio-histórico le correspondería entonces diferentes vivencias de los cuerpos y las sexualidades. Pensar entonces la sexualidad como una experiencia en clave socio-histórica

> implica poner en consideración la correlación dentro de una cultura entre los campos de saber que se inauguran al respecto, los tipos de normatividad que se establecen, las prácticas eróticas y amatorias que se visibilizan y las formas de subjetividad que se construyen. (Fernández, 2012: 18)

Pensar entonces la sexualidad en términos de experiencia histórica es la punta para comenzar a problematizar los ejes que la constituyen como paradigma esencialista y natural. Indagar sobre la formación de los saberes, los sistemas de poder que regulan sus prácticas y sus devenires y las formas

2 La conjunción del exceso de medicalización y la inscripción dentro de un sistema de normalidad/anormalidad como forma de control social, abren la posibilidad de pensar la historia del cuerpo social en términos de biohistoria (Foucault 1976, 1980): el efecto, en tanto huella mnémica en lo biológico y también lo social, que ha dejado la intervención médica totalizante, a comienzos del siglo XVIII, y que aún sojuzga a ciertas identidades consideradas anormales y amenazantes del sistema binario con el que se definen las identidades sexuales.

en que los modelos clasificatorios reclaman la identificación con una forma u otra (Fernández, 2012). Esta *puesta en discurso del sexo*, no son más que las técnicas polimorfas del poder que Foucault (1976) reconoce como *tecnología* en tanto procesos de conexión entre las prácticas discursivas, relaciones institucionales y efectos materiales que, actuando de manera conjunta, producen afirmaciones verdaderas sobre los cuerpos.

Si el cuerpo puede pensarse como un legado de la sociedad moderna, la posibilidad de trascender las formas identitarias responden a un modelo pos-moderno que ha comenzado a pensar más allá del binarismo y, sobre todo, de los esencialismos.

En este sentido, las contribuciones desde los movimientos de activistas LGTTBIQ, los estudios queer y algunas corrientes del feminismo y el pos-feminismo pusieron en evidencia no sólo la importancia política que adquieren los modos de denominar las formas sexuales *disidentes*, sino lo inacabado que resulta un esquema clasificatorio donde prima una episteme exclusivamente *binaria* (Butler, 2002; Fernández y Siqueira Peres, 2013).

Al respecto, Fernández y Siqueira Peres (2013) se preguntan, ¿qué es lo que parece haber estallado con la visibilización de las diversidades sexuales? Y se responden: el orden sexual moderno y sus modalidades específicas de producción de identidades sexuales. Es el modelo binario que entra en crisis en tanto que fija como posibilidad sólo dos términos (hombre-mujer/heterosexual-homosexual); *atributivo*, porque tiene la posibilidad de cargar ciertas características y no otras a las personas que portan tales identidades; y *jerárquico*, ya que posiciona las opciones sexuales no heterosexuales como la "diferencia"[3]. A decir de los autores, es sobre esta lógica *binaria, atributiva* y *jerárquica* que se han conformado los criterios epistémicos y las prácticas intervencionistas del mundo científico, cultural, político y social (Fernández y Siqueira Peres, 2013). Y ha sido esta misma lógica la que ha encontrado un correlato en las disidencias, los activismos y las prácticas de resistencias identitarias (Butler, 2002).

Por otro lado, este diálogo incipiente del que venimos hablando, entre las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y los aportes que se han hecho en la discusión respecto de las categorías teóricas clásicas, construyeron un nuevo paradigma desde donde tanto los colectivos militantes como las producciones académicas, comenzaron a dibujar el camino hacia la despatologización de las identidades sexuales disidentes.

Principalmente, el paradigma patologizante se asentó sobre la base de discursos que delimitan lo *normal* de lo patológico como dos entidades naturales, esencialistas y desprovistas de todo desarrollo histórico. Estas formas clasificatorias, encuentran su legitimidad en las líneas teóricas de las ciencias naturales y la psiquiatría, y condenan a todas las identidades sexuales disidentes como una categoría marginal, y por ende potencialmente peligrosa (Fausto Starling, 2000; Cabral, 2011; Ortega, 2014), la cual requerirá el despliegue de toda una batería de técnicas de normalización (Ortega, 2014). Estos sistemas clasificatorios están basados en una hetero/homonormatividad que, naturalizando la visión *binaria*, condenan al ostracismo y el mundo de lo abyecto a toda identidad que se encuentre por fuera de estas lógicas.

Paralelamente, los avances hacia la despatologización también deben su proceso a los distintos colectivos activistas que han logrado instalar el debate en el ámbito académico y público en consonancia con los procesos de revisión de los manuales de diagnóstico de DSM CIE. Una de las principales iniciativas a nivel mundial es la conformación de STP[4] (Stop Trans Pathologization), que actualmente cuenta con más de 370 organizaciones y redes activistas adheridas, y tiene la tarea de coordinar la convocatoria por el Día de Acción por la Despatologización Trans, jornada que se realiza anualmente desde el 2009. En este marco, en octubre de 2013 se realizaron más de 100 acciones en 49 ciudades de distintos puntos del mundo (Suess, 2014).

Si bien existe un consenso generalizado entre activistas y académicos/as en torno a los beneficios de abandonar el paradigma de la patologización, algunas posturas sostienen que si la despatologización del trastorno de identidad de género significa dejar sin acceso y sin financiación la atención a los tratamientos médicos, sobran motivos para sostener la atención sanitaria y la garantía del acceso a la salud, aunque desde una perspectiva despatologizante (Polo Usaola y Zarco, 2010). Uno de esos motivos alude al concepto que la propia O.M.S sostiene y que entiende a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad sino también como la presencia del bienestar físico, psíquico y social (O.M.S, 2010).

La urgente necesidad de un paradigma despatologizante

Casi como un correlato del proceso de vulneración y exclusión que sufrieron, y aún hoy continúan sufriendo las personas trans[5], la construcción de bases estadísticas[6] ha sido

3 Es por esto que en esta investigación elegimos adoptar el término *disidencia* en vez de *diferencia* sexual (Fernández y Siqueira Peres, 2013).

4 Diponible en: http://www.stp2012.info/old/es. Consultado el 12/09/2016

5 El término trans designa a todas las identidades y expresiones de género que cuestionan tanto el binarismo hombre/mujer como las identidades que de ese binarismo se desprenden.

6 La construcción de datos e índices constituye el paso inicial para la planificación de políticas públicas y programas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida de un grupo poblacional específico o de la comunidad toda.

más por iniciativas de los esfuerzos activistas de colectivos y organizaciones y los impulsos académicos, que por parte del Estado. Es por ello que, al medir el impacto de las políticas sociales, sobre todo el cuerpo de leyes sancionado recientemente en la Argentina, las estadísticas son escasas, heterogéneas y no pueden extrapolarse a nivel nacional.

En materia de salud se puede citar un estudio realizado por la Fundación Huésped y la Asociación de Travestis, Transgéneros y Transexuales de Argentina en el año 2013 que indicó que, sobre un total de 406 mujeres trans, el 41,2 % evitó ir a un centro de salud previo a la Ley de Identidad de género, mientas que luego de ésta sólo un 5,3% decidió no concurrir. Además, el 67,1% expresó no haber sido llamada por su nombre de elección en dicho ámbito previo a la sanción de la ley, y luego de la misma la cifra se redujo a un 17,0%. Esta tendencia se repite entre los 46 varones trans que participaron en el mismo estudio donde el 58,2 % manifestó que había evitado concurrir a un centro de salud previo a la ley y, luego de ella, el porcentaje se redujo a un 12,1%. Asimismo, el 43,6 % expresó que, previo a la ley, no lo llamaron por su nombre de elección en los servicios de salud, mientras que posterior a la normativa, el 13,1% tuvo que atravesar por dicha situación discriminatoria[7].

En relación a las condiciones de vida en general, los escasos datos con los que cuenta la comunidad son los que se construyeron gracias al esfuerzo militante y el compromiso de voluntades individuales. Tal es el caso de *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina* (2005) coordinado por Lohana Berkins y Josefina Fernández o *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgénero* (2007) compilado por Lohana Berkins y con el trabajo de investigación y coordinación de Renata Hiller, Aluminé Moreno y Ana Malimacci. Estos exhaustivos relatos logran reconstruir el origen y devenir de la comunidad que, en la mayoría de los casos, tiene el mismo itinerario: desde el interior de las provincias hacia la capital del país y con un promedio de vida que supere los 36 años de edad. Para el caso de la población trans, esta identidad se manifiesta entre los 9 y los 13 años de edad, lo que implica la expulsión de las dos instituciones socializadoras más importante de la niñez: la familia y la escuela. Además, casi el 80% tiene a la prostitución como principal fuente de ingreso.

Este relevamiento estadístico y la basta bibliografía en la temática, dan cuenta de que la problemática del acceso a la salud de la población Travesti y Trans se ha convertido en materia de preocupación e investigación en el ámbito de los diferentes colectivos políticos por la igualdad de derechos (Cabral y otros, 2009; Margulies, 2012; García, 2009; Irizar, 2014; Casal y Pugliese, 2009; Lasso Báez, 2014; Zaldúa y otros, 2014; Machado, 2014; Lavigne, 2006).

7 Estudio disponible en http://www.huesped.org.ar/informe-situacion-trans/ Consultado el 20/08/2016

En América Latina en general, y en Argentina en particular, el avance en materia de derechos sobre la comunidad LGTBIQ ha constituido una reparación histórica sobre este colectivo. Dan cuenta de ello la sanción de la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario, el Programa Provincial de Cupo Laboral Trans, la Ley 26.791 de Femicidios -que introduce las modificaciones al Art. 80 del Código Penal- y la Ley 26.743 de Identidad de Género, que en su Artículo 11 contempla y promueve el acceso integral a la salud, puntualizando particularmente sobre el derecho de todas las personas mayores de dieciocho años de edad a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Además de este artículo, uno de los aportes más destacados de la Ley de Identidad de Género es la modificación que introdujo a la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina, mediante la cual se prohibía la realización de cirugías de reafirmación de género, conocidas comúnmente como operaciones de cambio de sexo. También modificó la Ley 18.248 del Nombre, ya que antes de estas modificaciones, las personas que solicitaban la rectificación registral de sus nombres y sexo en sus documentos debían contar con una autorización judicial y con una larga serie de pericias médicas y psiquiátricas que indicaran que la persona padecía alguno de los "Trastornos de la Identidad Sexual" catalogados en los manuales internacionales (en los Standards of Care for Transgender Health de la WPATH[8] hasta el 2011, en el DSM de la APA[9] hasta el año 2015 y en la CIE de la OMS[10] en la actualidad). Tiempo antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la Ley 26.657 de Salud Mental en su artículo 3º prohibió que se realicen diagnósticos en el ámbito de la salud mental basados exclusivamente en la orientación sexual o la identidad de género (Cutuli y Farji Neer, 2016).

Puntualmente, en lo que respecta al acceso a la salud de las personas trans, y a raíz de las modificaciones mencionadas en el Artículo 11º, en un esfuerzo mancomunado entre la Dirección de Sida y Enfermedades de Trasmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación como coordinadora y el apoyo técnico y financiero del Sistema de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, PNUD y OPS), entre el año 2010 y 2012 se implementan los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) en varias localidades del país, con el objetivo de garantizar el acceso integral a la salud y mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la atención médica (hormonal y psicológica) en el ámbito de los hospitales públicos (Ochoa López y Figueroa, 2009; Weller y otros, 2013; Irizar, 2014).

Actualmente, en Argentina funcionan 30 CADS de los cuales 24 están concentrados en la provincia de Buenos Aires, 4 en la provincia de San Juan, 1 en San Luis y 1 en Tucumán (Ocho López y Figueroa, 2009). En la ciudad de Mar del Plata, el CADS está coordinado por la Red de personas con VIH-sida de Mar del Plata, Asociación de Travestis, Transexuales, Transgénero de Argentina (ATTTA), Centro de Salud Nº 1 y el Programa de la Región Sanitaria VIII.

En lo que respecta a la implementación de los CADS, el trabajo realizado por Cutuli y Faji Neer (2016) se propuso indagar en las iniciativas desplegadas por profesionales de la salud especializados/as en los llamados Tratamientos de Reafirmación de Género y por integrantes de organizaciones sociales en los C.A.D.S, concluyendo que

> la implementación del artículo 11º de la Ley 26.743 tiene como principal obstáculo la inexistencia de un programa estatal que coordine y sostenga dichas iniciativas y que promueva tanto la conformación de nuevos equipos como el cumplimiento del contenido la Ley en toda dependencia de salud (p. 3).

Como hemos podido ver hasta aquí, el campo de las ciencias médicas y sociales ha abierto un panorama que permite pensar las identidades sexuales disidentes desde una perspectiva analítica que asume el paradigma de la despatologización y el acceso a la salud desde la iniciativa de implementación de los CADS.

Conclusiones

A modo de conclusión de este debate teórico, nos interesa plantear fundamentalmente dos aspectos. Por un lado, el rol del poder *médico-hegemónico* en la construcción *binaria* de los sexos ha sido la piedra angular desde donde se han formulado las formas patologizantes de las identidades sexuales *disidentes*. En este sentido, la interdisciplinariedad entre los campos de la medicina y las ciencias sociales, y particularmente la sociología, han aportado una visión más compleja y despatologizante, que recorre las construcciones *binarias* y hegemónicas de las edificaciones socio-sexuales.

Por otro lado, en materia de accesibilidad a la salud, la iniciativa de los CADS en los sistemas públicos de salud, parte de entender estas identidades desde la perspectiva despatologizante. Sin embargo, ¿constituyen realmente una forma de accesibilidad real? Delimitar una problemática y crear una política que la contemple, ¿es suficiente para generar

8 Word Professional Association for Transgender Health.
9 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la *American Psychiatric Association*.
10 Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

las condiciones de accesibilidad al sistema de salud? ¿No sería más efectivo lograr que se incorpore en una visión universal los derechos del colectivo trans, en todo el sistema de salud? Visión que también recoja y capacite a los efectores de salud que se desempeñan en estos ámbitos.

En este sentido, la existencia de un consultorio que contemple las especificidades de los colectivos trans, no deja por fuera al sistema integral de salud que, más allá de las capacitaciones correspondientes para trabajar con problemáticas específicas, debería brindar una atención integral e inclusiva para todas las poblaciones en general. La implementación de los CADS, como forma específica y recortada de algo mucho más integral y amplio como es el acceso a la salud, ¿no contribuye a robustecer estas formas?

Bibliografía

Amezcua, M., y Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista española de salud pública*, 76(5), 423-436.

Berkins, L. (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas*. Buenos Aires: Editorial A.L.I.T.T.

Berkins, L. y Fernández, J. (Coords.) (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Madres de plaza de mayo.

Biagini, G. (1996). *La conformación del objeto de estudio de la Sociología de la Salud. Procesos sociales y estructuración del paradigma médico*. Publicación Interna 1, Cátedra Sociología de la Salud, FCS/ UBA. Buenos Aires, Argentina.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Rev. Salud Colectiva*, 6(1): 83-101.

Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.

Cabral, M. (2011). La paradoja transgénero. En Cáceres, C, Mogollón, M.E, Pérez-Luna, G. y Olivos, F. (Eds.). *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*. Lima:

Cabral, M. Hoffman, J. Coman, A. y Ferreyra, M. (2009). *Me preguntaron cómo vivía/ sobrevi-viendo, dije, sobreviviendo: Trans Latinoamericanas en Situación de Pobreza Extrema*. Programa para América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina.

Casal, M. I. y Pugliese, C. A. (2009). Servicios amigables para poblaciones Trans: ¿Una estrategia de accesibilidad?. Ponencia presentada en *V Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Noviembre de 2009. Instituto de Investigaciones Gino Germani. FCS/ UBA. Buenos Aires, Argentina.

Cutuli, S. y Farji Neer, A. (2016). Mapeando estrategias: iniciativas, oportunidades y dificultades en la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario. Ponencia presenta en las *XII Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en Salud y Población*. 3, 4 y 5 de agosto de 2016. Instituto de Investigaciones Gino Germani. FCS/ UBA. Buenos Aires, Argentina.

Dominguez Mon, A. Federerico, A. Findling, L. Mendez Diz, A. (Comps.) (2000) *La salud en crisis: una mirada desde las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.

Durkheim, É. (1965 [1897]) *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire.

Fausto-Sterling, A. (2000) *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.

Fernández, A. M. (2012) L*as lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.

Fernández, A. M., y Siqueira Peres, W. (2013) *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales.* Buenos Aires: Biblos.

Foucault, M. (1974) *La crisis de la antimedicina o la crisis de la medicina*. OPS/OMS. Washington DC, 1978. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.

Foucault, M. (2000). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2014 [1976]) *Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad del saber.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2014 [1984]) *Historia de la sexualidad. Tomo II. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2014 [1984]) *Historia de la sexualidad. Tomo III. La inquietud del sí*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2010 [1989]) *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.

García, A. (2009) Tacones, Siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género. *Revista Colombiana de Antropología*, 45(1), 119-146.

Goffman, E. (1970) *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jarillo-Soto, E. C., y López-Arellano, O. (2007). *Salud pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación*. *Rev Salud Pública*, 9(1), 140-154.

Iriart, C. Waitzkin, H. Breilh, J. Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panamerica de Salud Pública*, 12(2), 128-136.

Irizar, M. (2014). *Consultorios amigables para la diversidad sexual*. Informe para la PNUD.

Kornblit, A. Camarotti, A. C. y Wald, G. (comps.) (2012) *Salud, sociedad y derechos*. Buenos Aires: Teseo.

Laurell, A (1982). La salud y la enfermedad como proceso social. *Cuadernos médico sociales Nº 19*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana.

Lasso Báez, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125.

Llovet, J. J. y Ramos, S. (1995). Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas. En Hardy, E., Duarte Osis, M. J. y Rodrigues Crespo, E. (Eds.) *Ciencias sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latinoamericanas*. Campinas: CEMICAMP.

López, E. y Pantelides, E. A. (comps.) (2007) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA.

López, E. y Findling, L. (1998). La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?. En *Avances en la Investigación en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP.

Matus, A. (2015). Configuraciones identitarias de mujeres trans: prácticas, tensiones y conflictos. Ponencia presentada en las *XII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y VII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*. 5 y 7 de marzo de 2015. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Comahue. Neuquén, Argentina.

Matus, A. (2015) Disrupciones corporales y teoría. Reflexiones iniciales. Ponencia presentada en las *XI Jornadas de Sociología*. 13 al 17 de julio de 2015. FSOC/UBA. Buenos Aires, Argentina.

Margulies, S. Stival, M. y Name, J. (2012). *El acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans: una aproximación desde los equipos de salud*. www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp

Mckeown. T y Lowe, C.R. (1981) *Introducción a la Medicina Social*. México D.F: Siglo XXI..

Merhy, E. (1998) La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud- una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia. En Campos, Cezar R; Malta, Deborah C.; Teixeira dos Reis, Afonso; Dos Santos, Alaneir; Merhy, Emerson E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. San Pablo: Xamã Editora.

Merhy, E. (2006) *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Merhy, E. E, Feuerwerker, L. y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. En *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.

Nunes, E. (1991) *Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración.* En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC, eds. Debates en Medicina Social. Quito, Ecuador.

Ortega, J. (2014) *Sobre la exigibilidad del derecho a la salud en personas trans: de conquistas y deudas aún pendientes.* Disponible en: http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/04/miscelaneas43241.pdf.

Ocho López y Figueroa, (2009) *Trayectorias de vida y experiencias cotidianas de personas. transexuales en argentina: la encrucijada entre las leyes, la medicina y la cultura*. Instituto de altos estudios sociales (IDAES). Disponible en: http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/Ponencia-_1_.pdf. Fecha de consulta: marzo de 2016

Parsons, T. (1951) *El sistema social.* Madrid: Alianza Universidad.

Polo Usaola, C., y Olivares Zarco, D. (2010). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 31(2), 285-302.

Ramos, S (2006) *La sociología y le medicina: por qué, para qué y cómo construir puentes*. Buenos Aires: CEDES.

Ramos, S. (2007) *Mesa redonda. Intersección entre las ciencias biomédicas y sociales.* En López E. y Pantelides, E. A. (Comps.)

Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires: CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA.

Sigerist, H. (2006). Johann Peter Frank: un pionero de la Medicina Social. *Salud colectiva*, 2(3), 269-279.

Spinelli, H. (2010), Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.

Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectiva trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales*, 49, 228-143.

Vartabedian, J. (2007). *El cuerpo como espejo de las construcciones de género*. Una aproximación a la transexualidad femenina. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, (10). Disponible en: http://www.antropologia.cat/quaderns-e-64. Fecha de consulta: Abril de 2016

Weller, S y otros (2013). *Consultorios amigables para la diversidad sexual. Resumen ejecutivo.* Dirección de Sida y ETS / PNUD. Disponible en:www.msal.gov.ar. Fecha de consulta: febrero de 2016

Zaldúa, G. Longo, R. Lenta, M. y Sopransi, M. B. (2013). Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*, XX (III), 125-140.

División de tareas domésticas y de cuidado en parejas de clases sociales heterogéneas

Soledad Tuñón*

El artículo muestra un análisis sobre la división de tareas domésticas y de cuidado en parejas heterosexuales en las que los dos miembros trabajan, de composición de clase heterogénea, tradicional y no tradicional. La investigación es de carácter cualitativo. Se realiza con fuentes primarias de datos, extraídos en nueve entrevistas en profundidad, de carácter individual, realizadas a hombres o mujeres pertenecientes a parejas en las que ambos miembros trabajan, en el Área Metropolitana de Buenos Aires. El aporte del presente proyecto a la investigación en la que se inserta,"Construyendo tipologías de uso del tiempo libre, clases sociales y género" dirigida por la doctora Gabriela Gómez Rojas, reside en poder complementar los hallazgos de corte cuantitativo de la misma, desde un enfoque cualitativo.

PALABRAS CLAVE: Clases sociales heterogéneas - Tareas domésticas - Cuidado de niños/as - Ideología de género - Conflicto doméstico

The article is an analysis of the sharing of house chores and child-rearing by heterosexual couples when both members work and belong to different social classes – either traditional and non-traditional –. The research is qualitative. It is carried out with primary data sources, from nine thorough individual interviews, made to men or women belonging to couples whose members work in the Metropolitan Area of Buenos Aires. The contribution of this project to the research in which it is included – "Building typologies of the use of leisure time, social class and gender"– directed by Gabriela Gómez Rojas, PhD, lies on completing the quantitative findings of such research from a qualitative approach.

KEYWORDS: Cross-class couples - House chores - Child care - Gender ideology - Household conflicts

Introducción

El presente estudio se inscribe en el marco de un proyecto más amplio dirigido por Gómez Rojas, "Construyendo tipologías de uso del tiempo libre, clases sociales y género" (UBACYT 20020130100755BA).

El aporte de este artículo al mismo, reside en su enfoque cualitativo centrándose en la articulación entre clase social, género y división de tareas domésticas y de cuidado. Así busca profundizar aspectos de la incidencia de la heterogeneidad de clase en el reparto de tareas, de los conflictos que éste puede generar y de la ideología de género (cómo influyen los nuevos discursos que rompen con lo estatuido). La investigación de tipo cualitativo permitirá conocer mejor las prácticas sociales existentes en el interior de las familias y, desde la perspectiva de los actores involucrados, llevar hacia un debate público, logrando desprivatizar el tema.

Planteo del problema

El estudio del reparto de tareas domésticas adquiere relevancia conforme aumentan los hogares con dos proveedores, que llegaron a ser en el año 2014 (en CABA) del 71% (Ministerio de Hacienda GCBA, 2015). Incluso, aparecieron hogares en que la principal aportante es la mujer. Esto se ve tanto en Argentina como en otras partes de Latinoamérica.

Aguirre (2007) indica que en Uruguay, para el 2003, el 18% de hogares nucleares completos tienen como proveedora principal a la mujer. En México parece suceder lo mismo,

* Integrante de equipo UBACYT "Construyendo tipologías de uso del tiempo libre, clases sociales y género", con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

ya que Cruz et al (2003) postulan para el 2001 un 20% de unidades domésticas encabezadas por mujeres. Si el hombre ya no es el único proveedor del hogar (e incluso hay hogares encabezados por mujeres) estudiar cómo las tareas domésticas son repartidas se torna crucial.

Dentro de los hogares de dos proveedores, interesa específicamente observar cómo la heterogeneidad de clase en la pareja (en que el hombre y la mujer presentan clases sociales distintas) incide en la repartición. Gómez Rojas (2012) señala que la heterogeneidad de clase en las parejas en las que ambos son proveedores del hogar, para el año 2001 en aglomerados urbanos argentinos es de 60,4% y dentro de este porcentaje, el 29,9% presenta una heterogeneidad no tradicional. Es decir, que hubo un aumento de hogares con dos proveedores y a su vez, de hogares con heterogeneidad de clase.

Sin embargo, al hacer estudios de estratificación se suele atribuir la clase social del jefe de hogar al resto de los miembros del mismo (se cataloga la posición de clase del hogar solo en base a la clase social del jefe). Por ejemplo, la hipótesis convencional de Goldthorpe, "asume que la estrategia familiar no depende de una negociación de los imperativos de clase ligada a los trabajos de los esposos, sino que está determinada únicamente por los imperativos de clase del proveedor masculino" (Gómez Rojas, 2010:122).

No obstante, como se señalaba, varios autores ponen en cuestión esta hipótesis:

> Se ha subestimado (…) la presencia de hogares con una situación de clase compuesta (…) En estos casos, calificar el nivel de bienestar del hogar, su posición de clase, o su ubicación en una jerarquía de estratificación social a partir de la posición que ocupa uno de sus integrantes, el jefe, se antoja, cuando menos, limitada, sino arbitraria. (Mora Salas, 2004: 17)

Para evitar este enfoque reduccionista de la realidad actual de los hogares, es necesario utilizar la tipología de parejas según heterogeneidad de clase, establecida por B. Graetz (1991). Según el entrecruzamiento de la clase social del varón y de la mujer que componen la pareja, el autor establece que hay familias de composición homogénea, donde ambos miembros pertenecen a la misma clase social y familias de composición heterogénea, es decir, donde el varón y la mujer de la pareja, pertenecen a distintas clases sociales. Entre las últimas, hay dos tipos: por un lado, las de *composición heterogénea tradicional* (en que el hombre tiene una clase social superior) por el contrario, las familias de *composición no tradicional*: la mujer presenta una clase social superior a la de su pareja.

Tener en cuenta la heterogeneidad es importante antes que nada ya que tiene sus implicancias a nivel empírico: Wright (1997) indica que si bien las parejas de los hogares pueden compartir situaciones de consumo, las diferencias de ocupación suelen generar intereses de clase diferentes. Cada individuo o miembro de la pareja heterogénea, tendrá distintas tomas de posición según su clase social: "el habitus es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario" (Bourdieu, 1997: 19).

Por todo ello, este estudio se centrará no solamente en estudiar hogares con dos proveedores sino en estudiar aquellos en que los proveedores presenten a su vez clases sociales distintas entre sí. Se hace necesario preguntar por la relación entre la heterogeneidad de los miembros del hogar, y su participación en las tareas domésticas y de cuidado. Si ambos miembros de la pareja trabajan, ¿quién se hace cargo de las tareas que "tradicionalmente" eran asignadas a las mujeres amas de casa? ¿Cómo influye en esta repartición la diferencia de las clases sociales de los miembros de la pareja? ¿Es la misma la que se observa en las parejas heterogéneas no tradicionales y tradicionales?

Moravcsik (2015) indica que "una mujer de negocios dispuesta a hacer lo necesario para alcanzar el éxito, necesitará lo que un director ejecutivo siempre tuvo: una esposa que soporte la mayor parte de las responsabilidades en su hogar". ¿Es esto realmente así en los hogares de composición de clase heterogénea no tradicional?

Estado actual de conocimiento sobre el tema

En trabajos previos, se estudió esta relación y se señaló la importancia que aún tienen los *valores tradicionales* en todas las clases sociales sobre el reparto de tareas y de cuidado de niños/as. Los valores tradicionales asocian a la mujer al ámbito de lo doméstico y al hombre al ámbito de lo laboral. Por ello, aunque las mujeres hayan avanzado en el ámbito del trabajo subvirtiendo en parte ese modelo, se las suele responsabilizar del mantenimiento del hogar y del cuidado de sus hijos/as. Más allá de la clase a la que se pertenece, se tiende a creer que: "cuando los niños son pequeños, las mujeres deberían trabajar a tiempo parcial o bien no trabajar" (Gómez Rojas, 2013: 176). Es decir, que por más de que las mujeres han aumentado sustancialmente su participación en el trabajo pago, los hombres no han podido equipararlas en el ámbito doméstico. "A causa de ello la mayoría de las mujeres que trabajan fuera del hogar suman a su jornada laboral las tareas hogareñas cumpliendo así una doble jornada." (Coria, 1991: 27)

En caso de que ellos colaboren, los aportes de los esposos tienden a ser en áreas que consumen menos tiempo. Gómez Rojas señala que los varones tienden a participar poco en tareas que históricamente están relacionadas a las labores femeninas

(como cocinar, planchar, limpiar pisos, lavar la ropa, los platos, etc.) aunque relacionado en parte con la clase ya que las mujeres de clase trabajadora son las que se ocupan más de estas tareas. Es decir, al comparar a las mujeres, se ve que se ocupan más las de clase obrera porque las de clase media logran externalizar más las tareas con ayuda de otras personas.

Los hombres, independientemente de la clase, se ocupan por lo general de tareas más esporádicas, "realizan la mayor parte de su trabajo doméstico durante el fin de semana, de modo tal que el tiempo dedicado a responsabilidades domésticas durante la semana, cuando perjudica las responsabilidades del trabajo pago, es en realidad menor" (Roos, 1985: 17, traducción propia). Es decir, hay una preponderancia de la mujer en tareas que las afectan directamente en sus actividades laborales: la doble actividad, tiene efectos limitantes en las posibilidades de acceso y capacitación, lo que conduce a las trabajadoras a acceder a los puestos menos prestigiosos. Al decir de Wainerman (2005: 246), "las mujeres no se preguntan demasiado por qué son ellas las que trabajan menos horas, las que lo hacen más cerca de sus domicilios, las que asumen menores compromisos profesionales". Por su parte, Jelin y Feijoó (1980: 8) destacan que "la participación femenina en la fuerza de trabajo, tal como esta se define habitualmente, está subordinada al papel principal de la mujer como ama de casa."

Más allá de la confluencia de ideologías tradicionales y modernas, según la *teoría de los recursos relativos*, aparecerían situaciones que van modificando la realidad de la repartición de tareas domésticas en el hogar. La hipótesis de recursos diferenciales en la pareja señala que "la mayor participación de los varones se basaría en el ejercicio de la profesión de las mujeres y su nivel de ingresos, lo que las pondría en mejores condiciones para negociar la distribución de las tareas hogareñas" (Gómez Rojas, 2013: 181). Siguiendo a García y De Oliveria (2007: 53):

> Cuando las mujeres asumen la actividad extradoméstica como parte de un proyecto individual o familiar, cuando la experiencia laboral es vista como una meta y es vivida como una experiencia útil y satisfactoria, se ha encontrado que los roles y las relaciones de género tienden a ser más igualitarias.

Desde ese enfoque no son tanto las normas culturales y los valores e ideologías de las parejas los que más inciden en la distribución de tareas sino el prestigio profesional, la renta y el nivel de estudios.

En este sentido, las "mujeres que cuentan con mayores *niveles de escolaridad* y desempeñan actividades no manuales (sectores medios) han logrado un mayor grado de autonomía" (García y De Oliveira, 2007: 54). Por su parte Gómez Rojas (2013: 182) señala que "también el *aspecto temporal* está relacionado con el número de horas trabajadas por las mujeres, esperándose que cuanto más tiempo ellas trabajen, mayor será el aporte masculino". Mostrando que el aspecto temporal afecta la relación, en un estudio sobre 12 países industriales, Roos indica que las esposas empleadas ocupan 5,3 horas por día en tareas domésticas mientras que aquellas desempleadas trabajan 8 horas diarias. Por otra parte, los *ingresos* también podrían influir en la distribución de las tareas "cuanto más equitativas son las contribuciones financieras de esposas y esposos más equitativamente es dividido el trabajo no pago" (Coverman, 1985, citado en Goldberg et al., 2012: 815)

Es necesario aclarar que esta teoría tiene una concepción netamente negativa de las tareas domésticas y de cuidado, clasificándolas como aquello que no brinda ninguna satisfacción.

Sin embargo, esta perspectiva discute con el *abordaje de "haciendo el género"* que nos vuelve a remitir a lo que llamamos antes como "valores tradicionales" persistentes. Este abordaje permitiría entender por qué en muchos casos las esposas ganan más pero siguen colaborando más, ya que postula el ámbito del trabajo doméstico como un sitio de disputa en que hombres y mujeres construyen el género.

> Por lo tanto, incluso cuando las contribuciones de las mujeres y los hombres al trabajo pago y al ingreso sean similares, las mujeres podrían hacer más trabajo doméstico porque hacerlo representa una forma de expresar femineidad o limitar el tiempo en el trabajo doméstico permite a los hombres reivindicar su masculinidad. (Goldberg, 2013: 86)

Lui (2013) postula que esta mirada teórica no asume apriorísticamente el trabajo doméstico como no deseable ya que entregarse a él corresponde a la imagen cultural de una "buena madre". Indica que la división de tareas, para ella "es raramente una simple cuestión de quién tiene más tiempo, o qué tiempo es más valioso" (Berk citado en Lui, 2013: 22, traducción propia). Otras miradas enfatizan que "el género ha sido históricamente el pronóstico más significativo de cómo las personas distribuían su tiempo en relación al trabajo pago e impago" (Craig et al., 2010: 1345, traducción propia). Se buscará una compensación que evite subvertir más aún el modelo tradicional.

Es importante, rescatar que la perspectiva de "haciendo el género" implica que "si el género es construido, también puede ser deconstruido. Las instituciones de género pueden ser modificadas, y las interacciones sociales que las soportan pueden ser deshechas" (Deutsch, citado en Lui, 2013: 29, traducción propia). Esto da un margen para aquellas

situaciones en las que el contexto empuja a modificar las relaciones tradicionales de género.

En el presente trabajo, se tendrán en cuenta ambas perspectivas teóricas, señalando que aquellas mujeres con mayores recursos serán capaces de negociar más fácilmente la división de tareas, pero constreñidas por una mirada tradicional sobre cómo deben "hacer su género".

"Si ambos miembros de la pareja trabajan, ¿quién se hace cargo de las tareas que tradicionalmente eran asignadas a las mujeres amas de casa? ¿Cómo influye en esta repartición la diferencia de las clases sociales de los miembros de la pareja?"

Se tendrá siempre en cuenta la dimensión conflictiva de la división de tareas domésticas y de cuidado. Así, se verá al hogar como un espacio no solamente de amor, sino también de disputa entre individuos con poderes y recursos repartidos desigualmente.

Partiendo desde esta perspectiva se suele pensar que en los casos en que la clase social del varón es mayor que la de su pareja, su participación en las tareas domésticas y de cuidado es menor que la de la mujer. No obstante, por la imposición de la tradición sobre la mujer, de un "hacer el género", cuando ella tiene una clase social superior a la de su marido, igualmente participa en las tareas domésticas y de cuidado de forma sustancial, aunque introduciendo modificaciones al modelo tradicional.

Metodología

La investigación es de carácter cualitativo. Se trabajó con fuentes primarias de datos, extraídos en nueve entrevistas en profundidad, efectuadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires en 2015. Fueron entrevistas de carácter individual, realizadas a uno de los miembros pertenecientes a parejas en las que ambos miembros trabajaran no menos de 20 horas semanales, y con heterogeneidad de clase. Se pretendió que tuvieran al menos un hijo menor de 4 años y ningún otro miembro conviviente. Se tomaron como informantes a solo un miembro de la pareja sin importar si era hombre o mujer, aunque finalmente siempre fueron mujeres. No obstante, las unidades de análisis son las parejas.

Se hicieron entrevistas en profundidad: cinco a parejas con heterogeneidad tradicional y cuatro a parejas con heterogeneidad no tradicional. Se buscó crear situaciones de distensión y de conversación informal de modo tal de que las entrevistadas se sintieran en confianza.

Las entrevistas se iniciaron con preguntas acerca de la ocupación y la trayectoria laboral y educativa de cada miembro de la pareja y de sus padres, para continuar con preguntas más personales acerca de la relación de pareja. Luego, se inquirió sobre cuestiones más bien ideológicas, preguntando qué pensaban acerca de las tareas domésticas, de la contribución tanto del hombre como de la mujer al ingreso del hogar y de todo ello en relación a los hijos/as. Asimismo, se preguntó quién se encargaba (y de qué modo) de diferentes tareas domésticas y de cuidado: reparaciones, compra de alimentos, cocina, limpieza, llevar a los hijos/as al establecimiento educativo, bañarlos, darles de comer, reuniones de padres, enfermedades, etc. Para terminar, se preguntó por los ingresos y el manejo de los mismos, además de preguntar por las actividades de esparcimiento. Todo ello, manteniendo siempre cierta apertura a nuevos disparadores que se iban proponiendo, sin atenerse solamente a las categorías preestablecidas.

Las entrevistas fueron grabadas para su posterior desgrabación y análisis. La información relevada fue procesada con criterios cualitativos mediante la confección de grillas. Para ello, se realizó inicialmente una codificación abierta según la metodología de Strauss y Corbin para estimular el descubrimiento de categorías y dimensiones de análisis. Se implementó, posteriormente, la codificación selectiva en la búsqueda de un proceso de reducción de categorías, facilitando el entrelazamiento de codificación-grillado, análisis de contenido de los discursos e interpretación de la información obtenida.

Como estrategia analítica de la clase se utilizó el esquema teórico de análisis de clase -de enfoque neo-weberiano- de John Goldthorpe que tiene en cuenta la situación de trabajo y la situación de mercado, combinadas con la situación de empleo.

Análisis de datos

En casi todas las entrevistas se observó una tendencia a un mayor peso de las tareas domésticas y de cuidado sobre la mujer. Sobre todo, en los hogares de composición de clase heterogénea tradicional (donde el hombre tiene mayor clase social ocupacional, CCHT[1]) aunque los de composición de clase heterogénea no tradicional (donde la mujer tiene mayor clase social ocupacional, CCHNT[2]) no se escaparan

1 De aquí en adelante, se abreviará "Composición de Clase Heterogénea Tradicional" como CCHT.

2 Se abreviará "Composición de Clase Heterogénea No Tradicional" como CCHNT.

radicalmente a esta tendencia. Los hombres colaboran menos en general, tanto para las tareas domésticas como para cuidar a sus hijos/as (aunque el ámbito de la limpieza es al que menos acceden).

Se puede indicar que se siguen manteniendo valores tradicionales para todas las heterogeneidades de clase sobre la división de tareas domésticas y de cuidado. Incluso aunque las mujeres profesionales estén acompañadas de parejas no profesionales, es posible que dejen parte de su responsabilidad laboral, entregándose menos horas al trabajo para realizar las tareas domésticas y de cuidado. De los casos analizados para CCHNT, la mitad podría ser catalogada como de división tradicional de las tareas, y la otra mitad como de división equitativa o subvertida, lo cual nos muestra una tendencia hacia nuevos tipos de repartición, que se desarrollará más adelante.

Podríamos decir que en los casos en que continúa la división tradicional, las mujeres, y lo que más llama la atención, las profesionales, no se preguntan, como decía Wainerman (2005), por qué son ellas las que trabajan más cerca del hogar, menos horas y con menores compromisos.

En los casos de CCHT hay, en general, una división de tareas domésticas y de cuidado que perjudica sobre todo a la mujer, incluso siendo mujeres que también trabajan en el mercado extradoméstico, ámbito al cual terminan otorgándole menor importancia. En todos los casos, excepto uno, trabajaban menos horas y en la casa o más cerca de la misma. En el caso en que la mujer trabajaba como maestra ocho horas diarias, lo hacía en la misma escuela a la que asistían sus hijos/as y en los mismos horarios.

Por otra parte, los casos de CCHNT en que se dividen tradicionalmente las tareas aparece también este perjuicio al trabajo de las mujeres. Una abogada en pareja con un remisero, nos dice que cambió de trabajo por sus hijos/as sin poner en cuestión si era una responsabilidad suya propia o de su pareja disminuir el tiempo de trabajo. Tuvo que cambiar de trabajo "*así tuviera que resignar en principio un poco de ganancia, pero prefería hacerlo de ese modo, justamente por el tema de los chicos, poder ocuparme un poco más de ellos y tener un poco más de libertad con el tema horarios*" (Martina, CCHNT).

Incluso, otra mujer de CCHNT admite directamente haber realizado una elección profesional que fuera compatible con el "ser madre":

"*Por eso yo siempre pensé en algo que pudiera…. No sé la gente que elige medicina o lo hacés full time o no lo hacés. Comercio exterior no lo podés hacer.Y así un montón de cosas*". (Susana, traductora, en pareja con electricista en relación de dependencia, CCHNT).

Es sumamente curioso que sean ellas las que resignen horas de trabajo para el cuidado de sus hijos/as, ya que es netamente

irracional en el sentido de que si ellas trabajasen más horas de lo que trabajan sus maridos, es decir, si dividiesen inversamente la provisión económica y el cuidado del hogar y de los chicos, probablemente los ingresos totales del hogar serían mayores. Aquí se ve claramente cómo la teoría de "hacer el género" está en juego. No importa demasiado que la hora laboral de ellas tenga más valor, sino ideas tradicionales en que aparecen nociones como "ser buena madre", que las empujan a quedarse en el hogar. Esto, de gran interés, ya ha sido rastreado a nivel cuantitativo en otros trabajos. Carbonero Gamundí (2007) indica que aunque la mujer se encuentre en una posición superior, no está claro que aumente la participación en el cuidado de los niños/as del marido.

> Estos resultados nos parecen de especial significación ya que, si el factor género no influyera, cuando la posición de la mujer es superior en términos de clase, se podría prever una estrategia de optimizar los recursos aumentando el tiempo del cuidado del marido (como sucede ante la situación inversa) alentado además por una posición de poder interno mayor de la esposa. (p. 90)

Esta persistencia de la idea de "buena madre" que se ve plasmada en el "hacer el género" se encontró en varios casos en el nivel de lo discursivo. Algunos discursos tradicionales se mantenían sobre todo en hogares de composición de clase heterogénea tradicional, en el sentido de que hacen referencia a la maternidad como una sensibilidad fuertemente anclada en la mujer.

"*A mi me parece bien si uno elige trabajar, y no esa obligación de tener que salir de tu casa porque no llegás a fin de mes, y sufrir al dejar a tus hijos. Eso me da mucha pena. Que lo vivo tal vez con varias amigas que no pueden elegir trabajar medio día*" (Clara, psicopedagoga y su pareja abogado, CCHT)

No obstante, es necesario resaltar que tanto en los hogares de composición heterogénea tradicional y aquellos de no tradicional se percibió cierta ideología de género (aunque no necesariamente se corresponde a nivel empírico y siempre fue, en algún sentido, contradictoria):

"*¿Qué opino con que las mujeres trabajen la misma cantidad de tiempo que los hombres? ¡Estoy de acuerdo! Porque habla de independencia, habla del lugar que le dan a la mujer, la capacidad de la mujer también. Porque creo que antes, la mujer no hacía muchas de las cosas de los hombres porque eran mujeres. Ser mujer era una discapacidad. Hoy nos están dando el valor que realmente tenemos, que servimos más que solo para criar hijos, para parir. (…)Y está mal que te lo diga "estar al mismo nivel que el hombre" si somos iguales…*" (Luz, peluquera en pareja con arquitecto, CCHT)

"*Creo que si yo estudié hice una carrera y todo, no me sentiría muy realizada si me quedo únicamente ya que mi marido sale a trabajar y se ocupa de lo monetario digamos*" (Mercedes, maestra cuya pareja es técnico en automatización y robótica, CCHT)

Siguiendo esta línea, en todos los hogares de CCHNT había una ideología más bien igualitaria. Lo novedoso es que en los casos en que en la práctica no había una repartición igualitaria, se expresaban mucho más las quejas y las molestias:

"*Mi marido es…colabora muchísimo…pero esa es la palabra "colabora" que es lo que yo vengo siempre discutiendo en el buen sentido de la palabra, que no es, a ver en qué te doy una mano. A vos te tendría que ocupar lo mismo que me ocupa a mí. El hacer cada cosa…y sin embargo no lo he logrado y ya no lo voy a lograr…pero él fue criado todavía por una madre muy pendiente y donde también acordate que nosotros somos de ascendencia italiana donde siempre fue fuerte la cosa machista….El hecho por ejemplo, una tontería: de que vos estés sentado a la mesa y necesites algo y tu mujer esté sentada al lado y no levantarte para ir a buscártelo y que te lo tenga que alcanzar tu mujer, porque es tu mujer…eso yo lo viví…vivo, ¿entendés?*" (Susana, traductora y su marido electricista, CCHNT)

En otro caso, aparecen problemas por los ingresos, y la mujer toma una postura más bien contestataria. "*Él me dice "vos gastás plata en pavadas". Y yo le digo "No, no, no, yo las cosas que gasto son necesarias para la casa". Sin llegar a la discusión porque como que termina ahí…no es que hay una discusión es como un planteo…*" (Martina, abogada y su marido remisero, CCHNT)

Entonces es interesante indicar, como se señaló antes, que en los casos de composición de clase heterogénea no tradicional (y no tanto en los tradicionales), sí se presenta mayor conflicto, queja o reproche, es decir, aparece cierta toma de conciencia cuando se carece de equidad en la repartición de las tareas. La equidad no está en ninguno de los casos mencionados, pero a las mujeres de CCHNT, les molesta más.

La iniquidad persistente en la mitad de los hogares analizados de composición de clase heterogénea no tradicional, abre la pregunta de si la hipótesis de recursos relativos es certera al indicar que a mayor prestigio laboral, nivel educativo e ingreso de la mujer logran dividir mejor las tareas. Esto, no se observó de forma clara ni lineal en la práctica.

Ahora bien, en la mitad de los casos, sí se observó una división claramente equitativa, o incluso perjudicial para el hombre. "*Y lavar los platos en general los lava él, eso sí. O sea que hace más él que yo…si viene con un gráfico esto es terrible.*" (Luz, directora de biblioteca con analista en sistemas CCHNT) De hecho, ella indica esta disparidad explícitamente: "*Y entre hacer los mandados, cocinar, que hasta ahora todo eso lo hace él…y ponele que le lleve 10 horas, en la semana eh (…) Y, el 7 y yo 3, ponele (se ríe)*" (Luz, CCHNT). El otro caso, es el de Jimena, que

respecto a la división de tareas domésticas y de cuidado, señala "*Yo creo que es bastante parejo. Pensá que yo estoy todas las mañanas y él está todas las tardes. Él arranca buscando a los chicos a las 7, y muchas veces termina lavando los platos, a las 10 de la noche.*" (Jimena, psicóloga independiente cuyo cónyuge es empleado de comercio, CCHNT).

Retomando, y para que quede claro, se debe señalar que ninguno de los casos de CCHT presentó una real división equitativa de tareas que superara el ámbito de lo discursivo, mientras que la mitad de los casos de CCHNT presentaron una división equitativa y la otra mitad, una división tradicional de las tareas. La cuestión entonces radica en que en aquellos hogares en que las mujeres tienen mayor clase social ocupacional que su pareja, siguiendo la hipótesis de recursos relativos (más nivel educativo, más prestigio y mayor ingreso) deberían dividir mejor las tareas domésticas y de cuidado. Pero esto no siempre se cumple. Podría entonces cuestionarse la hipótesis de recursos relativos.

A la hora de preguntarnos qué había de distintivo en las parejas en que se dividen más igualitariamente las tareas, se encontró una fuerte ideología de género, no en el sentido de que estas mujeres se consideraran abiertamente feministas, pero sí en el creer que estaba bien, que no había nada negativo en que el hombre se ocupara de las tareas, y sobre todo nada negativo en el defender fuertemente sus carreras y sus trabajos. Sin embargo, es necesario indagar el por qué de tan fuerte ideología de género circunscripta solo a estos casos.

Lo que tenían estos casos de distintivo es que a la hora de unirse en pareja, las mujeres ya tenían una trayectoria laboral destacada, es decir, que no hicieron sus carreras de la mano de su pareja sino que los conocieron posteriormente, teniendo tal vez por ello, un aprecio mayor a sus carreras y a defenderlas. Las otras parejas de CCHNT, y todas las de CCHT[3] que dividen más bien tradicionalmente las tareas, en cambio, estuvieron con la pareja actual desde edades muy tempranas y por más de que protejan sus trabajos, lo hacen priorizando la maternidad y sacrificando (más ellas que sus parejas y no por igual) horas laborales para estar con sus hijos/as y poder ocuparse de la casa.

Como se mencionó anteriormente, entonces se podría señalar que la hipótesis de recursos relativos estaría ligada también a la trayectoria laboral, al grado de desarrollo profesional en la carrera y a la edad, que generaría un empoderamiento femenino, y una mayor facilidad para hacer valer su renta, su prestigio, y su nivel educativo. Es así como mujeres de mayor clase social ocupacional, acompañadas por parejas de menor clase social ocupacional terminarán teniendo distintas situaciones en el hogar. Las trayectorias laborales derivarían no solo en más ingresos y en más prestigio, sino también en un mayor interés por mantener el compromiso de dedicación temporal en el trabajo. Esto no se dio en hogares en que las mujeres conocieron tempranamente a su pareja y no vivieron la independencia económica del estar solas.

Por lo tanto, ligados a una trayectoria y a una edad avanzada de conformación de la pareja (posterior a los 30), los recursos relativos (el nivel educativo, el prestigio, la renta y las horas fuera del hogar) se harían valer, lo cual derivaría en una ideología de "deshacer el género", en el sentido de que se subvertirían determinados mandatos. Ello, se ve reflejado plenamente en la siguiente cita en que Luz postula una identificación de su pareja con su madre, y una identificación de ella misma con su padre:

"Y, romper es estar todo el tiempo ocupada. Que es el otro lado de estar ociosa…sí, qué se yo, por ahí el limpiar es una tarea que también hace mi vieja, de la misma manera que la hago yo y que la hace él. Y esto de tirarme cuando llego y hacerme la tonta para no cocinar y eso…eso también, es de mi papá claramente. (…) Entonces no sé, qué trae él tal vez esto de que la madre estaba en su casa. Por ahí porque él pasa más tiempo en casa que yo…podría asociarlo con la figura materna, porque un 50% de su trabajo lo hace ahí."(Luz, CCHNT)

Conclusiones

Si bien es evidente que queda mucho por explorar, en el análisis se refleja una división clara. Por un lado, se presentan los hogares de CCHT, que si bien eran algo disímiles entre sí en cuanto a su organización, presentaron mayores cargas en las mujeres de la pareja. Pocas tenían trabajos de turno completo, y tenían siempre ingresos menores (solo en un caso algunos meses se equiparaban los salarios) y mismo o menor nivel educativo, con lo cual, menos recursos relativos para ceder más tareas, y para romper con el "hacer el género".

Para este caso, aplica no sólo el hecho de que los hombres realizan tareas en el hogar más esporádicamente, sino también el acceso de las mujeres a trabajos de menos horas, más cerca de su domicilio y con menores compromisos, como indicaba Wainerman. El tema de la temporalidad es recurrente, la idea de que "él quiere ayudar", o "yo querría que me ayude", pero no tiene tiempo (porque curiosamente tiene mayor carga laboral).

Como se indicó, en general, hay un discurso con contenido más bien igualitario. Esto se corresponde con lo que señala Gómez Rojas (2013: 187): "La gente consultada manifiesta ideas menos tradicionales y más igualitarias respecto de la división del trabajo doméstico que, luego, no se ven reflejadas en el quehacer cotidiano".

3 Una de las parejas de CCHT conoció a su pareja recién a los 26 años, siendo la que más tardíamente lo hizo. Sin embargo, las de CCHNT que los conocieron una vez consolidada realmente su trayectoria laboral lo hicieron después de los 35. Una, luego de haber sido madre soltera y otra luego de un divorcio.

Asimismo, se relaciona con la teoría de los recursos relativos ya que desde ese enfoque no son tanto las normas culturales y los valores e ideologías de las parejas los que más inciden en la distribución de tareas sino el prestigio profesional, la renta, el nivel de estudios y la trayectoria laboral (añadida en el análisis del presente trabajo). Ello explicaría por qué a pesar de su ideología igualitaria siguen realizando más tareas y "haciendo su género".

Por otro lado, se presentan los hogares de CCHNT, que se dividen en dos caracterizaciones distintas. La primera es aquella en que la organización hogareña termina pareciéndose mucho a la de hogares de CCHT, ya que las mujeres son las primeras en aminorar sus compromisos laborales por el mantenimiento del hogar y los niños/as. Esto es importante ya que si fuesen los hombres con empleos menos calificados los que redujesen su carga horaria, es probable que el ingreso del hogar fuera mayor. En esta primera caracterización, se evidencia el peso del "hacer el género", ya que a pesar de (o a causa de) estar subvertidos algunos estándares tradicionales (las clases sociales dentro de la pareja) se mantienen otros (la división de tareas).

Por otra parte, aparece como diferencia con respecto a los hogares de CCHT, mayor reconocimiento de la injusticia en la repartición. En estos hogares hay más quejas y más planteos sobre la escasa cooperación de los hombres.

Sin embargo, dentro de la CCHNT apareció una segunda caracterización, de hogares en que la repartición de las tareas era muy equitativa o incluso en un caso, perjudicaba al hombre. Lo que tuvieron en común estos casos es que en ambos las mujeres tuvieron un largo período de independencia económica y de pareja, en el que solventaron su carrera laboral para luego conocer a sus actuales cónyuges y formar una familia. Ello rompe con trabajos previos en que se señaló la importancia de los valores tradicionales en todas las clases sociales sobre el reparto de tareas y de cuidado de niños/as. Sorprendentemente, los hombres ya no se ocupan solamente de las tareas de los fines de semana, sino codo a codo con las mujeres. Es decir, que no hay un perjuicio al trabajo de la mujer por deber ocuparse de las tareas como indicaba Roos (1985) que sucedía. De hecho, en el caso de Luz, es ella quien trabaja fuera del hogar, está "más tiempo en la calle" mientras que su pareja lo hace puertas adentro.

Con esta diferenciación en los casos, se pudo cuestionar las teoría de los recursos relativos, señalando que estos recursos enumerados (renta, nivel de estudios, prestigio) deberían involucrar la trayectoria laboral de las mujeres que influye en gran parte en que estos recursos se solidifiquen. Esto derivaría en la posibilidad de "deshacer el género" dentro de hogares donde, como indica Moravcisk no solamente haya "ayuda" o "colaboración" del hombre, sino donde también ellos puedan ser los que se pongan al frente

Bibliografía

Bourdieu, P. (1997) Espacio social y espacio simbólico. En *Razones prácticas* (pp. 11-26). Barcelona: Editorial Anagrama.

Carbonero Gamundí, M. (2007). Intersecciones de género, clase y poder: políticas y prácticas de cuidado en la UniónEuropea. En Carbonero Gamundí, M. y S. Levín, *Entre familia y trabajo. Relaciones, conflictos y políticas de género en Europa y América Latina*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

Craig, L y Mullan K. (2010) Parenthood, Gender and Work-Family Time in the United States, Australia, Italy, France, and Denmark. *Journal of Marriage and Family*. 72(5), 1344-1361

Coria (1991). *El sexo oculto del dinero.* Disponible en: http://sidoc.puntos.org.ni/isis_sidoc/documentos/00477/00477_00.pdf

Cruz, A.C., Noriega, M. y Garduño M.A., (2003). *Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000400034&script=sci_arttext

García, B. y de Oliveira, O. (2007). Trabajo extradoméstico y relaciones de género: Una nueva mirada. En Gutiérrez, M.A. (Comp.) *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades*. *Desafíos para la investigación política* (pp. 49-87). Buenos Aires: CLACSO.

Goldberg A. (2013) "Doing" and "Undoing" Gender: The Meaning and Division of Housewok in Same-Sex Couples. *Journal of Family. Theory and Review,* 5(2), 85-104.

Goldberg, A., Smith, J. y Perry-Jenkins M. (2012). The division of Labor in Lesbian, Gay and Heterosexual New Adoptive Parents. *Journal of Marriage and Family,* 74(4), 812-828.

Goldthorpe, J.(1995) Sobre la clase de servicio, su formación y su futuro. En Carabaña, J. y de Francisco, A. (Comps.). *Teorías contemporáneas de las clases sociales* (pp. 229-263). Madrid: Pablo Iglesias.

Goldthorpe, J. (1983). Women and class analysis In defense of the conventional view. *Sociology*, 17(4), 465-88

Gómez Rojas, G. (2010) Las mujeres y el análisis de clases en la Argentina: una aproximación a su abordaje. *Revista Lavboratorio*, 11(24), 119-133.

Gómez Rojas, G. (2012) Sobre las parejas y sus relaciones de clase. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales / UBA*, 81, 114-118.

Gómez Rojas, G. (2013). Clase social, género y división del trabajo doméstico. En Nievas, F. (Ed.). *Mosaico de sentidos. Vida cotidiana, conflicto, y estructura social* (pp. 173-191) Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Graetz, B. (1991) The class location of families: a refined classification and analysis. *Sociology*, 25(1), 101-118.

Jelin, E. y Feijóo M. (1980). *Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino: el caso de los sectores populares de Buenos Aires*. Buenos Aires: Cedes

Lake Lui (2013). *Re-negotiating Gender. Household division of labor when she earns more than he does*. Seattle: Springer

Ministerio de Hacienda GCBA (2015). *Las nuevas realidades en la conformación de los hogares familiares de la Ciudad*. Año 2014. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/11/ir_2015_937.pdf

Mora Salas, M. (2004). Visión crítica del vínculo entre jefatura de hogar, estratificación social y análisis de clase. *Revista de Ciencias Sociales (Costa Rica)*, 3(105), 11-24.

Cortés, O. (2001). *La movilidad ocupacional de las mujeres en España. Por una sociología de la movilidad femenina*. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas.

Moravcsik, A. (2015). *Why I Put My Wife's Career First. The Atlantic*. Disponible en: http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2015/10/why-i-put-my-wifes-career-first/403240/

Roos, P. (1985) Gender and Work: a Comparative Analysis of Industrial Societies. New York: State University of New York Press.

Wainerman; C. (2005). *La vida cotidiana en las nuevas familias. ¿Una revolución estancada?*. Buenos Aires: Ediciones Lumiere.

La apropiación de derechos de mujeres lesbianas en sus trayectorias sexoafectivas

Noelia S. Trupa*

En el presente artículo analizamos las trayectorias de mujeres lesbianas en lo referido específicamente al campo de lo sexo-afectivo, de las relaciones amorosas y las sexualidades. En este sentido es que indagamos en el inicio de su vida sexual, sus primeras relaciones de pareja, la definición de su orientación sexo-afectiva, la salida del armario y las significaciones sobre el lesbianismo; todas dimensiones que nos permiten comprender la sexualidad y el género como tecnologías socio-políticas, que producen y moldean cuerpos y subjetividades. Consideramos fundamental explorar estos aspectos para ahondar en la apropiación subjetiva de sus derechos, porque entendemos la misma en sentido amplio, como la autorización de sí que estas mujeres realizan de sus deseos, sus cuerpos y placeres a lo largo de su vida sexual y afectiva.

PALABRAS CLAVE: Sexualidad - Género - Lesbianas - Trayectorias sexoafectivas - Apropiación subjetiva de derechos

In this paper we analyze the trajectories of lesbian women with regard specifically to the field of sex-affective, loving relationships and sexualities. In this sense, we investigate the beginning of their sex life, their first relationships, the definition of sex-affective orientation, the coming out of the closet and meanings about lesbianism; all dimensions that allow us to understand sexuality and gender as socio-political technologiesthat produce and mold bodies and subjectivities.We consider it essential to explore these aspects to delve into the subjective appropriation of their rights, because we understand it broadly as the authorization of their-self that these women make of their desires, their bodies and pleasures along their sexual and emotional life.

KEYWORDS: Sexuality - Gender - Lesbians - Sex-affective trajectories - Subjective appropriation of rights

Introducción y Algunos aspectos metodológicos

Este artículo forma parte de un estudio más amplio, realizado para mi tesis de maestría titulada "Apropiación subjetiva de derechos sexuales y reproductivos de familias comaternales, usuarias de Nuevas Tecnologías Reproductivas, del Área Metropolitana de Buenos Aires" (Trupa, 2015). A partir de un diseño cualitativo, y desde un enfoque biográfico, no perseguimos la recolección anecdótica de experiencias de los sujetos bajo estudio, sino la reconstrucción de la trama social a partir de dichas experiencias. Este enfoque se encuadra en el paradigma interpretativo basado en la necesidad de comprender los sentidos de las acciones y prácticas sociales desde la perspectiva de los participantes (Vasilachis, 2006).

Desde esta perspectiva y a partir del enfoque biográfico, indagamos en los relatos testimoniales y las experiencias de las mujeres lesbianas a lo largo de sus trayectorias. Consideramos importante destacar que las mujeres entrevistadas han tenido hijos/as en comaternidad a partir de un tratamiento con nuevas tecnologías reproductivas (NTR), experiencia que ha sido analizada a lo largo de la tesis citada con anterioridad. Elegimos hablar de comaternidad, ya que es un término político impulsado y propuesto desde el activismo de lesbianas madres para definir a las parejas de mujeres que asumen la maternidad y la crianza de sus hijos/as en forma conjunta (Bacin, 2011).

* IIGG-FCS-UBA / IDAES-UNSAM / CONICET

En esta oportunidad, presentamos los hallazgos vinculados con las trayectorias sexoafectivas de estas mujeres, para analizar los contextos políticos y socio-culturales en que las mismas han experimentado/vivenciado su sexualidad, sus primeras relaciones de pareja y sus deseos/atracción hacia personas del mismo sexo. Estos, entre otros aspectos, constituyen el campo de las relaciones afectivas y amorosas y dan cuenta de la apropiación de derechos de las mujeres entrevistadas, que refiere al proceso subjetivo mediante el cual las personas se autorizan a sí mismas a disponer de sus cuerpos, tomar decisiones relacionadas con su sexualidad, sus deseos y expectativas, y exigir las condiciones necesarias para el ejercicio de tales decisiones (Amuchástegui y Rivas, 2004, 2008).

Con este fin, realizamos ocho relatos de vida, uno a cada integrante de las cuatro familias comaternales comprendidas en este estudio. El universo de estudio abarca mujeres lesbianas con hijos/as concebidos a partir de un tratamiento con NTR, que tuvieran entre 30 y 45 años de edad, de sectores socioeconómicos medios, que habitaran en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)[1]. Llevamos a cabo cuatro encuentros con cada entrevistada para construir cada relato de vida. Pudimos constatar que a medida que transcurrían dichos encuentros, se afianzaba el vínculo y la confianza entre la investigadora y las mujeres y sus familias. También realizamos entrevistas a cada pareja, con el fin de analizar el relato en forma conjunta e indagar las negociaciones, los consensos, las disputas y sentidos construidos en la interacción.Esta complementariedad de técnicas nos permitió captar, siempre en forma situada y en sus propios términos, las significaciones y tensiones presentes en los discursos de las mujeres entrevistadas.

Las entrevistas se realizaron entre octubre de 2012 y marzo de 2013, y se registraron en audio, previo consentimiento de las participantes, para su posterior trascripción textual. Al momento del contacto, informamos a las entrevistadas sobre los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad y el anonimato, así como el uso exclusivo de los datos para la investigación. Los criterios éticos utilizados siguieron los lineamientos fijados por la Resolución 2857 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

1 Respecto del *rango de edad* seleccionado, el estudio se basó en los datos del Observatorio de la Maternidad (Lupica y Cogliandro, 2007) y del INDEC (Min. de Salud. DEIS, 2008). Los estudios sociodemográficos del sector socioeconómico medio establecen que el intervalo de edad que va de los 25 a los 39 años de edad representa el momento más característico de procreación para las mujeres de este grupo (Torrado, 2003). Estudios recientes (Bacin y Gemetro, 2011) sostienen que particularmente en las mujeres lesbianas los casos se distribuyen a lo largo de todo este rango etario, mientras que en las heterosexuales se nuclean con mayor frecuencia entre los 25 y 35 años, ya que los recorridos y trayectorias vitales de las lesbianas suelen ser más complejas y heterogéneas que las de mujeres heterosexuales. El rango etario de las entrevistadas es de 30 a 45 años de edad.
Para este estudio se seleccionaron parejas lesbianas de *sectores medios*, ya que los tratamientos que ofrecen las TRA tienen costos elevados, lo cual dificulta el acceso de otros sectores.Se consideraron de clase media a las mujeres con niveles de instrucción que equivalgan o superen al secundario completo (Torrado, 2003); pues, los factores que intervienen en la construcción del imaginario tienen mayor relación con las herencias culturales y éstas se traducen con mayor fuerza en el nivel educativo, dadas las heterogeneidades económicas producidas por las transformaciones recientes (Svampa, 2005).

“Si bien, podemos decir que hubo una serie de avances socio-culturales y legislativos en los últimos años que reconocen las sexualidades y relaciones no heteronormativas, estos procesos no están exentos de situaciones de discriminación y prejuicios.”

Deseo(s) e identidad(es) en el marco de la matriz heterosexual

Partimos de pensar a la sexualidad y el género como tecnologías políticas complejas, productoras de cuerpos, deseos e identidades (sexuales y genéricas). Como afirma Judith Butler(2001 [1990]), “la ‘unidad’ del género es el efecto de una práctica reguladora que procura hacer uniforme la identidad de género mediante una heterosexualidad obligatoria” (2001 [1990]:66). El género no es una identidad predeterminada ni fija, sino una construcción resultante de la sedimentación de normas ritualizadas que crea en los sujetos la ilusión de una identidad. Es la institución de la heterosexualidad naturalizada y obligatoria la que reglamenta al género como relación binaria en que los términos masculino y femenino se diferencian por medio de las prácticas del deseo heterosexual. Esta diferenciación de los términos permite fortalecer dicha relación binaria y la coherencia interna –heterosexual- entre sexo, género y deseo (Butler, 2001 [1990]:56). Es decir, consolida un régimen de heterosexualidad, el cual permea las experiencias, sentidos y prácticas de los sujetos. Este régimen modela y gestiona el deseo erótico, pero ¿qué ocurre cuando el deseo se dirige hacia una persona del mismo sexo?Es así que nos preguntamos por la autorización propia del deseo que hacen las mujeres lesbianas, sujetas de estudio de este trabajo. Dicha autorización ¿es la misma a lo largo de sus trayectorias sexuales y reproductivas? ¿Cuál es el contexto socio-cultural y familiar en que tienen lugar esos deseos?

Como han documentado algunos estudios sobre gays y lesbianas (Figari *et al*, 2005; Jones *et al*, 2006; Kornblit,

Pecheny y Vujosevich, 1998; Libson, 2009; Meccia, 2006), estos colectivos han padecido situaciones estructurales de discriminación y de estigmatización. En estas condiciones no resulta sencillo reconocer el deseo hacia una persona del mismo sexo, asumir una elección sexo-afectiva no heterosexual y vivirla con cierta "libertad".

Si bien, podemos decir que hubo una serie de avances socio-culturales y legislativos en los últimos años (Ley de Matrimonio Igualitario, Ley de Identidad de Género, entre otras) que reconocen las sexualidades y relaciones no heteronormativas, estos procesos no están exentos de situaciones de discriminación y prejuicios.

Además, y a los fines de este artículo, queremos destacar que las mujeres entrevistadas han experimentado el inicio de su vida sexo-afectiva en otro contexto -hace más de 15 años- ya que son mujeres que hoy tienen entre 30 y 45 años, lo cual habilita otras indagaciones. En esta línea preguntamos por el inicio de su vida sexual, los elementos con que lo relacionan y las autorizaciones que hacen de sus deseos en ese contexto sociohistórico.

Recorriendo las trayectorias de mujeres lesbianas

Las mujeres entrevistadas han ubicado el inicio de su vida sexual y afectiva en distintos momentos de sus vidas, pero todas lo han relacionado con la atracción hacia las mujeres, diferenciándolo del inicio sexual físico, es decir, del acto sexual. Si bien, en algunos casos, sus primeras relaciones de pareja fueron con varones, como así también sus relaciones sexuales, el despertar sexual va de la mano con la atracción hacia las mujeres, la cual es un quiebre en sus trayectorias sexoafectivas. Así lo explican algunas de las entrevistadas:

¿En qué momento ubicarías el inicio de tu vida sexual?

Y a los 14 años con esta chica. Fue todo en el mismo momento, o sea, primero como, no sé como describirlo, como una atracción que antes no la había sentido, también calculo que tiene que ver con que a los 14, 15 empezás a despertar, viste, de un montón de cosas que antes… Es como que para mí se juntó también el tema que con un chico no me pasaba ni en pedo eso, como que era otra cosa, era un salto a otra cosa.Ya de por sí la atracción, bueno y después sí, todo lo físico, viste, las sensaciones que empezás a vivir, a conocer, todo eso fue muy fuerte (Laura)

Yo una cosa fue mi primera relación con mi primer novio a los 18 que lo tomaría como un inicio sexual físico, pero para mí, mi primera experiencia importante fue con esta chica con la que yo empecé y tuve mi primer experiencia con una mujer. Fue como mi conexión conmigo, medio con mi sexualidad, diferente, sensaciones nuevas (Ana)

El despertar sexual es un momento donde prima una fuerte sensación de incertidumbre, ya que hay una imposibilidad de clasificar los sentimientos, como se destaca en el próximo verbatim. Además, la atracción hacia otras mujeres es una experiencia directamente vinculada al plano de las emociones, del propio descubrimiento, de un autoconocimiento a partir de la autorización de sí que estas mujeres hacen de sus deseos, de esos sentimientos nuevos, difíciles de poner en palabras:

*Conocí a alguien, creo que a la mayoría les pasa eso. Como que alguien te flashea y decís ¡ups!, ¿esto qué es? Hasta ese momento venís con la cabeza, creo que como cualquier otra, este chico me gusta, ay sí, que esto y que lo otro; aparte era chica, 13 años. Que con un noviecito de acá, que nada, piquito y cosas muy de pendeja y de repente conocí una chica más grande, yo tenía 13 y ella tenía 20, mucho más grande que yo. En esa edad hay mucha diferencia. En realidad al principio como que no lo podés clasificar eso que sentís. Sentís algo raro, decís ¿esto qué es?, ni siquiera podés decir que es una amistad, algo te pasa, es una atracción que ni siquiera pasa por lo racional. Te pasa.Y me pasó eso, quería estar con ella, me gustaba, viste que en esa época por ahí te agarras de la mano de adolescente y a mí me pasaba algo más. Ella tampoco había tenido experiencias con ninguna chica (*Laura)

Elena lo enuncia del siguiente modo:

Yo calculo que la primera vez que sentí un querer estar, no sólo físicamente, pero querer estar con alguien, fue cerca de los 13, cuando en el medio de la testosterona había, no una compañera mía sino de otro primer año, con la que siempre estábamos hinchando las bolas, porque era del barrio de ahí alrededor. Pero no es que te despertás y de repente decís ¡qué buena teta!, o sea a ver, es un enganche más emocional, por lo menos al principio (Elena)

Se destaca este momento como una etapa de descubrimiento, un proceso de aprendizaje que no se da de un momento a otro, sino que lleva su tiempo y en el que participan varios elementos. Algunas, como en el caso de Priscila, lo vinculan con una mayor conexión con su cuerpo, su femineidad:

Es mágico, explosivo, no sé, fue un despertar, o sea, ahí mi vida empezó a ser como otra cosa, te empieza a abrir la mente para muchas otras cosas no solamente para la sexualidad,

me encantaba ser mujer más que nunca, sólo usaba pollera, vestido, pero era militancia lo mío, andaba así como con todos los estereotipos femeninos puestos porque sí, como que empecé a quererme yo, me descubrí, o sea, al sentir a otra mujer empecé a sentirme yo, eso, y algo también físico, tener otra mujer de la cintura era sentir mi cintura, empecé a amigarme mucho con mi cuerpo, tampoco tenía mucho rollo pero si, no sé… (Priscila)

En este proceso de autoconocimiento, estas mujeres realizan una serie de prácticas identificatorias que definen sus elecciones y preferencias sexoafectivas. Algunas de ellas vinculan esas experiencias amorosas como determinantes en la consolidación de su identidad.

En el caso de Pía, ella siente que siempre ha sido homosexual, y critica a las mujeres que necesitan estar con varones para definirse sexualmente. De su relato se desprende una concepción de identidad cerrada e inmutable, ya que los deseos, para ella, no se modifican ni se eligen a lo largo de las trayectorias sexoafectivas sino que serían algo innato al sujeto que lo constituye tal cual es.

O sea, todo el mundo te pregunta "¿cómo sos lesbiana si nunca probaste otra cosa?", yo soy lesbiana, no jodo a nadie, no detesto a los hombres, existen, están, que sean felices con sus vidas, pero no es lo que yo elijo, soy lesbiana, me encantan las mujeres, nunca miré a un hombre, sé lo que me gusta, me encanta. Muchas amigas me dicen:"tuve que ir, probar, que me la pongan y salir", qué asco, otra dice:"bueno, yo me tenía que desvirgar y fui a que me la pongan", qué asco, ¿entendés? Para mi uno nace homosexual, para mi es lo mejor, que sé yo. No es una elección de vida como dice la gente, el que lo toma como una elección de vida debe ser que es bisexual (Pía)

En este sentido, resulta interesante analizar cómo definen su orientación sexual en función de sus trayectorias sexoafectivas. Por ejemplo, en el caso de Ana, ella recalcano sentirse cómoda ni identificarse con las "etiquetas": gay, lesbiana, homosexual.

Hoy por hoy estoy en pareja con una chica y yo no me puedo definir de ninguna manera porque si tengo que definirme hoy por hoy, sí, soy gay, soy lesbiana, soy homosexual o como todas las formas que se pueda llamar a lo mismo, pero esa etiqueta así como que a mí tampoco me termina como de identificar, no sé. Hoy elijo estar con Laura, porque elijo estar con ella, porque la amo, porque es la persona que quiero que esté conmigo pero no sé si después llevarlo a mí, así como soy tal, no sé, me cuesta, a mi me cuesta más por ahí definirme sexualmente (Ana)

Pero en general, el resto de las mujeres entrevistadas han definido su orientación sexual como "lesbianas", significándola de diversas maneras:

¿Qué significa para vos ser lesbiana, con qué lo vinculás?

Con el amor, no con el sexo. Si bien, bueno sólo tengo sexo con mi mujer porque estoy casada pero igualmente ya está, estaba decidido de antes que no quería estar con hombres. Es el amor, es poder enamorarte de una mujer y tener proyectos de amor y de vida con esa mujer, me parece que esto supera el sexo. Hay muchas chicas que se acuestan con mujeres y la verdad es que no son lesbianas, capaz que es pasarla bien una noche y después su vida la planean de otro modo (Priscila)

Ser lesbiana va más allá de una atracción sexual, va más allá de una relación sexual. Para mi es una identidad. Te digo para mí porque lo hemos hablado en algún momento con Ana y ella piensa como distinto de eso. Para mi es parte de la identidad, porque es algo que te define como persona, no estoy hablando de una etiqueta. Esta es lesbiana, que se yo. Pero define un poco como ves las cosas, y como las sentís. Es re subjetivo lo que estoy diciendo (Laura)

Al igual que los hallazgos de la investigación de Kornblit, Pecheny y Vujosevich (1998), observamos que las entrevistadas destacan el enamorarse como el componente más importante en una relación afectiva, mientras que lo sexual ocupa un segundo lugar. En ese sentido, el aspecto romántico es considerado la base del vínculo entre mujeres; ya que a diferencia de una relación heterosexual, el hecho de compartir el mundo de lo femenino es un plus que se le agrega a la relación. Aparece la idea de *amor romántico* (Giddens, 1998), en el que los afectos y los vínculos emocionales prevalecen por sobre la atracción sexual. Las entrevistadas destacan cómo esos sentimientos, esa experiencia de amar y enamorarse de una mujer incide en su forma de pensar, en su subjetividad, tal es así, que la definen como su *identidad*. Siguiendo a Jeffrey Weeks (1998), podemos decir que estas mujeres han buscado la *verdad de sí* en sus deseos sexuales al definir su identidad en virtud de su sexualidad. El autor señala cómo las identidades sexuales hacen referencia a la verdad de nuestro ser, a nuestra subjetividad, a quiénes creemos que somos y ello condiciona nuestra relación con los otros. Pero nos preguntamos, ¿qué significa esta búsqueda de la verdad de sí? ¿Acaso hay una verdad?

Michel Foucault (2009 [1976]) ha realizado un recorrido histórico para mostrar cómo sexo y verdad se han ido convirtiendo en una unidad indisociable[2]. El problema de la

2 Es a partir del sexo que se define a los sujetos, convirtiéndose

"verdad" del sexo quedará a cargo de numerosas disciplinas, de los distintos poderes científicos, constituyéndola en una cuestión de Estado y en responsabilidad de toda la sociedad. Se produce así una administración de la sexualidad, transformándola en una problemática que es necesario gestionar.

En este escenario, los sujetos son vigilados desde distintos dispositivos disciplinarios, siendo la medicina uno de los de mayor incidencia en tanto se le asigna la tarea de controlar y vigilar la normalidad de la vida sexual de los sujetos. Se constituye así un régimen de saber/poder que inaugura la división de lo normal y lo patológico; por ejemplo: entre "el loco y el cuerdo, el enfermo y el sano, el criminal y los buenos muchachos" (Foucault, 1996:242), y en el caso de este estudio, entre el heterosexual y el homosexual. Se produce así un modo de subjetivación, en el que el mismo sujeto se divide a sí mismo (no sólo es dividido por otros) y se concibe como sujeto de sexualidad, es decir, se reconoce con determinada identidad sexual (Foucault, 1996). Es en relación con las normas sexuales que surge la figura del anormal como el de la mujer histérica, el pervertido, la masturbación infantil o el sexo de los niños; figuras que son los blancos e instrumentos del poder. Las prácticas de poder, como las entiende Foucault, no sólo originan la condena de determinados actos, sino que produce a los sujetos desde prácticas normativas, desde las cuales se estigmatizan, por ejemplo, aquellas identidades que interpelan la norma, que no se ajustan a ella.En estos procesos, las prácticas de poder no sólo pretenden suprimir las *sexualidades periféricas*, sino dotarlas de identidad, para transformarlas en objetos ("individuos peligrosos") de intervención por parte de la ciencia médica, de la ley[3].

Como sostiene Butler (2001 [1990]:50):

> En la medida en que la 'identidad' se asegura mediante los conceptos estabilizadores de sexo, género y

desde las sociedades cristianas en "objeto de examen, de vigilancia, de confesión, de transformación en un discurso" (Foucault, 1994:147). Si el ritual utilizado en la Edad Media era la confesión, en el mundo moderno la técnica para arrancarle la verdad al sexo se ha complejizado y las tecnologías disponibles para dicha función se han multiplicado (Foucault, 1994). Nace así la *scientia sexualis*, ciencia que se fusiona con esos rituales de la confesión y la legitimidad de la discursividad científica. En definitiva, se está hablando de un poder que tomó la sexualidad a su cargo, como punto de apoyo. Un poder que no busca suprimir la sexualidad, sino asentarse sobre ella, multiplicarse a través de ella. Y es este dispositivo de la sexualidad que se constituyó en las sociedades europeas a fines del siglo XVIII, que conlleva la emergencia de poderes científicos como los de la pedagogía, la economía, la medicina y la demografía, entre otros (Foucault, 2009 [1976]).

3 Se consolida así toda una "tecnología del sexo", cuyo accionar se enmarca dentro de lo que Foucault denomina "biopoder" (Foucault, 2009 [1976]), un poder que tomó a su cargo la regulación de la vida; cuestión estrechamente vinculada con los saberes médicos (que poseen la autoridad de nominar quién ingresa y quién no en los patrones de normalidad).

> sexualidad, la noción misma de 'la persona' se cuestiona por el surgimiento cultural de esos seres con género 'incoherente' o 'discontinuo' que parecen ser personas pero que no se ajustan a las normas de género culturalmente inteligibles mediante las cuales se definen las personas.

Si bien las identidades sexuales y genéricas serían consecuencia de relaciones de poder y sujeción en sí mismas, Weeks (1998) habla de dichas identidades como ficciones necesarias:historias que contamos o se cuentan sobre nosotros mismos, realidades inventadas, estructuras narrativas tanto individuales como sociales. Es decir, no hay identidades esenciales que expresen la verdad única sobre los sujetos, sino que las mismas con construcciones socio-políticas, producidas y moldeadas por ese engranaje de relaciones de poder y saber, el dispositivo de la sexualidad. En dicho entramado de relaciones se inscriben las prácticas y sentidos de las mujeres lesbianas. De allí que nos resulte interesante reflexionar sobre la autorización que ellas se dan de sus deseos, cómo los viven y los significan en los distintos momentos de sus trayectorias de vida. Veremos, a continuación, como el momento de la llamada "salida del armario" se torna clave para analizar las experiencias de estas mujeres, su visibilización como lesbianas y las condiciones sociales y culturales en las que tiene lugar ese proceso.

Saliendo del armario: experiencias del *coming out*

Los estudios sobre identidades gays y lesbianas recalcan un momento típico en la biografía de estos sujetos. A ese momento en que los individuos comienzan a compartir sus elecciones sexoafectivas, eligiendo cuándo y a quién comunicarlo, se lo ha llamado "salida del armario"[4]. Eve Kosofsky Sedgwick (1998) afirma que el armario es la figura que define la opresión gay en este siglo, dando cuenta de la práctica encubierta de la homosexualidad. De aquí se deriva la importancia del *coming out*, es decir, del proceso por el que una persona proclama abiertamente su homosexualidad… *sale del armario*.

Muchas veces es una decisión personal y política el reconocerse y visibilizarse como lesbiana y compartirlo con los vínculos más cercanos, pero otras veces forma parte de una presión social. Es decir, no siempre la salida del armario es un acto político, reivindicativo o voluntario.

Las luchas feministas y de la diversidad sexual llevaron a la visibilización del lesbianismo y posteriormente a su reconocimiento social, lo que permitió experiencias personales y colectivas de afirmación y apropiación de derechos. Hoy dichas experiencias cuentan con políticas que promueven el respeto por las diferencias sexo-genéricas y el orgullo de la diversidad sexual (Gemetro, 2011). No obstante, la homosexualidad sigue considerándose, en ciertos ámbitos, como enfermedad, como perversión.

En este escenario, la experiencia de la llamada "salida del armario" es diferente para cada una de estas mujeres y ello tiene relación con las distintas vivencias y trayectorias, la autorización, aceptación y reconocimiento de su propia sexualidad, como el reconocimiento y apoyo, contención de su familia de crianza y amigos. En esta investigación, una característica que comparten las entrevistadas es la ausencia de amistades con las cuales compartir y expresar libremente dichas elecciones y sensaciones, sobre todo en la adolescencia; situación que como veremos, fue cambiando a lo largo de sus trayectorias de vida.

En el caso de las mujeres que caracterizan la atracción sexual por otras mujeres a partir de la adolescencia, la *salida del armario* es percibida como un proceso doblemente traumático, ya que es una etapa de la vida donde comienzan las exploraciones, las propias definiciones, a la que se suma dicha atracción, la cual es difícil justamente de nombrar, de definir. Laura lo explica de la siguiente manera:

¿Cómo pensás que se fueron dando cuenta?

Fue bastante traumático. De por sí ya en la relación con una chica de 20 años, ahí cumplí 14 años, ella 21, estar todo el día juntas era medio raro. Si, si. Finalmente mi vieja encuentra una carta que le termina de confirmar todo, un quilombo, una situación de mierda. No lo tomó bien, me prohibió verla, me dejaba en mi casa y me decía no vas a salir, me acuerdo que pasé un mes sin ver a mis amigos, ni nada, no me dejaba salir, más que para ir al colegio y yo mintiéndole obviamente porque no es que la deje de ver

Después del episodio de la carta, ¿vos no tuviste nunca una charla con ellos?

No. Es que no se me ocurría porque era algo malo. En esto también juega mucho el tema de no decir, por ahí ella también sabía cosas y no las decía, se hacía la boluda y después de a poco Clara, se llamaba esta chica, empezó a ir a mi casa (Laura)

Como se afirma en el relato de Laura, la salida del armario se dio de forma forzada, ya que descubrieron su secreto, el cual fue revelado a través de una carta que encontró su madre. Como sostiene Mario Pecheny (2002), el secreto acerca de la homosexualidad es fundante de la identidad y de las relaciones sociales de

4 Es la lógica confesional (Foucault, 1994, 2009 [1976]; Pecheny, 2002) la que opera en el proceso del coming out: los sujetos son llevados a reconocerse como sujetos de una sexualidad, a revelar sus deseos y mostrarse "tal cual son" ante los demás.

gays y lesbianas. Sus lazos de sociabilidad se estructuran entre los que conocen el secreto y los que no, pero que pueden intuirlo o en algún momento llegar a conocerlo. Laura destaca cómo a pesar de que su madre sabía de la existencia de su relación con Clara, en ese momento se *juega mucho el tema de no decir*. Aún cuando el secreto fuese revelado o descubierto -como en este caso- sigue operando la lógica de no compartirlo, de no abrirse ante los demás, ya que lo que les pasa, sus sentimientos, son percibidos como algo malo:

¿Y en ese momento qué pensabas, qué sentías?

¿Qué querés que sienta?, que había algo mal, a ver, es como cuando finalmente blanqueo así con mi vieja y me dice "¿por qué me pasa esto a mí?'", le digo "me pasa a mi boluda, no a vos"

¿En qué momento hablaste con tu vieja?

Blanquearlo, blanquearlo, asumirlo, nombrárselo, en el '98, yo ya hacía dos años que estaba con Mayra, si bien nunca lo escondí, era todo un versito de la novia del amigo de mi novio. O sea nunca la negué, todos los cumpleaños, las navidades la llevaba y decía "la piba tiene sus parientes lejos", pero recién a los dos años de estar con ella le digo a mi vieja. Además el que no se quería enterar, viste, porque Mayra tenía corte varón, aspecto andrógino, por eso te digo el que no se quería enterar… (Elena)

De allí que, en muchos casos, el contar acerca de sus relaciones sexoafectivas ocurre luego de varios años de tener una pareja estable, que en general ya es conocida por la familia como una "amiga" (y luego conocen el verdadero vínculo); o en el caso de Elena, como la novia del amigo de su novio. Si bien, ella no siente que la haya ocultado (aquí aparece nuevamente esta idea de lo *no dicho*), destaca que el aspecto de "varón/andrógino" de Mayra denota la *hipocresía*[5] de la familia que simulaba no saber acerca de la relación. En este comentario opera, por un lado, una visión esencialista de las identidades cuando la entrevistada alude, como modo de argumentar, a un modelo estereotipado prototípico de la lesbiana. Pero por otro lado, siguiendo a Butler (2010 [1993]), pueden pensarse estos estereotipos "andróginos" como parte de las prácticas performativas que producen la reiteración de una norma o conjunto de normas productoras de identidad.

Por otro lado, Pía y Mónica, significan su sexualidad en relación con otras experiencias intrafamiliares:

Nunca tuve la necesidad de contarles, ellos sí hablaban entre ellos, "¿qué deben hacer?" decía mi vieja, "tendríamos que ver una película". "Mami ¿qué estás diciendo?" le decía yo (risas). Pero mi vieja no, y si mi viejo dijo algo en algún momento, ella le cerró la boca diciéndole: "cállate que tu sobrina y tu hermana…" Ponele que si hacía un comentario que cuando te enteras de estas cosas por ahí lo querés hacer y le dijo:"callate que tu tía fulana era…" y después resulta que la sobrina también, entonces ya está, se terminó el tema ahí, ya saben lo que soy, ya está (Pía)

Mi vieja me decía que se daba cuenta de mi homosexualidad

Pero ¿lo hablaste en algún momento?

Y como a los 30, me senté a hablarlo. Aparte qué problema me iba a hacer, si mi vieja se cogió a mi tío y a mi primo hermano, o sea, ¿me va a venir a decir algo a mí? Es otra situación familiar (Mónica)

Podríamos decir que, en el caso de estas mujeres, la vivencia y significación de su sexualidad se produce en un contexto familiar, donde su lesbianismo se esgrime como "mal menor", tiene una menor implicancia moral. La apropiación que hacen de sus deseos forma parte de otras relaciones y situaciones sociales, configurándose de otro modo, ya que reconocen/autorizan dichos deseos y elecciones sexoafectivas en detrimento de hechos familiares con implicancia moral más fuerte/punitiva.

Vemos así, cómo en cada una de las trayectorias de estas mujeres hay momentos de estigmatización vinculados a la visibilidad de su orientación sexual. La estigmatización es un mecanismo por el cual se desvaloriza socialmente a una persona en función de sus comportamientos, sus rasgos físicos o su identidad (Jones, 2008). En el caso de las mujeres entrevistadas, el estigma está asociado a su identidad sexogenérica, que si bien no es visible, llega a serlo, como vimos, cuando salen del armario.

La edad es un factor importante a la hora de mostrarse y compartir sus elecciones sexoafectivas con amigos y familiares. Además, esa salida del armario y la asunción de su sexualidad, se juega en el mostrarse en pareja con una mujer, el miedo a que se descubra esa relación, esa elección sexo-afectiva. El tema de la visibilidad es clave en la forma de vivenciar esas relaciones. En esta decisión de mostrarse y compartir con otros aparece esta diferencia entre lo público

5 Andrew Sullivan (1995) señala cómo las relaciones sociales predominantes respecto de las prácticas e identidades de gays y lesbianas conforman un sistema hipócrita "calificado así porque presupone y reproduce un doble estándar de juicio según se trate del espacio privado o del espacio público" (Pecheny, 2001: 9).

(como lo visible) y lo privado (ligado al compartir íntimo). El hecho de ocultar la relación es sencillo para estas mujeres, ya que muchas veces el parecer amigas lo habilita. Además es un momento de descubrimiento y de vivirlo en la intimidad, *puertas para adentro*, pero también algo que se vive con angustia, miedo al rechazo y confusión; como lo describe Ana:

En mis primeras relaciones no era nada blanqueado, aparte también a esa edad estar mucho con una amiga tampoco era algo raro, estábamos que íbamos, veníamos, que comíamos, también había tres personas más en el medio, entonces no era algo que llamara mucho la atención

¿Y te sentías más cómoda al mantener la privacidad del vínculo o no?

Sí, en un principio sí, en esas primeras relaciones sí. Era una limitación, pero en ese momento no me llegó a pesar, porque yo estaba como en todo un descubrimiento muy interno, que ni necesitaba salir a hacer nada. Como que era tan intenso, tan íntimo que vivirlo de las puertas para adentro ya alcanzaba, ya está, era eso. Después, por ejemplo, ahora con Lau sí que surgió la necesidad y era importantísimo que nosotras vivamos todo re abierto porque se venía un proyecto de familia que no podés estar escondida en tu casa (Ana)

Aparece un quiebre en los relatos en el momento que deciden ser madres y llevar adelante su proyecto de familia, donde se destaca la importancia de vivir con naturalidad y abiertamente la relación.

Con Lau hablamos sobre el tema de mostrarnos a partir de que quedé embarazada. Nosotras si queremos tener una familia y ya María está, o sea no podemos vivir la relación sin, digamos, sin decirlo o sin vivirla abiertamente, tenemos que vivirlo abiertamente también por ella, como ejemplo, sino ¿qué va a tener dos madres que se esconden?, no existe; o sea que también bueno, el esfuerzo es por eso, para que ella vea que vive en una familia que no hay ningún problema. Antes no te digo que la ocultaba, para nada, pero por ahí sí que había gente por ahí unas tías o alguien que ni sabía o por ahí que no les explicabas nada, pero a partir del embarazo como que todo es más abierto, y sí, estoy embarazada y obviamente estoy con Lau y ¿cómo quedaste? y obvio que se hizo todo como mucho más abierto para con todos los que están cerca (Ana)

Además, como destaca Ana, el hecho de estar embarazada hace imposible seguir ocultando la relación de pareja y el proyecto de familia, a diferencia de las madres no gestantes, a las cuales, sin embargo, les resulta más complejo explicar su situación; como describe a continuación Ana.

A Lau por ahí se le complicó un poco más el querer contarlo, porque en realidad ella iba a tener una hija pero no estaba embarazada, entonces el que no lo sabía ¿cómo le contás? Estás contenta, querés compartir eso, por ahí más con la gente del trabajo, que bueno hay una cierta confianza, que a vos te gustaría contarles, "sí, voy a tener una hija" y claro es contar toda la historia, así que bueno, se encontraba por ahí con esa barrera, ¿y a este le cuento, no le cuento?, viste como que era más así la duda, a mi no me quedaba otra que decir sí estoy embarazada, voy a tener una hija y a lo sumo bueno te encontrabas con alguna que te dice ¿pero vos estabas en pareja?, pero ¿quién es el padre?, ponele alguna así (Ana)

Las entrevistadas afirman cómo en estos procesos de revelación se torna fundamental compartir con la familia la relación, sobre todo cuando la pareja es estable y se ha decidido tener hijos/as. Al igual que en el estudio de Olga Viñuales (2006) sobre identidades lésbicas, muchas veces la familia termina aceptando a su hija luego de que estabiliza su vida afectiva de forma duradera con otra mujer. Es así que "el carácter duradero de una relación prevalece sobre su contenido sexual ante la mirada familiar, que concibe esa pareja estable y duradera como un sucedáneo del vínculo afectivo que se piensa propio y exclusivo de la pareja heterosexual" (Viñuales, 2006:76).

Al igual que con el tema de la visibilización de su proyecto parental, también aparece esta idea de que la *discriminación*[6] es menos tolerable o molesta más cuando tiene que ver con el pedido de ocultar a su familia, como relata Priscila.

Lo peor que me pasó fue que me pidieron que oculte a mi familia, y ahí sí sentí la discriminación, ahí sentí lo que era discriminación, que te discriminen, hasta ese momento había tenido escenas pero que te pidan que escondas a tu hijo o sea, es un sentimiento tan horrible, pero bueno como yo dije que no estaba de acuerdo, iba a decir que ellos hagan lo que tengan que hacer pero yo iba a hacer lo que yo tenía que hacer. Todo eso te fortalece y no sólo que te fortalece sino que termina cambiando todo una perspectiva que tenía el colegio en cuanto a cómo educar a todos los chicos porque todos los chicos saben que soy lesbiana y que tengo mujer y me preguntan cosas, entonces para mí se terminó transformando en algo muy positivo, no solamente porque a mí no me jodieron más y yo sigo trabajando muy panchamente, sino porque todos los chicos están aprendiendo algo también de la vida (Priscila)

6 La discriminación consiste "en la exclusión social legitimada: se basa en un estereotipo que naturaliza una identidad social suturándola en torno de rasgos particulares, a los que se les adscriben como indisociables características negativas" (Belvedere, 2002 en Jones, 2008:48).

En este sentido, la discriminación tiene un componente mayormente opresivo cuando está relacionada con su familia, ya que la padecerá también su mujer y su hijo, no es algo que le afecte sólo a ella sino a todo su entorno familiar. De allí, que Priscila destaque esta actitud de no resignarse y seguir adelante, lo cual produjo un cambio positivo en la perspectiva del colegio y en sus propios alumnos.

En relación con lo dicho, la apropiación de los derechos que hacen estas mujeres, al oponerse a las distintas formas de discriminación y estigmatización de sus familias, tiene que ver con un empoderamiento construido a lo largo de sus trayectorias de vida, que a pesar de las diferencias, parten del rechazo a la falta de reconocimiento sobre su proyecto parental. De allí, que afirmen la necesidad de vivirlo plena y libremente, sin tabúes.

Aunque muchas de ellas sostienen que la aceptación de la sociedad depende de sus propias actitudes y de ir de frente, sin mentir, otras sostienen que el respeto y el reconocimiento de sus sexualidades y sus familias dependen también de las transformaciones y los cambios en los contextos sociopolíticos en los que tienen lugar dichas actitudes y prácticas.

A modo de cierre, queremos destacar cómo las trayectorias sexoafectivas de estas mujeres están directamente vinculadas con el proceso subjetivo de apropiación de derechos, ya que su orientación sexual, como vimos, otorga cierta especificidad a dicha apropiación a partir de la matriz heteronormativa. La forma en que lleven a cabo la autorización de sus deseos tendrá un impacto en las maneras de vivenciar sus sexualidades y relaciones amorosas; de allí la importancia de comprender las particularidades de las trayectorias de los sujetos en el marco de las transformaciones contemporáneas

Bibliografía

Amuchástegui Herrera, A.y Rivas Zivy, M. (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: Notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (19)3: 543-597.

Amuchástegui Herrera, A.y Rivas Zivy, M. (2008). Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: Género, Heteronormatividad y Ética. En Szasz, I. y Salas, G. (Comps.) *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción* (pp. 57-137). México: El Colegio de México.

Bourdieu, P. (1990). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.

Butler, J. (2001) [1990]. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, J. (2010) [1993]. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.

Figari, C., Jones, D., Libson, M., Manzelli, H., Rapisardi, F. y Sívori, H. (2005). *Sociabilidad, política, violencia y derechos. La Marcha del Orgullo GLTTB de Buenos Aires 2004: primera encuesta*. Buenos Aires: Antropofagia.

Foucault, M. (1994). No al sexo rey. Entrevista por Bernard Henry-Levy. En *Un diálogo sobre el poder* (pp. 146-164). Barcelona: Altaya.

Foucault, M. (1996). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología,* 50(3), 3-20.

Foucault, M. (2009) [1976]. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

Gemetro, F. (2011). Lesbianismo. Coordenadas historiográficas para entender la emergencia del lesbianismo en Argentina. En Gutiérrez, M.A. (Comp.) *Voces Polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades* (pp. 91-117). Buenos Aires: Ediciones Godot.

Giddens, A. (1998). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

Jones, D., Libson, M., Hiller, R. (Comps.) (2006). *Sexualidades, política y violencia. La marcha del Orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005: segunda encuesta*. Buenos Aires: Antropofagia.

Jones, D. (2008). Estigmatización y discriminación a adolescentes varones homosexuales. En Pecheny, M., Figari, C. y Jones, D. (Comps.) *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina* (pp. 47-71). Buenos Aires: Libros del Zorzal.

Kornblit, A., Pecheny, M. y Vujosevich, J. (1998). *Gays y lesbianas. Formación de la identidad y derechos humanos*. Buenos Aires: La Colmena.

Kosofsky Sedgwick, E. (1998). Epistemología del armario. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.

Labandeira, M. C. (2012). El discurso cinematográfico como semiótica de la subjetividad: una escena de Fassbinder. En *AdVersuS*, IX(22), 84-121.

Libson, M. (2009). *La diversidad en las familias: un estudio social*

sobre parentalidad gay y lesbiana. Tesis de Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural, Instituto de Altos Estudios Sociales – Universidad Nacional de General San Martín.

Meccia, E. (2006). *La cuestión gay. Un enfoque sociológico.* Buenos Aires: Gran Aldea.

Pecheny, M. (2001). De la "no-discriminación" al "reconocimiento social". Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina. En *XXIII Congreso de la Latin American Studies Association*, Washington DC, 6-8 de septiembre del 2001.

Pecheny, M. (2002). Identidades discretas. En Arfuch, Leonor (Comp.) *Identidades, sujetos y subjetividades* (pp. 125-147). Buenos Aires: Prometeo Libros.

Viñuales, O. (2006). *Identidades lésbicas*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. México: Paidós y PUEG-UNAM.

Adolescencia y servicios de salud: Una aproximación al estudio de las masculinidades en contextos de pobreza

Mariana Cortez*

El presente artículo aborda la relación entre los adolescentes varones y los servicios de salud en contextos de pobreza. Se propone describir y analizar las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud sexual por parte de los adolescentes varones en contextos de pobreza y comprender qué representaciones sociales operan en las opiniones de los varones adolescentes respecto de la salud sexual. A su vez, se buscará indagar acerca de la información que poseen los adolescentes varones respecto de los servicios de salud sexual y sobre el derecho a la salud. Se explorará la relación entre la utilización de los servicios de salud y la incidencia del estereotipo de masculinidad, y la adscripción al modelo de Autoatención.

PALABRAS CLAVE: masculinidades - adolescencia - accesibilidad - servicios de salud - Autoatención

The present article tackles the relation between male adolescents and health services in contexts of poverty. It attempts to describe and analyse the conditions that male adolescents must fulfill in order to have access to the services of sexual health in contexts of poverty and to understand what social representations operate on male adolescents regarding sexual health. Furthermore, we will seek to inquire on the information male adolescents possess regarding sexual health and the right to health. We will also explore the relationship between the use of health services and the influence of stereotypes in masculinity, and the ascription to the self-care model.

KEYWORDS: masculinities - adolescence - accessibility - health services - self-care

Introducción

En los servicios de salud de la República Argentina, la creación de espacios exclusivos para la atención de adolescentes, tuvo el carácter de política de Estado recién en la segunda mitad del Siglo XX. Un conjunto de programas y lineamientos básicos para la atención en salud adolescente fueron la expresión del surgimiento de políticas públicas dirigidas a los y las adolescentes.

Como afirma Hugo Spinelli (2010), el campo de la salud en Argentina se caracteriza por la complejidad, dada la gran concentración de capital económico y problemas de financiamiento, así como la persistencia de estructuras administrativas estatales obsoletas que pugnan contra quienes intentan desarrollar nuevas institucionalidades, sumado a la baja capacidad de gestión de los diferentes gobiernos: "Los modelos de atención del proceso salud-enfermedad-atención (PSEA) pueden generar desigualdades y exclusión al interior del propio campo" (Spinelli: 2010: 276).

A partir de la crisis del llamado Modelo Médico Hegemónico, como consecuencia de la crisis económico-social en el financiamiento de la salud pública en Argentina y el agravamiento de problemas edilicios en las instituciones de salud pública, entre otros factores, emerge el sistema de Atención Primaria que articula la comunidad con los servicios de salud y actúa en sectores de vulnerabilidad social (Menéndez: 1974).

Silvia Necchi (2004) en su trabajo "Los ciudadanos y el derecho a la atención en salud" analiza las representaciones

* Universidad de Buenos Aires - Facultad de Ciencias Sociales.

sociales que tienen las Organizaciones de la Sociedad Civil orientadas a la atención en salud, los usuarios y los profesionales, sobre el derecho a la salud. La autora destaca que las leyes que respaldan el derecho a la atención en salud son generalmente desconocidas por los usuarios, y que éstos presentan dificultades para expresar sus derechos, pese a esto, entre el 97% y el 100% de los entrevistados acuerdan con la importancia de ser atendidos con respeto y privacidad, sin largas horas de espera y de recibir información respecto de sus problemas. En cuanto a su responsabilidad –medidas de prevención, cuidado de sus hijos- Necchi observó un importante involucramiento.

En el trabajo realizado por el Programa Salud Escolar del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: "Acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Diagnóstico de situación en alumnos de escuelas técnicas del GCBA desde una perspectiva de género 2012-2013" (Carpineta et al: 2013), los autores elaboraron un diagnóstico sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos incluyendo la perspectiva de género en adolescentes de escuelas técnicas de la Ciudad de Buenos Aires. Indagaron sobre los niveles de conocimiento y acceso a las prestaciones de salud sexual y reproductiva según sexo. Concluyeron que en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, hay diferentes patrones de acceso según género, y que pensar la perspectiva de género desde estrategias pensadas sólo para la mujer como destinataria, reproduce la inequidad en el acceso a los servicios, ya que deja afuera a los varones como destinatarios de políticas públicas específicas del área.

Silvia Tapia, en su trabajo "Estrategias de atención a jóvenes embarazadas en barrios vulnerabilizados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un estudio de caso", analiza las significaciones de los profesionales de un efector público del primer nivel de atención, acerca de los jóvenes que concurren a los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CeSaCs). A partir de estas significaciones, la autora analiza los fundamentos de las estrategias llevadas a cabo en los efectores observados. Concluye que atención a adolescentes requiere de un abordaje diferenciado del de niños y adultos, y que los profesionales deben conocer el lenguaje específico de los adolescentes para una mejor comunicación.

Dentro de las condiciones macro-sociales, podemos hacer referencia a los trabajos de Luc Boltanski sobre los usos sociales del cuerpo, quien estudia las variaciones del consumo médico de las distintas clases sociales en las que operan diversas determinaciones sociales mediadas por el orden cultural que los traduce en reglas, prohibiciones, gustos y etc. (Boltanski: 1972).

A raíz de los interrogantes planteados, este trabajo se propone describir y analizar las condiciones de accesibilidad al servicio de salud sexual por parte de los adolescentes varones en contextos de pobreza y comprender qué representaciones sociales operan en las opiniones de los varones adolescentes respecto de la salud sexual.

Existen diferencias en cuanto a la información y el acceso a los CeSaC, determinadas por el género. A partir de determinadas prácticas a nivel institucional en lo respectivo a la atención salud adolescente tales como cuestiones edilicias -en los CeSaCs suelen faltar insumos- sumado a la persistencia de prácticas por parte de los profesionales que responden al Modelo Médico Hegemónico, los varones adolescentes de barrios de gran vulnerabilidad social, tienen en cuenta diferentes condiciones que impactan sobre el uso que realizan de los efectores a la hora de acudir a los mismos, de modo tal que diferentes factores asociados a la accesibilidad, la falta de información sobre los servicios y la incidencia del estereotipo de masculinidad, y también la adscripción al modelo de Autoatención, tienen una tendencia a utilizar los mismos sólo en situaciones de urgencia.

Son las mujeres las que acuden mayormente a los centros de salud, y esto está ligado a las formas de control y regulación del cuerpo femeninos naturalizados culturalmente, con el principal objetivo de regular la reproducción.

Acerca de la adolescencia

De acuerdo con el Comité de Derechos del Niño, la adolescencia es "un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos". Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la adolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años.

En el tránsito por la adolescencia, la sexualidad se conforma como un eje de construcción de identidad. En esta etapa pesan ampliamente los estereotipos de género. Se espera que los adolescentes varones cumplan con ciertos mandatos, tales como la heterosexualidad y la vida sexualmente activa. De las adolescentes mujeres se espera pasividad y una sexualidad organizada para la procreación. En la adolescencia, la sexualidad se inscribe en el imaginario sociocultural, el cual diferencia comportamientos y expectativas según las diferencias biológicas sexuales (Checa: 2003).

En los últimos años, el análisis de las asimetrías de género y clase permitieron comenzar a "desempacar" la categoría genérica de adolescencia, para reconocer y atender un conjunto de situaciones disímiles (Adaszko: 2007).

Las niñas y adolescentes de cualquier condición social se encuentran inmersas en un proceso de fragilización de la

subjetividad femenina. Además, los roles asumidos por cada género presentan variaciones según la clase social en la que se sitúan las personas.

La sexualidad es el producto de una compleja red de creencias, conceptos y actividades sociales que mutan en función a diversos factores implicados socialización (Weeks: 1998). Dadas las fuertes determinaciones que producen los estereotipos, para garantizar los derechos en lo que refiere a su sexualidad, identidad de género e identidad sexual en el marco del cuidado de la salud, se debe promover la autonomía de las y los adolescentes ya que en el proceso de construcción de esta autonomía, se pone en juego su propia autopercepción y sus relaciones con el entorno social que los rodea.

Como afirma Susana Checa (2003), en la adolescencia, la sexualidad encuentra su sustento en las representaciones sociales androcéntricas imperantes, que manifiestan que la diferencia biológica justifica las diferencias y comportamientos de cada sexo.

El concepto de género es una simbolización social de las diferencias anatómicas, que se expresa en prácticas y representaciones sociales, que atribuyen unas conductas en función de la condición sexual (Lamas: 2004). Remite a las relaciones sociales entre los sexos: ser mujer o ser varón, expresa una serie de comportamientos y gustos que serán transmitidos por nuestro entorno social.

Supone definiciones que abarcan tanto la esfera individual -incluyendo la construcción del sujeto y el significado que una cultura le otorga al cuerpo femenino y al masculino-, como la esfera social -que influye en la división del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías- y está condicionado por la clase social en la que están inmersos los sujetos. A los estereotipos normativos de "feminidades" y "masculinidades" que asignan los comportamientos que se esperan de cada género, debe oponerse la noción de identidad de género, para comprender justamente la identidad y su realidad desde una perspectiva múltiple y dinámica.

Los roles de género emanan de las conductas y normas establecidas por la sociedad acerca de lo que es femenino y lo que es masculino. Estos roles se basan en la división sexual, en la que se establece lo femenino como lo maternal y doméstico. Por el contrario, lo masculino se relaciona al ámbito de lo público (Lamas: 2004). Esto se traduce en una inequidad entre los géneros y en la necesidad de modificar esa desigualdad.

Masculinidades: Hacia una reflexión sobre la dominación

Pierre Bourdieu (1998), analiza el tipo de estructura social que eterniza las relaciones asimétricas entre los géneros, en la que las representaciones sociales de las mujeres también operan aplicando los mismos esquemas de dominación que los hombres. En la dominación de género, se eterniza lo arbitrario, y se encuentra el más claro ejemplo de jerarquización social arbitraria.

La naturalización de la dominación masculina obedece a una división de las actividades de acuerdo a una oposición masculino/femenino. Las prácticas femeninas suponen un esquema de dominación masculina y se reproducen en la división sexual del trabajo, que otorga al hombre el poder de dominación. Esto no quiere decir que exista una responsabilidad femenina en la dominación -que es doble: en el trabajo y en la vida cotidiana- sino que hay formas estructurales que limitan las formas de pensamiento que son impuestas, y se traducen en vergüenza, culpabilidad, y otras manifestaciones.

Esta violencia simbólica estructura las relaciones desiguales entre los géneros que producen y reproducen las asimetrías entre hombres y mujeres. La dominación entonces, se eterniza en todas las relaciones e instituciones sociales.

La experiencia de la feminidad es una experiencia objetual: experiencia de cuerpos expuestos al juicio del otro. Pero el varón debe desarrollar acciones acorde a lo que se espera socialmente de un varón, debe entrar en las luchas por el dominio del campo de forma también subordinada a esas luchas, son entonces también cuerpos para otros: "en el varón se valora el inicio temprano en las relaciones sexuales, el ejercicio del sexo como un rito de pasaje a la adultez, y existen presiones de los padres y la familia para ajustarse a los requerimientos de su género. El estereotipo masculino es el del varón sexualmente activo, heterosexual e independiente". (Checa: 2003:23)

De un hombre se espera virilidad, y esa virilidad es entendida como virilidad física y se asocia con la fuerza y la capacidad sexual; desvirgar a la mujer, tener muchos hijos (Bourdieu: 1998). "Aunque pueda aparecer como la matriz original a partir de la cual se engendran todas las formas de unión de dos principios opuestos –cielo y tierra, fuego y agua, etc.- el acto sexual en sí mismo está pensado en función del principio de la primacía de la masculinidad" (Bourdieu: 1998).

A su vez, los varones compiten entre sí a la hora de verbalizar sus experiencias: "En una de las entrevistas colectivas a jóvenes, mientras estábamos en los momentos previos antes de encender el grabador, uno de ellos dice, "si las tablas de mi rancho hablaran…" y otro le respondió que no sabía si le iba a dar el cassette para contar todas sus experiencias. Ciertamente alardear sobre las conquistas y prácticas sexuales constituye una marca en la construcción o reafirmación de su masculinidad" (Rostagnol: 2002: 47).

La sexualidad es uno de los lugares donde se ejerce la dominación masculina, el acto sexual mismo es pensado a partir de una lógica binaria que asume lo femenino/pasivo-

masculino/activo, principio de división básica que dirige el deseo. De esta manera el deseo masculino es deseo de poseer y el deseo femenino es deseo de ser poseída (Bourdieu: 1998).

La construcción social que supone una mujer-madre, invisibilizó el erotismo femenino para dar un lugar de preeminencia a la reproducción y la dedicación a la crianza de niños y niñas. (Weeks: 1998). Generalmente el embarazo constituye un proyecto de vida en las adolescentes de los sectores populares y si bien se observa un déficit en los proyectos alternativos y un sentimiento de heteronomía, también es verdad que el embarazo adolescente suele ser tratado como algo negativo, porque se lo generaliza (Adaszko: 2007).

Por otro lado, existen diferencias significativas entre varones y mujeres a la hora de realizar una consulta médica sobre el tópico sexualidad: según datos de una investigación realizada por Kornblit y Mendez Diz (2003), el 57,8% de las mujeres encuestadas realiza consultas al médico contra el 31,6% de los varones. Por el contrario, el 42,2% de las mujeres entrevistadas refiere no realizar consultas al médico, contra el 68,4% de los varones que tampoco realizan consultas. Las mujeres, a diferencia de los hombres, han incorporado en sus imaginarios una relación con la sexualidad una serie de normas prácticas para el cuidado de la salud (Kornblit y Mendez Diz:2003). Los hombres están preocupados por un deber ser masculino, pero no por un deber hacer con respecto a la sexualidad. Las mujeres, están más interiorizadas en el deber hacer, y esto se traduce en sus prácticas. Los hombres tienen conductas sexuales de riesgo, pero asumen el riesgo como una aventura, mientras que para las mujeres es sinónimo de miedo. Esto expresa también una asimetría en el poder desde la perspectiva de género, donde el hombre se cree capaz de manipular a la mujer. Los varones, destacan la característica de "hombre de verdad" relacionada a los procesos de construcción de masculinidad, lo cual implica "no tener miedo" es un atributo esencial de la masculinidad, el cual debe ser probado continuamente (Rostagnol: 2002).

Las pautas sociales que rigen la dinámica del deseo masculino y de la sexualidad, proponen una mujer dócil y el lugar que ocupa en el escenario social, nos conduce a reflexionar sobre la causa de la mayor demanda de atención médica, ya que se traduce también en una forma de control sobre su sexualidad.

El hecho de tomar la iniciativa en el contacto sexual es una de las prácticas que nos muestra el grado de autonomía y de posibilidad expresiva que las personas se permiten en el grado de las relaciones íntimas (Kornblit y Mendez Diz: 2003). Consultados sobre quién en la pareja toma la iniciativa en la relación sexual, el 37,1% de las mujeres refiere que son los hombres quienes la toman, y el 45,9% de los hombres afirma también que son ellos quienes tienen la iniciativa. Esta diferencia porcentual nos permite afirmar que expresar el deseo sexual sigue siendo, en gran medida, un atributo que se visualiza como masculino (Kornblit y Mendez Diz: 2003). Para los hombres el ejercicio de su sexualidad es signo de poderío, de fortaleza y ellos persiguen como meta fundamental del acto sexual, la penetración y el orgasmo, el poder gozar del cuerpo de la mujer y el poder de hacer gozar (Bourdieu: 1998).

Según una investigación sobre representaciones de participación en el campo de la salud, los/as usuarios/ as adolescentes, no logran entablar una buena relación con los médicos pero a pesar de ello consideran útiles los servicios de salud. A medida que crecen y en especial los varones, se va produciendo un distanciamiento del sistema de salud y se reemplaza el acceso planificado para control, por el uso del sistema solamente ante la urgencia. Se encontró que la mayoría de los jóvenes varones desconoce la existencia de los servicios especializados para adolescentes del sistema público de salud (Kornblit et al: 2005).

Kornblit y Mendez Diz (2003) observan diferencias significativas entre varones y mujeres a la hora de realizar una consulta sobre el tópico sexualidad: el 57,8% de las mujeres encuestadas realiza consultas al médico contra el 31,6% de los varones. Conocer las percepciones de los varones acerca de la Calidad de la Atención recibida, contribuirá al desarrollo de estrategias para acercarlos a los servicios de educación sexual.

Representaciones sociales y clase social

Las representaciones sociales en torno a diferentes fenómenos que ocurren en la sociedad, son fenómenos ligados con un modo especial de adquirir y comunicar conocimientos, un modo que crea la realidad y el sentido común. Son "Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación" (Moscovici:1979).

Las inserciones de las personas en diferentes categorías sociales y su adscripción a determinados grupos, componen fuentes de determinación que inciden en la elaboración individual de la realidad social, y esto es lo que funda visiones compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los hechos sociales. El medio cultural en que viven las personas, el lugar en el que se ubican en la estructura social, y las experiencias concretas que afrontan en la vida cotidiana intervienen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que aprecian la realidad social.

Las matrices socioestructurales y las estructuras materiales en las que están inmersas las personas delimitan su lectura de la realidad social, sus claves de interpretación y reinyectan en su perspectiva de la realidad una serie de condicionantes que manifiestan sus inserciones en la trama socioeconómica y en el tejido de relaciones sociales y culturales.

La representación social es, a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las representaciones sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la realidad. Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad sino que intervienen en su elaboración.

La representación social es un proceso de construcción de la realidad y debemos entender esta afirmación en un doble sentido: primero, en el sentido de que las representaciones sociales forman parte de la realidad social, contribuyen pues a configurarla y, como parte sustancial de la realidad, producen en ella una serie de efectos específicos. Segundo, en el sentido de que las representaciones sociales contribuyen a construir el objeto del cual son una representación. Es porque la representación social construye en parte su objeto por lo cual este objeto es, en parte, realmente tal y como aparece a través de su representación social (Ibáñez: 1979).

Clase social y relación con la salud

Luc Boltanski (1972) afirma que la brecha entre riesgo de salud corrido por las distintas clases es pronunciada. Incluso un mismo nivel de consumo médico, no porta el mismo sentido si corresponde a categorías sociales cuyos miembros tienen distintas esperanzas de vida y distintos niveles de desgaste físico. El cuerpo se encuentra atravesado por la clase.

La clase se inscribe en el cuerpo: la alimentación, el gusto, la frecuencia y el tipo de enfermedad son mecanismos de diferenciación de clase. Las reglas que determinan las conductas físicas de los sujetos sociales y cuyo sistema conforma su cultura somática son el producto de las condiciones objetivas que esas normas retraducen en el orden cultural y social, y afirma: "Por ejemplo, la norma que en las clases populares rige la expresión verbal de las sensaciones corporales o, lo que es lo mismo, la exhibición visual del cuerpo; impide, con ciertas reservas, que se hable demasiado del cuerpo o que se lo exponga a los ojos de los demás, se expresa también en las actitudes frente a la enfermedad y a la expresión de sensaciones mórbidas, así como en las actitudes respecto a la sexualidad y su expresión" (Boltanski: 1972: 37). Existe una percepción diferencial de las sensaciones mórbidas en las diferentes clases sociales, y una mayor resistencia de los sectores populares a atender las señales del cuerpo.

Margulis (2004) sostiene la hipótesis de que en la cultura popular, en comparación con los sectores medios y altos, una menor capacidad de dirección y actuación sobre el propio cuerpo, acompañado con un escepticismo a actuar sobre él y sobre la utilización de dispositivos sociales que operan sobre el cuerpo, como la utilización de los servicios de salud. El autor afirma que en una cultura que incorporó parcialmente los métodos anticonceptivos, se posee un imaginario de sexualidad que no está separado de la procreación, y no una perspectiva de derecho al uso del propio cuerpo.

Perspectiva de salud integral

El presente trabajo adscribe a la perspectiva de la Salud Integral, definida como "El completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedad" (OMS), desarrollada por Asa Cristina Laurell y retomada por María Isabel Matamala (1995). Se entiende a la Salud Integral como una necesidad humana básica, y que define a los procesos de salud-enfermedad como históricos, sociales, que plantean el problema de su articulación con otros procesos sociales y sus determinaciones.

Desde esta perspectiva, la Calidad de Atención está referida al "Conjunto de aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales del bienestar. Sería de buena calidad la atención que incorpora/resuelve estos aspectos en las circunstancias concretas de cada demanda." (Matamala: 1995). Uno de los factores que determinan la Calidad de la Atención en los servicios de salud sexual es la inclusión de una perspectiva de género, que permite reconceptualizar los modelos de atención y organización de los servicios y generar condiciones de ejercicio de poder democrático entre hombres y mujeres, ampliar la toma de decisiones de las mujeres, analizando la posición de las mismas y el impacto diferencial en la salud.

Según Mónica Petracci (2004), la Calidad de la Atención en salud es concepto dinámico –ya que articula ámbitos institucionales diversos-, polisémico –porque la construcción de su sentido diferirá si su enunciador es la comunidad científica, los usuarios, la opinión pública, etc.- y multimensional –al referir a la calidad técnica, interpersonal y de servicios-.

La Calidad de la Atención en salud puede ser evaluada con relación a diversos factores: la accesibilidad, ligada a cuestiones sociodemográficas pero también simbólicas: es entendida como el vínculo construido entre sujetos y los servicios que surge de una combinación entre las condiciones y discursos

de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos; otro de los factores es la aceptabilidad, entendida como la capacidad de ofrecer una atención que responda a las expectativas de los usuarios, ya que la percepción de los usuarios está mediada por diversos procesos de socialización y autoestima; la integralidad, dado que los aspectos biológicos, psicológicos y sociales deben interrelacionarse en la atención en salud; la competencia humana y técnica, vinculada a la capacidad de brindar conocimientos, habilidades, infraestructura y tecnología que respondan a las necesidades de la población humana y científicamente y por último el nivel de participación comunitaria, relacionado a las estrategias y mecanismos de participación para identificar y responder a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud pública. A su vez, son indicadores de una buena calidad en servicios de salud la promoción y el respeto por los derechos humanos, lo que sitúa una dimensión ética en la calidad de atención, a diferencia de los enfoques estrictamente administrativos, y el empoderamiento de los usuarios, lo que supone la adquisición de una serie de conocimientos para poder reconocer las relaciones sociales en las que están inmersos y el ejercicio de sus derechos, para aumentar los niveles de exigibilidad de los mismos, como así también su autodeterminación.

La Calidad Percibida de los servicios de atención en salud -trabajando desde la Teoría de la confirmación de expectativas de Parasuraman- es el resultado de la comparación entre las expectativas previas de un usuario y la evaluación posterior del desempeño del servicio-(Petracci: 2005).

Según el "Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la Calidad de Atención en los servicios de salud reproductiva con enfoque de Género", dependiente del Programa Mujer Salud y Desarrollo, y del Programa de Salud de la Familia y Población de la Organización Panamericana de la Salud, la salud sexual y reproductiva es un "estado de armonía físico, mental y social en un contexto de igualdad de responsabilidades entre hombres y mujeres".

La OMS (Organización Mundial de la Salud) recomienda facilitar al personal de salud el desarrollo de programas atractivos y atrayentes para los adolescentes que promuevan formas de vida saludables, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Modelo médico hegemónico y autoatención

Menéndez (1974) afirma que el modo de producción capitalista conduce a la emergencia de varios submodelos de atención médica dentro del MMH: el individual privado, el corporativo público y el corporativo privado que ocasionan la exclusión de los modelos alternativos -Modelo alternativo subordinado, en el que se integran prácticas reconocidas

como "tradicionales", y Modelo de Autoatención-, lo que en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados o complementarios del MMH.

El MMH, supone ciertos rasgos estructurales: biologicismo -desde aquí se trabaja con series históricas de corta duración, perdiéndose el contenido dinámico y social del proceso de salud-enfermedad-, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, la salud- enfermedad como mercancía, una relación médico-paciente asimétrica, medicalización, producción de situaciones que tienden a excluir al paciente del saber médico -esto es lo que trabaja el autor francés Luc Boltanski (1972) en su estudio sobre las distintas necesidades médicas en las diferentes clases sociales, afirmando que los habitus de clase, que son esquemas de percepción y acción, portan una dimensión que son los habitus físicos. Además afirma que el tipo de condiciones objetivas a las que están sometidos los sujetos sociales, condicionan en última instancia un tipo de comportamiento corporal que les es propio-.

El Modelo de Autoatención está basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o su grupo de pertenencia desde una concepción basada en la experiencia y sin la intervención de profesionales. Las personas que utilizan este modelo poseen una tendencia a asumir la subordinación al MMH.

La Autoatención se funda en la frecuencia de episodios de enfermedad en un grupo social determinado y en la necesidad misma del grupo de realizar acciones que solucionen estas situaciones al menos provisoriamente. El MMH, al cuestionar la Autoatención, limita la posibilidad de un primer nivel de atención en salud autónomo y así trabajan en detrimento de los recursos que puede brindar la ayuda comunitaria.

La clase obrera, el Estado y los propietarios de los medios de producción concurren en un hecho, por diferentes motivos: todos necesitan una organización contra la enfermedad para garantizar la reproducción del sistema (Menéndez: 1974). Según este autor, es así que funciona el Modelo Corporativo Público, es decir, la medicina pública, basada en los presupuestos del MMH -Corporativo Privado-, ya que las necesidades de control y productividad del capitalismo, sumado a la industria de la salud, sostienen al MMH.

La propia formación y práctica médicas alojan procesos sociales que no asumen en términos de importancia ideológica, en cuanto la reproducción social que realizan muchas veces inconscientemente del sistema social en el que operan.

Esta negación de lo social es paradójica si tenemos en cuenta la desnutrición, la tuberculosis, la mortalidad infantil, la mortalidad diferencial, la violencia de género, la violencia obstétrica y otras cuestiones que exceden lo privado o biológico a simple vista.

A partir de la crisis del MMH, consecuencia de factores tales como la crítica a la concepción de la atención desde la productividad, la crisis económico-social en el financiamiento de la salud pública en Argentina, el agravamiento de problemas edilicios en las instituciones de salud pública, etc. emerge el sistema de Atención Primaria que articula la comunidad con los servicios de salud y actúa en sectores de vulnerabilidad social.

Así, se recuperaron un conjunto de estrategias que evidencian una eficaz capacidad para actuar en la prevención de enfermedades, y el tratado de las mismas con tecnología simple y sistemática a muy bajo costo. Esto implica entonces, la participación y el trabajo comunitario para la aplicación de estas estrategias, que constituyen un primer nivel de atención. La práctica médica debiera operar como segundo y tercer nivel de atención (Menéndez: 1988:10).

Tratamiento de la adolescencia como fenómeno diferenciado: marco legal

En lo que respecta al tratamiento de la niñez y adolescencia como fenómeno particularizado, ocupó un lugar en el discurso jurídico tardíamente: fue recién a partir del año 1924 con la Declaración de Ginebra que comenzó a tratarse de manera específica. Es aquí donde se inicia un proceso de positivización, internacionalización y expansión de los derechos humanos del Niño.

Sin embargo, es la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada en 1989 por la Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el hito por excelencia en el camino hacia el reconocimiento de los Derechos Humanos del niño. La Convención sobre los Derechos del Niño define al niño como un sujeto titular de sus derechos fundamentales al igual que los adultos, situación no reconocida por la legislación anteriormente. Así, se deja atrás la concepción paternalista que los consideraba incapaces y objetos de protección por parte de sus progenitores o el Estado. Dicha concepción acompañaba a un tipo de intervención estatal coactiva sobre niños, niñas y adolescentes.

La Convención reconoce los derechos reproductivos de los y las adolescentes, al establecer la necesidad de desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación familiar, en lo que respecta a salud sexual adolescente. La Convención es entonces, el punto de partida para cualquier intervención sobre niños, niñas y adolescentes. (Checa: 2016)

La doctrina de la protección integral de derechos de modo abstracto y genérico abarca todas las dimensiones de la vida y desarrollo de niños, niñas y adolescentes, protegiendo jurídicamente la infancia y su desarrollo socioeconómico.

El reconocimiento y protección de los derechos de los niños se produce en una concepción integral que recupera la universalidad de la categoría de la infancia, fragmentada con anterioridad por las leyes de menores. La Convención sobre los Derechos del Niño es el instrumento internacional que permitió expandir la ciudadanía a la infancia, ya que reconoce que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derechos ante el Estado y la comunidad, y que los Estados partes deben adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos por la Convención.

La Convención fue una respuesta a la intensificación del tráfico infantil, la frecuencia con que los distintos gobiernos alistaron niños en sus ejércitos, y la violencia generalizada de la que eran objeto los niños. La adhesión de los Estados a la Declaración de los Derechos del Niño no resolvía estos problemas. Hacía falta, desde luego, tender redes institucionales que modifiquen estas prácticas.

En el caso de América Latina ha habido importantes avances a partir de la Convención: se redujo la mortalidad infantil y hubo importantes incrementos de matrícula escolar. Pero el dato central es que es la niñez y adolescencia de América Latina la que contiene el mayor nivel de desigualdad social en el mundo.Y que es América Latina la región que registra los más altos niveles de desigualdad en general (Vazquez Gamboa: 2009).

Durante los veinte años posteriores a la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados latinoamericanos fueron adaptando sus legislaciones al texto de la Convención para integrar a sus prácticas reales y la cultura de sus pueblos los Derechos de Infancia y Adolescencia. Esta rotunda aceptación incluyó modificaciones en diversas Constituciones y creó Jurisprudencia.

La ley Nacional 26.061/05 adecuó la normativa interna Argentina a los preceptos de la Convención y significó por parte del Estado la cancelación de una parte de la deuda en materia de protección de los derechos de la infancia en el contexto internacional de derechos humanos, ya que antes de su sanción, en Argentina regía la antigua ley de Patronato, que se remonta a 1919.

Entre los cambios que trajo aparejados la nueva ley en el ordenamiento jurídico imperante en materia de derechos de niños, niñas y adolescentes, podemos nombrar:

- Del estado intervencionista al estado garante
- El rol de las políticas públicas
- Límites y delimitaciones de la actuación administrativa y la judicial
- Revalorización de la familia
- El principio de capacidad progresiva y su impacto en el derecho de familia
- Derecho a ser oído
- Derechos colectivos de niños y adolescentes

Una modificación significativa que produjo el nuevo enfoque de derechos (hacia la doctrina de la protección integral) está asociada a la denuncia de prácticas arraigadas que causaron daño a un gran número de niños, niñas, adolescentes y familias, entre ellas la irrupción indiscriminada y discrecional del sistema penal a través de las disposiciones tutelares en lo que se llamó "judicialización de la pobreza" por medio del Art. 21 de la ley 10.903 (Ley de Patronato) que aludía a la figura de "menores en riesgo" o "abandono social y material".

La nueva ley adoptó una serie de normas tendientes a contrarrestar la estigmatización de la pobreza, entre ellas la referida a las medidas de protección integral, ante las posibles violaciones de derechos de los niños, niñas o adolescentes. Estas amenazas o violaciones pueden provenir de la acción u omisión del Estado, la sociedad, particulares, la familia, los padres, etc.

Por otra parte, puso fin a las tensiones entre gobiernos nacional y provinciales respecto de las limitaciones que tenían las leyes provinciales, sancionadas para cubrir las necesidades no abordadas por el Estado Nacional, delineando los ejes genéricos a partir de los cuales se debe garantizar la protección de los derechos del niño/a en todo el territorio.

En 1998, se había sancionado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley 114/98 "Ley de protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes", que se atenía a los postulados de la Convención. Observamos que fue sancionada siete años antes de la sanción de Ley Nacional 26.061/05. La Ley 114, en su Artículo 8, estableció que los/las niños, niñas y adolescentes tienen prioridad en la protección y auxilio cualquiera sea la circunstancia; atención en los servicios públicos; asignación de recursos públicos en la formulación y ejecución de políticas en las áreas relacionadas con la efectivización y la protección de los derechos de la niñez, la adolescencia y la familia y consideración y ponderación de las necesidades y problemáticas de la comunidad local a la que pertenecen.

En el apartado II, estableció entre otros derechos: Garantías procesales, Derecho a la Identidad, Derecho a ser oído, Derecho a la Salud -atención integral de su salud- y protección de la salud –instando a crear 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-.

En 1999, se sancionó en la CABA la Ley Nº 153/1999, "Ley básica de salud", con el objeto de garantizar el derecho a la salud integral, y define como derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud y con los servicios de

atención la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad y el acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso.

En 2000, se sancionó en la CABA la Ley 41/2000, "Ley de Salud reproductiva y Procreación Responsable", que tiene por objetivos específicos, entre otros, prevenir mediante educación e información los abortos provocados, garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección, promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable y 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.

En el año 2003, se sancionó la Ley 25.673/2003 "Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable", con la meta de disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

En el año 2006 se sanciona la Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, que establece que todos los estudiantes tienen derecho a recibir educación sexual en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, de todos los niveles y modalidades de las diferentes jurisdicciones del país. Dicho Programa Nacional tiene como objetivos principales: incorporar la Educación Sexual Integral en las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas, asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la Educación Sexual Integral, promover actitudes responsables ante la sexualidad, prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

En lo que respecta a Derechos de la Mujer, en 1979 se aprobó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ratificada por nuestro Congreso Nacional en 2006, que prevé la garantía de los derechos de las mujeres y exige a los Estados parte la creación de instrumentos y políticas públicas que permitan su cumplimiento en igualdad de condiciones respecto de los varones. En este caso, se especifica, entre otros, el derecho de las mujeres y niñas a acceder a información y métodos de planificación familiar, también, a recibir una educación libre de estereotipos de género, se asiste una gran contradicción en líneas generales entre la legislación vigente en salud y el accionar de las instituciones en salud que con frecuencia violan los derechos adquiridos. Esta contradicción "se observa en los prestadores de servicios y en la población demandante de los mismos: los primeros se desprofesionalizan y los segundos se autodevalúan, entablando una relación de autoritarismo y sumisión que a la vez que resulta poco benéfica para la salud y reproduce las condiciones de desigualdad existentes" (Matamala: 1995:20). Adquiere centralidad entonces, el análisis de las relaciones entre adolescencia, ciudadanía y derecho a la salud.

Si bien desde la Convención de los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), sancionada en 1979 ratificada por nuestro Congreso Nacional en 2006, La Ley de Derechos del Paciente 26.529/2009, la Ley de Parto Humanizado 25.929/15, la Ley de Identidad de género 26.743/2012, la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable 25.673/2003, la Ley de educación Sexual Integral 26.150/2006, y otras medidas tendientes a modificar algunas de las condiciones negativas generadas por el propio desarrollo capitalista y en el sentido de una perspectiva de salud integral, estos cambios no modificaron las relaciones diferenciales según estrato social y género en función de las condiciones de salud, si bien en el primer caso mejoraron los niveles de esperanza de vida. Por esto, adoptar una perspectiva que analice este problema es significativo para el desarrollo de políticas públicas que sean capaces de disminuir toda forma de desigualdad.

En cuanto al rol ciudadano, se requiere participación, conocimiento y apropiación de sus derechos como contribución al desarrollo de la condición humana de las sociedades. La ciudadanía adolescente, es el conjunto de prácticas jurídicas y sociales que ponen de relieve la participación juvenil dentro de los procesos sociales, y que están estrechamente relacionadas con la vida institucional.

Es preciso analizar entonces, si las modificaciones en la legislación y la puesta en marcha de programas institucionales que respeten a los niños y adolescentes como sujetos y los separen de una condición objetual, logran los objetivos esperados y qué políticas públicas pueden ponerse en funcionamiento para tal fin.

Atención en salud en contextos de pobreza

Entre los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSaC) con más demandas en la Ciudad de Buenos Aires, se encuentra

el CeSac N° 24, ubicado al Sur de la Ciudad de Buenos Aires en la comuna 8, que presenta los peores indicadores socio-urbanos y donde más acuciante se ha vuelto la situación deficitaria en términos de acceso a la vivienda para sus habitantes. A su vez, es la Comuna con más alto índice de población sin cobertura de salud (40,9%) -a pesar de esto no cuenta con hospitales públicos- y presenta el mayor índice de mortalidad infantil (11 por mil) de la CABA.

Según el relevamiento de Asentamientos Informales, En la Ciudad de Buenos Aires hay 56 villas y asentamientos en las que viven 73.300 familias, siendo las comunas 1, 4, 7 y 8 donde se encuentran ubicados las principales villas y barrios informales de la Ciudad.

Según el Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares de 2010, de los 2.890.151 habitantes de la ciudad de Buenos Aires, 197.976 eran niños de 5 años o menos. De ellos, un 12,4% (24.515) vivían en las villas y asentamientos de la Ciudad. Dentro de estos territorios, la niñez tiene una marcada relevancia: 14% de la población que habita en villas son niños de hasta 5 años; 24% son niños de hasta 10 años; 37% son menores de edad (hasta 17 años).

Según la Encuesta Anual de Hogares (EAH) realizada Dirección General de Estadísticas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, En 2012, 6% de las mujeres que habitaban fuera de villas tenía al menos un hijo nacido vivo que murió. En las villas de la Ciudad, el porcentaje de mujeres con hijos nacidos vivos que murieron se incrementa hasta alcanzar un 11%[1].

Según el Relevamiento de disponibilidad y acceso a servicios públicos en siete villas de la Ciudad de Buenos Aires (2013) dependiente del Programa Interdisciplinario sobre Desarrollo Humano e Inclusión Social, UCA (2014) y tomando como referencia la EFVC-UCA (Encuesta de Condiciones de Vida Familiares) en las villas cerca de la mitad de las mujeres jefas o cónyuges del jefe no se consideran dueñas de sus destinos, al indicar que casi siempre o muchas veces en la vida no existen maneras de cambiar las realidades, que les son dadas desde afuera de determinada manera. En las villas del barrio de Soldati este porcentaje es algo menor pero igualmente notable, alcanzando a 37% de estas mujeres.

Las oportunidades de proyectar hacia futuro también se ven restringidas en estos barrios. Una de cada tres mujeres jefas o cónyuges tiene dificultades para formularse proyectos más allá de la cotidianeidad.

Según el análisis de Claudio Lozano (2015) del Censo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) del año 2010, tomando como indicadores de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) el tipo de vivienda, condiciones sanitarias, el hacinamiento, asistencia escolar, y capacidad de subsistencia el porcentaje de habitantes de la comuna 8 que presenta al menos un indicador de privación es muy superior al promedio de la ciudad (13,8% vs. 7%). Si desagregamos el indicador hacinamiento, encontramos en la zona el más alto porcentaje de hogares hacinados, un 22.2% (CELS: 2012). En toda la ciudad, si el indicador de hacinamiento se restringe a las villas, inquilinatos, hoteles, pensiones y casas tomadas el porcentaje de los hogares hacinados ronda el 50%, cuando en el resto de la Ciudad apenas llega al 6,3%[2]. La comuna 8, a su vez, cuenta con un promedio de población viviendo en villas superior al 30%, mientras que en el resto de la ciudad no alcanza el 6% (Cravino: 2014).

En lo respectivo a educación, los adolescentes tienen una tasa de escolarización de 96,0% fuera de las villas, y ésta baja a solo 82,8% entre los habitantes de las villas de la CABA.

La educación de los pacientes opera de modo tal que menor educación limita el acceso a los servicios existentes (Maceira: 2008).

> **“La promoción de la salud sexual, las herramientas para la promoción de los derechos sexuales y derechos de salud en general, deben atender las determinaciones culturales, siempre pensando desde una perspectiva de género cuyos destinatarios también sean los varones adolescentes.”**

Dentro de los estereotipos normativos, observamos que el porcentaje de mujeres jóvenes que no estudian ni trabajan es del 34,8%: duplica el porcentaje que corresponde a los varones que se encuentra en el 15,7%: la mayoría de los adolescentes varones debe abandonar sus estudios por necesidades económicas, para ingresar al mercado laboral.

En las villas de la ciudad el 33% de las mujeres tenía menos de 20 años al nacer su primogénito, en embarazos que son considerados de alto riesgo, esto ocurre sólo en el 8% de los hogares fuera de las villas (EAH, 2012).

En lo que respecta a la tasa de natalidad en Argentina, Según el Ministerio de Salud de la Nación, el porcentaje de

1 EAH 2013, Y EAH 2012, disponible en http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=36692

2 Bermudez, I. (7 de septiembre de 2011) “La población en las villas creció más del 50%” Clarín. Recuperado de http://www.clarin.com/capital_federal/poblacion-villas-crecio-ciento_0_550145018.html

niños nacidos vivos de madres adolescentes fue en 2014 de 15,2%, mientras que el porcentaje de madres con bajo nivel de instrucción –analfabetas y hasta primario incompleto- ascendió a 5,5%.

El índice de Ingreso Total Familiar (ITF), demuestra que la Comuna 8 tiene el segundo nivel más bajo en toda la CABA, superado únicamente por la Comuna 1, que nuclea los barrios de Puerto Madero, Retiro, San Nicolás, Montserrat, San Telmo y Constitución: en promedio, el ITF en pesos en el año 2013 era de $7.893 en la comuna 8 y $ 7.121 en la 1 donde está alojada la Villa Retiro, una de las más grandes de la CABA, observamos un gran contraste con las comunas más ricas de la ciudad, como la Comuna 13, con un ITF de $14.220.

La Comuna 8, cuenta con 55.456 hogares, de los cuales 22.016 tienen ingresos insuficientes según la relación ingresos-canasta de consumo, es decir, un 39,7% de la comuna no cuenta con ingresos suficientes.

A su vez, el 9,8% de los habitantes de la comuna 8 de 25 años y más tiene primario incompleto y el 20,5% el secundario incompleto, lo que constituye una distribución acumulada de 53,9% de los habitantes de la comuna que no terminó el secundario. Le siguen la Comuna 4, con un 8,5% de primario incompleto y la Comuna 1 con un 5, 8%.

Debe señalarse también que la Comuna 8 presenta la mayor cantidad de población residente en villas (32,9%). Además, puede afirmarse que en el Cordón Sur de la Ciudad de Buenos Aires una de cada tres personas vive en villas, asentamientos o barrios carenciados.

En las villas, a su vez, se desplegó un negocio inmobiliario a costa de la necesidad, que constituye una especie de confiscación social (Diario Perfil, 5/1/2014)[3]. Se trata del alquiler de viviendas y habitaciones a precios muy elevados en barrios donde no hay alumbrado, gas, electricidad, ni agua potable. En la Comuna 8, 80 de cada 100 personas deben alquilar cuartos sin resguardo legal, lo que duplica la media de la ciudad. Además, allí se concentra la mayor cantidad de población por debajo del índice de pobreza (CELS: 2012)[4].

Según el Índice de Vulnerabilidad Social (IVS), construido en base a la ponderación de: Hacinamiento (moderado o crítico), Material de la vivienda (déficit moderado o crítico), Carga de dependencia por jubilado (2 o más personas en hogares sin ocupados), Carga de dependencia por ocupado (5 o más personas en hogares sin jubilados), Hogares que no reciben ingresos por trabajo ni jubilación ni pensión, Hogares con al menos un integrante sin cobertura exclusiva del sistema público de salud, Hogares con un promedio de años de escolarización de la población de 18 años y más, menor a 7 y Hogares con un promedio de años de escolarización de la población de 18 años y más, entre 7 y menos de 12, los barrios que componen la Comuna 8 son los que mayores índice de IVC presentan: Villa Lugano cuenta con 27.983 hogares en condiciones de vulnerabilidad social, Villa Soldati 9.557 y Villa Riachuelo 3.860.

Además, aproximadamente 25% de las mujeres jefas o cónyuges en las villas de Lugano y 33% de las villas de Soldati frecuentemente encuentran dificultades para expresar sus opiniones personales. Aproximadamente 1 de cada 5 jefas o cónyuges expresan dificultades para decidir. Es decir, estos barrios se encuentran marcados por un ejercicio de la masculinidad tradicional en la que el hombre "viril" decide y somete a la mujer.

La tasa de mortalidad infantil trienal (2008/2010) de la Ciudad es 7,4 por mil. El nivel más alto del trienio se ubica en la Comuna 8 de la zona sur de la Ciudad (11 por mil), mientras que en la Comuna 13 se observa el nivel más bajo (4,2 por mil). La relación entre el valor máximo y mínimo es 2,6. Esto significa que la comuna del nivel más alto contiene casi dos veces y media la mortalidad de la comuna del nivel más bajo.

La expansión de la informalidad en la comuna 8 comenzó en 1979, con la construcción del complejo habitacional social Soldati, en el que se alojó población erradicada de otras villas de capital. En 1983, se crea la villa 3, en 1995, surge la villa "Los Piletones", en 2001 se instala un número creciente de familias debajo de la autopista, AU 7, que poco después serán relocalizados al descampado cerca del Riachuelo, generando un asentamiento de alto riesgo ambiental. En 2003 se forman tres nuevas villas miserias: Dulce, Calacita y Carrillo II, marcando un escenario inédito de expansión de la informalidad en la zona.

Los CeSACs son establecimientos que se encuentran insertos dentro de los barrios, especialmente en las zonas con mayor población con NBI, que implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad que habita en el área, acorde a los principios de atención primaria de la salud.

Si se contabiliza la totalidad de consultas brindadas por los CeSAC en 2013, y se obtiene la proporción de consultas brindada por cada centro, se puede observar que el CeSAC que mayor proporción de consultas médicas brinda es el CeSaC 5 ubicado en las villas de Lugano (cerca del 7% de las consultas totales del año). También se ubican entre los principales prestadores de consultas médicas el CeSAC 21 de las villas de Retiro y el 24 de las villas de Soldati (Macció: 2014).

En lo que respecta a salud, el 40,9% de los habitantes de la comuna 8 no contaban con cobertura médica paga en salud en

3 Piñeiro, I. (5 de Enero de 2014) Alquilar en la Villa 31, más caro que en algunos barrios. Perfil. Recuperado de http://www.perfil.com/sociedad/Alquilar-en-la-Villa-31-mas-caro-que-en-algunos-barrios-20140105-0023.html. En la nota se afirma que según datos de la Encuesta Anual de Hogares, el 30% de los habitantes de las villas son inquilinos.

4 Derechos Humanos Argentina 2012, CELS http://www.cels.org.ar/common/documentos/Informe2012.pdf

2013, esto es un porcentaje 10 veces mayor en comparación con la Comuna 14, en la que sólo el 4,6% depende exclusivamente del sector público. En la Comuna 1, el porcentaje desciende a 35,5% y en la Comuna 1 a 31,5% pero continúa siendo significativo el contraste con las Comunas del norte de la Ciudad.

Referido a la autopercepción sobre su estado de salud, con fuente en el PIDH, se indagó durante 2012 acerca del estado de salud de los habitantes de las villas. Un 33% de los encuestados de las villas de Lugano y un 24% de las villas de Soldati consideraron su estado general de salud regular o malo y cerca del 15% de las personas indicó tener muy buena salud en las villas de Lugano, cerca del 32% lo hizo en las villas del barrio Soldati. Sin embargo, "Cuando se consulta a los encuestados acerca de los problemas y necesidades vinculados a la atención de la salud, la respuesta más frecuente es que no tienen problemas o no tienen necesidades concretas" (Macció: 2014:17).

Según Macció, los principales inconvenientes aludidos por los habitantes de todas las villas, más allá de que muchos hacen referencia a la "falta de problemas", son la falta de turnos y abarrotamiento, y la falta de médicos y medicamentos. Las principales necesidades señaladas son la falta de especialistas (particularmente en Bajo Flores) y médicos y medicamentos, en las villas de Lugano y Soldati. Los entrevistados aducen que los CeSaC tienen poca capacidad para responder a las necesidades reales de la población, si bien valoran positivamente estos centros de atención, destacan que la demanda supera a la oferta: se otorgan pocos turnos, largas esperas para ser atendidos y horarios muy acotados de atención. Debemos agregar que con frecuencia las ambulancias del SAME tienen renuencia a ingresar a los barrios informales, lo que genera serios inconvenientes al tratamiento urgente que requieren las emergencias. En Barracas "El SAME entra acompañado por la Policía Federal o la Policía Metropolitana" (PIDH: 2013).

En el CeSaC Nº 24, ubicado en la Comuna 8 que -pesar de ser la Comuna con más alto índice de población sin cobertura de salud- no cuenta con hospitales públicos. Por el contrario, hay una mayor concentración de hospitales públicos en la Comuna 4, del barrio de Palermo, con la mayor cantidad de habitantes con cobertura de salud: el 95,4% de la población de esta Comuna tiene medicina prepaga u Obra Social. Los CeSaC se concentran particularmente en la zona Sur de la Ciudad. Según la Dirección General de Estadística de CABA, el CeSaC N° 24 –dependiente del Hospital de Agudos Parmenio Piñero- tiene una concurrencia frecuente, el 4% del total de las consultas de 2013, lo que lo ubica entre los más utilizados, después del CeSaC 5 que se encuentra también en las villas de Lugano, que se encuentra entre la villas NHT/Del trabajo y Los Perales. El 77% de las mujeres en edad fértil carecen de cobertura médica en Villa Soldati, y el 74% en Lugano.

En términos de homogeneidad de demandas entre CeSaCs, los pacientes que acuden a centros públicos cuentan con niveles de pobreza similar, independientemente de la localización de los mismos (Maceira: 2008).

En cuanto a los profesionales, un trabajo realizado por Alemán (et al: 2010) a 36 profesionales de 36 de los 37 CeSaC de la CABA, arrojó como resultado que el 32,9% de ellos desconocía la disponibilidad de refugios o albergues públicos para la protección de las víctimas de violencia de género y el 39,9% desconocía la existencia de programas de protección para niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, el 84% manifestó conocer la existencia de instancias de asesoría legal en el área de influencia de la institución donde realiza sus prácticas.

El 24% de los habitantes de las villas de Lugano, y el 30% de quienes pueblan las de Soldati, están poco o nada conformes con la atención recibida en los centros de salud. (Fuente: DGE-CABA).

La situación económica es un condicionante en la utilización de los servicios de salud, que se traduce en un uso más restringido de los mismos por parte de los sectores atravesados por la pobreza y vulnerabilidad social (Margulis: 2004).

En los sectores populares, la cultura referida a lo sexual y las relaciones entre géneros se encuentra muy influida por los patrones tradicionales de masculinidad, virilidad, restricciones y vigilancia sobre todo en lo que refiere al control sobre las hijas adolescentes (Margulis: 2004). Se evidencia en la determinación de los roles estereotipados de género acerca de la iniciativa sexual. Varones y mujeres afirman que generalmente la iniciativa es del varón (Kornblit y Méndez Diz: 2003).

Con respecto a los adolescentes en barrios de vulnerabilidad social, en el trabajo realizado en la Villa 20 (Checa et al: 2005), se observó que existían dificultades en torno al desarrollo de la vida sexual adolescente, tales como dificultades para acceder a los servicios de salud, la limitada difusión de materiales de los Programas específicos de prevención, la reproducción de estereotipos que refuerzan la desigualdad de género por parte de las instituciones escolares y familiares, la falta de oportunidades laborales, todas situaciones que tienen como consecuencia una mayor vulnerabilidad y la existencia de embarazos no deseados y abortos realizados de manera clandestina en condiciones que ponen en riesgo la vida de las mujeres. Si bien el material de promoción de la salud es escaso, el sólo conocimiento de su existencia no desemboca en prácticas de cuidado de la salud. La educación de la vida íntima y "femenina" también conlleva una especial atención a la salud (clínica-biológica) en las mujeres.

Hay, además, un menor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en los barrios de mayor vulnerabilidad social (Margulis: 2004).

En el caso particular de los adolescentes varones, Stolkiner (2006) afirma que generalmente llegan a los centros de salud acompañados de sus madres u otros familiares y no acuden de forma espontánea.

Se observa una menor concurrencia por parte de los varones a las consultas médicas, principalmente vinculado a factores ligados a la reproducción de estereotipos de género, por lo que se vuelve necesario crear estrategias que acerquen a los varones adolescentes a los servicios de salud sexual, para disminuir el porcentaje de enfermedades contraídas por vías infecciosas, como el HIV y el HPV (Kornblit: 2003).

Con respecto a la promoción de la salud sexual, las herramientas para la promoción de los derechos sexuales y derechos de salud en general, deben atender las determinaciones culturales, siempre pensando desde una perspectiva de género cuyos destinatarios también sean los varones adolescentes, para lograr igualdad en el tratamiento, así como también problematizar sobre los estereotipos sociales acerca de cómo ser hombre y cómo ser mujer que proyectan maneras de ordenamiento social y relaciones de poder absolutamente desiguales (Carpineta et al: 2013). El hecho de que un 44% de las mujeres adolescentes manifiesten saber que pueden realizar un test de embarazo sin compañía de un adulto, frente a un 37% de los varones (Carpineta et al: 2013), sugiere que hay un mayor conocimiento de las mujeres en lo relativo a salud sexual y reproductiva, pero que el porcentaje aún entre ellas es bajo, ya que un 56% lo desconoce.

Si bien en los diversos CeSaC funcionan Programas destinados a la Procreación Responsable y la salud sexual adolescente, por lo general, los adolescentes no tienen información sobre éstos, entonces los profesionales suelen atraerlos, en algunos casos asistiendo a brindar talleres de educación sexual a las escuelas, y en otros casos derivándolos a partir de consultas realizadas en las guardias (Kornblit: 2005). Esto nos da la pauta de un bajo índice de conocimiento de sus derechos.

Los programas de promoción de la salud y de Educación Sexual Integral, deben vincularse con otras instituciones que transitan los adolescentes o que tienen una relevancia cultural: la escuela, los medios de comunicación, etc. (Checa et al: 2005).

En cuanto a los servicios de salud, que el enfoque en los servicios de salud posea aun vestigios de una orientación en el paradigma que responde al Modelo Médico Hegemónico (MMH) produce dificultades en el acceso a la población juvenil. La medicina comunitaria debe tomar en cuenta la presencia de las prácticas de Autoatención para complementarlas con los servicios que brinda, y tejer lazos comunitarios así como establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual y realizar diagnósticos adecuados para un eficaz tratamiento y rehabilitación (Menéndez: 1974).

Necchi (2004) afirma que las opiniones de los usuarios de los servicios presentan un alto grado de fragmentación. Lo primero que reconocen como problema es la falta de insumos y en segundo lugar las esperas.

De la bibliografía consultada surge también un desconocimiento por parte de los profesionales respecto de las leyes referidas al área de salud. De esto se desprende una necesaria capacitación para un mejor abordaje del trabajo con adolescentes que se traduzca en una mejor calidad en salud.

El nuevo marco legal, de protección integral de derechos, que se plasma en las leyes que mencioné con anterioridad -Ley de parto humanizado, Ley de derechos del paciente, las que crean los programas de Salud Sexual y Procreación responsable, La ley de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes- requiere además de mecanismos para su efectivo cumplimiento en el marco de políticas públicas de largo alcance.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud), propone una serie de estrategias de operacionalización de la perspectiva de género en los servicios de salud reproductiva, con diversos indicadores tales como la capacitación de los profesionales desde un enfoque de género, el mejoramiento del acceso del hombre a todos los servicios de salud reproductiva, el replanteo de normas y procedimientos que contemplen el enfoque de género en el sector salud, la coordinación con otros sectores como la educación, entre otros

Bibliografía

Adaszko, A. (2007). *Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: UNICEF/CEDES.

Aleman, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., Sammartino, B. R., Marconi, A., & Antman, J. (2010). Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud en Ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública,* 1(5), 22-27.

Bourdieu, P. (2015). La dominación masculina. *Revista de estudios de género. La ventana*, 3, 1-95.

Boltanski, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ediciones Periferia.

Carpineta et al (2015). Acceso a los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia. Diagnóstico de situación en alumnos de escuelas técnicas del GCBA desde una perspectiva

de género 2012-2013. Ponencia presentada en las *XI Jornadas de Sociología* de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2015.

Checa, S. (2003) (Comp.). Introducción. En *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.

Checa, S., Erbaro, C., Shvartzman, E., Tapia, S. (2003). *Calidad de la Atención Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género y derechos en efectores públicos de CABA.* Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Checa, S., Casas, L.,, Erbaro, C., Gutiérrez, M.A., Perrotta, G., Shvartzman, E., Vivanco, M. (2005). Intervenciones en comunicación para la promoción de derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género en sectores populares urbanos, Presentado en *PLURALIDADES. Quintas Jornadas Nacionales de Investigación Social de Infancia y Adolescencia, la Convención de Derechos del Niño y las Prácticas Sociales* Institución: Foro por los Derechos Reproductivos y proyecto UBACyT -Ciencias Sociales – UBA.

DGEyC (Dirección General de Estadística y Censos) (2010). *Resultados Provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 en la Ciudad de Buenos Aires. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/resultados_provisionales_censo_2010.pdf - (2012).

Encuesta Anual de Hogares (2012). *Síntesis metodológica*. Ciudad de Buenos Aires: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Erbaro, C. (2012). El desarrollo del sistema integral de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires. Situación actual. En del Valle Messi, M. y Danieli, M.E. (Comps.). *Sistemas de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes: recorridos y perspectivas desde el Estado y la sociedad civil*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Fernandez, A. M. (1993). *La invención de la niña*. Buenos Aires: Unicef Arg.

Ibañez Gracia, T. (1988). *Representaciones sociales: teoría y método. Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.

Kornblit, A., Diz, A. M. M., Camarotti, A. C., Di Leo, P. F., & Adaszko, D. (2005). *Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani

Kornblit, A. L., & Diz, A. M. M. (2003). Respuestas de los varones a preguntas sobre su sexualidad: de las diferencias por sexo al enfoque de género. Revista de psicología general y aplicada. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(3), 391-403.

Lamas, M. (2004). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco. *Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, 7(18), 95-118.

Laplacette, G., Vignau, L., Suarez, N., & Da Representaçao, N. (2009). Enseñando Metodología de la Investigación. Análisis de experiencias. *Revista de la Maestría en Salud Pública*, 7(14), 1-13.

Laurell, Asa Cristina (1982). La Salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales* (nº 19). Rosario: Asociación Médica de Rosario.

Lozano, C. y Haimovich, A. (2014). *Vulnerabilidad social en la Ciudad de Buenos Aires*. Instituto de Pensamiento y Políticas Públicas. Recuperado de: http://www.ipypp.org.ar/descargas/Condiciones%20de%20Vida%20en%20la%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires.pdf

Macció, J. Y Lépore, E. (2012). Las villas en la Ciudad de Buenos Aires. Fragmentación espacial y segmentación de las condiciones sociales de vida. En Lépore, E. (coord.). *Capacidades de desarrollo y sociedad civil en las villas* (pp. 43-114). Buenos Aires: Editorial de la Universidad Católica Argentina.

Macció, J. *Condiciones de Salud en las Villas de la Ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de: http://www.enduc.org.ar/enduc8/trabajos/trab309.pdf

Maceira, D. (2008). Propuesta de Evaluación de Estrategias de Atención Primaria en Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires. En *4to Congreso Nacional de Políticas Sociales,* Vol. 12, p. 13.

Matamala, M.y otras (1995). *Calidad de la Atención Género. ¿Salud reproductiva de las mujeres?* (mimeo). Chile.

Menendez E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo.

Menendez, E. (2008). Salud pública: sector estatal, ciencia

aplicada o ideología de lo posible. En *Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* (pp. 103-122). Washigton, D.C.: OPS.

Moscovici, S. (1981). *Representaciones sociales*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

OPS (1995). *Marco de referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género.* Programa Mujer, Salud y Desarrollo, San Salvador (mimeo).

Organización Mundial de la Salud (2001). *Derechos, Género, Evidencia, Sistemas de salud Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*.

Petracci, M. (2004) (Coord.). *Mesa debate: Calidad de atención en salud*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Petracci, M. (2005). La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia. *Question*, 1(7).

PIDH (2013). *Relevamiento de disponibilidad y acceso a servicios públicos en siete villas de la Ciudad de Buenos Aires, 2013*. Buenos Aires: UCA.

Rostagnol, S. (2003). Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos. *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2002-2003,* 39-55.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.

Stolkiner A, et al (2006). El concepto de accesibilidad y la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones Vol. XIV*. Buenos Aires: Facultad de Psicología. UBA.

Vazquez Gamboa, M.O. (2009) (Comp.). *Adolescentes en América Latina. ¿Ciudadanía o exclusión? La Responsabilidad de los Estados.* Buenos Aires: Ediciones DNI Sección Argentina.

Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. Barcelona: Paidós.

Género y clase social
Una doble mirada a los cambios en la estratificación social Argentina 2003-2013

Claudia Lombardi, Manuel Riveiro, Claudia Vargas,
Josefina Azcarate, Sofía Jasín, Patricio Rivero*

El siguiente trabajo cuenta con dos objetivos. En primer lugar, describir los cambios en la estratificación social durante el periodo que transcurre entre 2003 y 2013, desde una mirada relacional entre clases sociales y género. En segundo término, comparar para dichos cambios el impacto que tiene la modificación de la unidad de análisis en consideración. Para este fin se tomarán en cuenta tanto individuos como hogares, la clase social definida, por un lado, según la inserción ocupacional del jefe/a del hogar y, por otro lado, según el criterio de dominancia propuesto por Erikson (Erikson, 1984). Asimismo, resulta de interés primordial generar una mirada comparativa sobre los resultados que arrojan para Mar del Plata y para el resto de los grandes aglomerados urbanos. La fuente de datos a utilizar será la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC).

PALABRAS CLAVE: Clase social - Género - Estratificación social - Jefe/a del hogar - Criterio de dominancia

The following work has two objectives. First, describe changes in social stratification during the period between 2003 and 2013 from a relational look between social classes and gender. Secondly, compare to these changes the impact of changing the unit of analysis into consideration. For this purpose take into account both individuals and households, defined social class, on one hand, according to the occupational insertion of the head / at home and on the other hand, according to the dominance test proposed by Erikson (Erikson, 1984). Also, it is of primary interest to generate a comparative look on the results that throw to Mar del Plata and the other major urban areas. The data source used will be the Permanent Household Survey (INDEC).

KEYWORDS: Social class - Gender - Social stratification - Head / a household - Dominance criterion

Introducción

El siguiente trabajo cuenta con dos objetivos. En primer lugar, describir los cambios en la estratificación social durante el periodo que transcurre entre 2003 y 2013, desde una mirada relacional entre clases sociales y género. En segundo término, comparar para dichos cambios el impacto que tiene la modificación de la unidad de análisis en consideración. Para este fin se tomarán en cuenta tanto individuos como hogares, la clase social definida, por un lado, según la inserción ocupacional del jefe/a del hogar y, por otro lado, según el criterio de dominancia propuesto por Erikson (Erikson, 1984).

Asimismo, resulta de interés primordial generar una mirada comparativa sobre los resultados que arrojan para Mar del Plata y para el resto de los grandes aglomerados urbanos[1]. La fuente de datos a utilizar será la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC).

La elección del período se debe a tres cuestiones importantes que permitieron determinar la elección de dichos años: el cambio metodológico, básicamente, las modificaciones en la Encuesta Permanente de Hogares –EPH- a partir del

1 Se tomarán en cuenta los grandes aglomerados con más de 500.000 habitantes. Estos son: Gran Buenos Aires; Gran Córdoba; Gran La Plata; Gran Mendoza; Gran Rosario; Gran Tucumán-Tafí Viejo; Salta.

* Todos los autores conforman el grupo de investigación "Trabajo, estratificación y movilidad social", radicado en la Universidad Nacional de Mar del Plata.

2003[2], la inquietud sobre los cambios ocurridos en el periodo de pos-convertibilidad y, por último -aunque no menos importante- a la intención de realizar comparaciones en un lapso de diez años, tiempo que estimamos suficiente para detectar cambios o modificaciones en la estratificación social, si es que los mismos tuvieron lugar.

Posconvertibilidad. Cambios y continuidades

A lo largo del período analizado, podemos observar que los cambios tanto cuantitativos como cualitativos en el mercado de trabajo resultan relevantes y llamativos. Introducidos en la intención de dar respuestas clarificadoras a las manifestaciones de dichos cambios, nos arrojó la necesidad de dar explicación a lo sucedido previamente y durante los años implicados aquí. A la hora de describir las variaciones en el período señalado es importante rescatar los años previos, donde las reformas de mercado de los años noventa tuvieron fuertes impactos sobre las condiciones de estructuración de las clases en la Argentina, en tal sentido la segmentación y el régimen de precarización que se instauró durante la convertibilidad fueron promovidos y sostenidos desde el marco regulatorio implementado por la intervención estatal, legalizando la informalidad laboral. Durante el período de convertibilidad y en un marco de concentración de la riqueza, probablemente los aspectos más notorios resultantes de las políticas neoliberales aplicadas durante los años ´90 refieren a la profundización de la desigualdad social y el deterioro de las condiciones de vida de la clase trabajadora en su conjunto. A saber, la producción bibliográfica que se tiene en cuenta aquí, con la intención de explicitar tales aspectos, parte de las consideraciones de Dalle (2012) y Maceira (2014).

El primer autor, en términos de clases sociales, puntualiza una ampliación de las clases medias, particularmente de los "empleados de cuello blanco"- trabajadores asalariados de la educación, la salud y la administración-, así como un cambio significativo en la composición interna de la clase trabajadora, con la disminución relativa de trabajadores cuenta propia con oficio, obreros no calificados y trabajadores por cuenta propia precarios y el aumento relativo de la clase obrera calificada. Frente a la comparación de ingresos medios, concluye que *"la frontera entre los trabajadores no manuales y manuales se volvió más difusa por una participación económica creciente de los obreros"* (Dalle, 2012: 99), llevando al retorno del conflicto de clase por la apropiación del ingreso y una aceleración de los procesos de "inconsistencia de estatus"[3].

Dalle, concluye que en el periodo que analiza, 2003-2011, en la Argentina se dan dos procesos, la persistencia de un nivel alto de desigualdad y exclusión y un proceso de recomposición social, dada la expansión de sectores de clases medias y obrera.

Maceira (2014), por su parte, desde una perspectiva marxista y apoyándose en la conceptualización de Wright y en el concepto de informalidad, analiza los cambios producidos en la estructura de clases entre 2003 y 2012 a partir de los hogares, caracterizando para tal fin a sus jefes. Señala la disminución de los hogares de trabajadores excedentes –desocupados de larga duración y beneficiarios de programas de empleo[4]-, asimismo destaca un cambio sostenido en la estratificación interna de los hogares trabajadores durante el período que analiza y el aumento de la clase trabajadora formal y de la pequeña burguesía (Maceira, 2014: 10). En un análisis sobre las clases medias, apunta al crecimiento general de todos sus componentes y destaca el de los patrones de pequeñas empresas y de asalariados con jefatura intermedia, así como los del sector público. De este modo, tiene en cuenta las brechas de ingreso familiar per cápita y observa una disminución de las mismas para los hogares burgueses, pequeño burgueses y de asalariados calificados con respecto otras fracciones de trabajadores, en un proceso de diferenciación entre capas de trabajadores. En líneas generales el período de la pos-convertibilidad presenta una reducción clara de las brechas de ingreso entre los grupos sociales fundamentales, así como entre trabajadores formales e informales, salvo para aquellos trabajadores informales más precarios.

Estrategias analíticas y metodológicas

Resulta indispensable para toda investigación, implicarse en los aspectos teóricos como metodológicos. En este apartado, resaltaremos la importancia de ambos –dejando entrever la imposibilidad de lograr un análisis fructífero en caso de exceptuar alguno de ellos-. De modo que, creemos necesario dejar algunas consideraciones de manera explícita; primeramente, y referido al propósito de la investigación, en el momento en que esta se centra en brindar un mapa de la estructura de clases entendidas como posiciones dentro de

2 A partir de 2003 se introdujeron modificaciones en la EPH, se agregaron nuevas áreas geográficas, se pasó de dos relevamientos puntuales (mayo y octubre) a cuatro ondas continuas trimestrales y cambio la medición de indicadores socio-ocupacionales: por ejemplo, se modificó el Clasificador Nacional de Ocupaciones de tres a cinco dígitos (Dalle, 2012).

3 Esta situación ocurre porque el estrato formal y calificado de la clase obrera ha adquirido mejoras económicas periódicas en un contexto inflacionario, a través de las negociaciones colectivas, que les permitió sobrepasar en la carrera por apropiación del ingreso a un sector significativo de las clases medias que se encuentra "fuera de convenio" y otros cuenta propia o pequeños propietarios de capital. (Dalle, 2012)

4 Maceira (2014) manifiesta que la conceptualización de "trabajadores excedentes" se modifica durante los años investigados; desde aquí pueden ser considerados como: jefes desocupados de larga duración, aunque también de los desocupados recientes, mientras sean beneficiarios de programas de empleo.

un sistema de producción, como manifiesta Wright, o establecer la desigualdad según el género en el mercado de trabajo, encontramos que la unidad de análisis apropiada es el individuo; ahora bien, cuando aquellas tienen como objetivo primordial estudiar la estratificación social vinculada a la distribución de los recursos compartidos y a las condiciones de vidas comunes, es aquí que se debe considerar la interdependencia entre los miembros del grupo que las comparten, es decir determinar al hogar como unidad de análisis. En tal sentido, y siguiendo las reflexiones propuestas por Gómez Rojas: *"Es en esta situación donde se requiere la consideración del nuevo rol económico de las mujeres en el hogar. Ya que el empleo de las mismas puede generar problemas en la medición de la posición de clase de los hogares"* (Gómez Rojas, 2003: 3). Por su parte, Wright (1997) señala que aun cuando las parejas de los hogares compartan situaciones de consumo las diferencias entre sus ocupaciones pueden generar intereses de clase diferentes. Los intereses materiales de clase de los individuos no se conforman simplemente por sus relaciones directas con el sistema productivo, sino también por una variedad de otras relaciones indirectas (mediatizadas) que los vincula con el sistema de producción

En otro orden, como estrategia analítica se emplea el esquema teórico de análisis de clase social elaborado por Goldthorpe, y sus colaboradores, que ha dado lugar a un programa de investigación en países industrializados de Europa bajo el nombre de proyecto CASMIN —*Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations*—. En torno a Goldthorpe y otros autores (como Hope, Leweiiyn, Payne y Erikson) se ha constituido una tradición de investigación teórico-empírica que puede identificarse como el grupo del *Nuffield Collage*, perteneciente a la Universidad de Oxford (Franco; León y Atria, 2007). La trayectoria de este enfoque abarca tres décadas y, —según Méndez y Gayo (2007) — ha considerado las transformaciones de la propiedad, de la burocratización de las organizaciones, de los criterios de autoridad, del conocimiento especializado, de las ramas de actividad, de la dimensión rural-no rural, de la distinción manual-no manual, de las recompensas al trabajo y de la naturaleza de los contratos.

El *esquema de clase* de Goldthorpe, según Crompton (1993), parte de las categorías ocupacionales de la escala Hope-Goldthorpe de *deseabilidad general* dentro de un conjunto de siete categorías de clase. Los conceptos que subyacen a la distribución de las ocupaciones en clases son la situación de *mercado* y la de *trabajo*. Cabe señalar que retoman dichas dimensiones enunciadas por Lockwood. La primera, remite a la posición en términos económicos, vinculada con el origen y volumen de la renta y el grado de seguridad en el empleo. La segunda alude a las relaciones sociales que el individuo pone en práctica según su posición en el contexto de división del trabajo.

Con posterioridad, Erikson y Goldthorpe ampliaron el esquema clasificatorio manteniendo las tres grandes clases que surgían de la combinación de tres criterios: *propiedad y control de los medios productivos, prestación de servicios con mayor o menor autonomía y manualidad con grados de calificación diferentes* (Franco et al, 2007: 35). A continuación, se detalla la versión de once clases del mismo esquema[5]:

De Servicio

I- Profesionales, administrativos y funcionarios de alta gradación; directivos de grandes empresas industriales; grandes propietarios.

Intermedias

II- Profesionales, administrativos y funcionarios de baja gradación; técnicos de alta graduación; directivos de pequeños y empresas pequeñas; supervisores de empleados no manuales.

III a- Empleados no manuales de trabajos rutinarios-de nivel superior (administración y comercio).

III b- Empleados no manuales de trabajos rutinarios-de nivel inferior (servicios personales y de seguridad)6.

IV a- Pequeños propietarios y artesanos con empleados.

IV b- Pequeños propietarios y artesanos sin empleados.

IV c- Agricultores (farmers), otros trabajadores cuenta propia en la producción primaria.

V- Técnicos de baja graduación, supervisores de trabajadores manuales.

Obreras

VI- Trabajadores calificados manuales.

VII a- Trabajadores manuales semi-calificados y no calificados (no agrícolas).

VII b-Trabajadores agrícolas y otros en la producción primaria.

5 Cabe destacar que para la elaboración de los estratos de clase definidos por John Goldthorpe se contó la sintaxis de procesamiento diseñada por Manuel Riveiro, integrante de este equipo de investigación.

6 Nótese que en caso de la clase III b, a la hora construir las tres grandes clases y al referirse al trabajo femenino, Goldthorpe las integra con las clases trabajadoras: este elemento se tuvo particularmente en cuenta en esta investigación.

Análisis de las clases sociales de los ocupados[7]

Para el año 2003, vemos que las clases sociales de las personas con ocupación, para el conjunto de los aglomerados, muestra que la mayoría engrosa el estrato de clase trabajadora (48.5%), siguiéndoles las clases intermedias (31.6%) y de servicios (19.7%). Al comparar por géneros, emerge que las mujeres componen más la clase de servicios (26.5%) que los varones (16%), mientras que las intermedias presentan una tendencia contraria, los varones son en términos proporcionales (35.9%) más que las mujeres (26.4%). En cuanto a la situación de clase trabajadora, no encontramos diferencias sustantivas por género.

El aglomerado Mar del Plata- Batán, guarda una estructura con algunas variantes respecto del resto de los grandes aglomerados. El peso de la clase trabajadora es algo menor (45.7%) mientras que el estrato de las clases intermedias adquiere un poco más de relevancia (35%).Por su parte la relación entre los géneros no manifiesta diferencias a lo enunciado con anterioridad.

Cuadro 1:Total ocupados (10 años y más), tercer trimestre del 2003

Clase Social – EGP	Resto de grandes aglomerados urbanos			Gran Mar del Plata - Batán		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
de servicios	16	24,5	19,7	15,5	24,9	19,3
Intermedia	35,9	26,4	31,8	39	29,2	35
Trabajadora	48,1	49,1	48,5	45,6	45,9	45,7
Total	100 *(4893219)*	100 *(3714468)*	100 *(8607687)*	100 *(131934)*	100 *(89433)*	100 *(221367)*

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2003.

Cuadro 2:Total ocupados (10 años y más), tercer trimestre del 2013

Clase Social - EGP	Resto de grandes aglomerados urbanos			Gran Mar del Plata - Batán		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
de servicios	15,2	24,9	19,2	20,5	34,3	26,3
Intermedia	36,9	31,5	34,6	31,9	20,5	27,1
Trabajadora	47,9	43,6	46,1	47,6	45,2	46,6
Total	100 *(6473053)*	100 *(4621578)*	100 *(11094631)*	100 *(162971)*	100 *(119222)*	100 *(282193)*

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2013.

7 El universo de análisis se restringe aquí al conjunto de hogares con jefe económicamente activo, en la medida en que la EPH no provee de información que permita el tratamiento adecuado de los hogares con jefe inactivo.

Diez años después, para el conjunto de aglomerados, se observa cierto cambio en el peso de los estratos de clase, el de clases intermedias que aumenta (34,6%) y el de clases trabajadoras que disminuye (46.1%) mientras que la clase de servicios no exhibe modificaciones.

A partir de los datos construidos, la modificación observada anteriormente se debe en mayor medida al cambio acontecido entre las mujeres. Aumentaron entre las ocupadas las de clases intermedias (31.5 % vs 26.4%) y disminuyeron las de clases trabajadoras (43.6% vs.49.1%)

Distintos estudios relativos al mercado de trabajo de la década del noventa, coinciden en señalar el crecimiento sistemático de la partición económica femenina (de Oliveira y Ariza, 1997; Gastaldi, 1997; García y de Oliveira, 1998; Schiavoni, 1998; Sautu, 2000; Eguía, 2001, entre otros). Este fenómeno, puede ser de especial relevancia si tomamos en cuenta el incremento de jefas de hogar de sectores pobres, ya las mismas se ven compelidas a trabajar en muchos casos por la situación de desocupación de sus parejas y/o por la necesidad de aumentar sus ingresos. Es decir, en dicho momento pasaron a ser más en número, pero durante el periodo de posconvertibilidad, las mejoras en los ingresos de muchas, vía por ejemplo la asignación universal por hijo -como política social claramente identificable- dejaron de constituir dicha categoría.

En tanto que en el aglomerado de Mar del Plata-Batán tuvo una variación diferente. Aumentó la presencia de la clase de servicios (26.3% vs.19.3%), disminuyó la de las clases intermedias (27.1 % vs.35%) y se mantuvo la representación de las clases trabajadoras (46.6 % vs 45.7%).

Al confrontar las variaciones entre los géneros durante el periodo de estudio, se advierte tanto el aumento de varones y mujeres que componen la clase de servicios, siendo mayor el crecimiento de las mujeres (34. 3% vs 24.9 %). Por otro lado, la disminución de las clases intermediases tanto femenina como masculina y en niveles similares. En tanto que los que aumentaron su participación en la clase trabajadora en términos relativos son los varones (47.6% vs.45.6%).

Cabe señalar que al ser éste una descripción preliminar, requiere de posteriores análisis más detallados de otros aspectos que puedan dar cuenta de las particularidades de Mar del Plata y que no han podido tenerse en cuenta para esta ponencia. Un hecho llamativo es el aumento peculiar de la clase de servicios-más notorio entre las mujeres. Son tareas pendientes, entre otras, la consulta a estadísticas educativas para caracterizar el comportamiento de graduados universitarios y terciarios en la región. Asimismo, contar con algunas caracterizaciones demográficas respecto de la edad y la conyugalidad que afectan al comportamiento de las jefas de hogar como puede leerse en los tabulados a analizarse más adelante.

También se cree conveniente la comparación con otra área geográfica más acorde con el tamaño de este aglomerado, así como la introducción de otro momento en el tiempo que pueda dar cuenta de una evolución más detallada.

Las clases sociales según los jefes y jefas de hogar

Cuadro 3: Jefe/as de hogar ocupado/as (todas las edades), tercer trimestre del 2003

Clase Social – EGP	Resto de grandes aglomerados urbanos			Gran Mar del Plata - Batán		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
de servicios	18,9	23,9	20,1	18,2	28,8	20,8
Intermedia	39,1	25,4	35,9	40,9	24,6	36,9
Trabajadora	42,5	51,4	44,6	40,9	46,6	42,3
Total	100 *(3370512)*	100 *(1011982)*	100 *(4382494)*	100 *(96235)*	100 *(31962)*	100 *(128197)*

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2003.

Cuadro 4: Jefe/as de hogar ocupado/as (todas las edades), tercer trimestre del 2013

Clase Social – EGP	Resto de grandes aglomerados urbanos			Gran Mar del Plata - Batán		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
de servicios	19,2	26	21,1	22	40,7	27,3
Intermedia	39,6	33,4	37,9	38,1	15,2	31,7
Trabajadora	41,6	40,9	41,4	39,8	44,1	41
Total	100 *(3842857)*	100 *(1425547)*	100 *(5268404)*	100 *(92564)*	100 *(35827)*	100 *(128391)*

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2013

Al analizar el comportamiento de los jefes y jefas de hogar, se observan las siguientes situaciones. En el 2003, para el resto de los aglomerados urbanos, las mujeres eran en proporción más jefas de las clases de servicio en comparación con los varones (23.9 % vs 18.9 %), en menor medida pertenecían a las clases intermedias (varones 39.1 % vs 25.4%) y eran en su mayoría de clase trabajadora superando a los varones (51.4 % vs 42.5%)

Mientras que para el mismo período al comparar el aglomerado de Mar del Plata-Batán con el resto de los aglomerados urbanos, se observa que el perfil de los jefes varones es muy similar, algunas diferencias se presentan con las jefas mujeres. En términos relativos las jefas de clases de Servicios tienen más protagonismo en Mar del Plata-Batán que en el resto de los aglomerados urbanos (28.8% vs 23.9 %). En tanto que las de clase trabajadora poseen menor preeminencia (46.6% vs 51.4%), las de clases intermedias por su parte adquieren una participación similar.

Hacia el 2013, para el resto de los aglomerados urbanos la composición de clase de la jefatura de hogar femenina

sufrió ciertos cambios, mientras que la masculina conservó las mismas características. Aumentan las jefas de clases de servicios (26.0% vs 23.9%), y crecen aún más las de clases intermedias-en términos relativos (33.4%vs 25.4%) Disminuyendo sustancialmente las jefas de clase trabajadora (su descenso es de 10% en el período).

En tanto en la zona de Mar del Plata-Batán tienen lugar algunas diferencias. Los jefes varones de clases de servicios tienden a aumentar levemente más que en el conjunto global (22.0% vs 18.2%)

En Mar del Plata-Batán también aumentan las jefas mujeres de clases de servicios, pero con un nivel de crecimiento mayor que en el resto de los aglomerados (40.7% vs 28.8%, lo que implica una diferencia del 12%, mientras que en el conjunto más extenso dicha distancia es del 2%).La jefas de clases intermedias presentan una tendencia inversa a la señalada para el resto de los aglomerados urbanos, en vez de aumentar (se incrementaron en un 8%) disminuyeron (en un 9.4%).Por su parte las jefas de clases trabajadoras descendieron , al igual que en el conjunto global pero en menor magnitud(a nivel global dicho descenso fue del 9% mientras que este aglomerado fue de 2.5 %).

Algunos señalamientos pueden realizarse en respecto de los cambios acontecidos con la jefatura femenina. El notorio descenso de las jefas de clase trabajadora -en el conjunto de aglomerados-se debe fundamentalmente a la caída de las trabajadoras manuales no calificadas (ver cuadro de Anexo). Cierta interpretación de este fenómeno fue mencionada en el análisis de los y las ocupadas. El caso de Mar del Plata-Batán merece algunas revisiones más pormenorizadas. Se destaca del resto por su particular crecimiento de las jefas de clase de servicios. Al examinar de manera más desagregada la composición de clase de las jefas, se detecta un crecimiento en primer lugar de las profesionales, y en segundo lugar de las técnicas/directoras de establecimientos pequeños/ supervisoras de empleados no manuales. En tanto que el descenso de las clases intermedias se basa en la disminución del trabajo por cuenta propia (excluido el servicio doméstico). No obstante, se considera que deben analizarse otros perfiles de este segmento de población, así como cuestiones relativas a la medición en dicha área.

Las clases sociales según el criterio de dominancia

Los cuadros que se presentan a continuación muestran los resultados de clasificar a los hogares según la clase dominante en el hogar, es decir, según la clase con mayor jerarquía de algunos de los miembros de la pareja o la clase del jefe/a, en el caso de que no tengan compañero o compañera. Esta clasificación, permite describir la variación en la medición de las clases de los hogares, en el período bajo análisis y para las regiones consideradas a lo largo del trabajo.

Cuadro 5. Clase dominante del hogar, en base a jefe/as y/o cónyuge ocupado/as (todas las edades), tercer trimestre 2003

Clase Social – EGP	Resto de grandes aglomerados urbanos				Gran Mar del Plata - Batán			
	Ambos	Varón	Mujer	Total	Ambos	Varón	Mujer	Total
de servicios	25,9	20,1	34	26	23,1	17,3	42,6	25,7
Intermedia	27,7	45,2	29,4	35,9	51,1	46,9	24,2	41,5
Trabajadora	46,4	34,7	36,6	38,2	25,9	35,8	33,2	32,8
Total	100 *(2.213.464)*	100 *(3.532.113)*	100 *(2.917.984)*	100 *(8.663.561)*	100 *(53.347)*	100 *(101.842)*	100 *(66.178)*	100 *(221.367)*

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2003.

Cuadro 6: Clase dominante del hogar, en base a jefe/as y/o cónyuge ocupado/as (todas las edades), tercer trimestre 2013

Clase Social – EGP	Resto de grandes aglomerados urbanos				Gran Mar del Plata - Batán			
	Ambos	Varón	Mujer	Total	Ambos	Varón	Mujer	Total
de servicios	26,4	17,8	38,2	26,3	41,8	26,6	50,9	38,9
intermedia	34,3	45,3	34,4	39,1	14,6	42,9	24	29,4
trabajadora	39,2	36,9	27,4	34,6	43,6	30,4	25,2	31,7
Total	100 *(2.870.162)*	100 *(4.229.724)*	100 *(3.464.521)*	100 *(10.564.407)*	100 *(58.039)*	100 *(97.717)*	100 *(98.161)*	100 *(253.917)*

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2013.

Para el 2003, la resultante de comparar los dos criterios de medición, revelan que al tomar como unidad de referencia para la estratificación a los jefes/as queda subestimada la clase de servicio (20.1%) y sobreestimada la clase trabajadora (44.6%). En tanto que, si se considera la clase dominante en el hogar, los hogares con clase de servicio ascienden (26.0 %) y los de clase trabajadora disminuyen (38.2%).

Diez años después, vemos como el criterio de dominancia sigue mostrando variaciones al elegir uno u otro referente. En otras palabras, en el 2013, las tendencias son similares para las clases de servicios y las clases trabajadoras, resulta subestimada la primera (21.1% vs 26.3%) y sobreestimada la segunda (41.4% vs 34.6%). Mientras que para el 2003 las clases intermedias no variaban, en el 2013, dichas clases también se encuentran subestimadas (37.9% vs. 39.1%).

Por cuanto el criterio de la clase social dominante de la pareja del hogar nuclear, opera para el aglomerado de Mar del Plata-Batán en el mismo sentido de lo señalado para el conjunto de aglomerados para todo el período de estudio. Al elegir como unidad de estratificación a quien posea la clase dominante variará el diagrama de clases construidas. En el 2003 aumenta la participación de la clase de servicios (26% vs 20.1%) y disminuyen las clases trabajadoras (38.2 % vs 44.6%). Los movimientos son similares para el 2013 aunque con pesos diferentes. Cabe destacar que para ambos períodos la variación en la clase de servicios se debe a la participación de las mujeres, y en el caso de los varones a su aumento en las clases intermedias.

Cuadro 7: Cuadro comparativo de criterios, tercer trimestre 2003.

Criterio	Clase Social	Resto de grandes aglomerados urbanos				Gran Mar del Plata - Batán			
		Ambos	Varón	Mujer	Total	Ambos	Varón	Mujer	Total
Individuos	de servicios	-	16	24,5	19,7	-	15,5	24,9	19,3
	intermedia	-	35,9	26,4	31,8	-	39	29,2	35
	trabajadora	-	48,1	49,1	48,5	-	45,6	45,9	45,7
Jefatura del hogar	de servicios	-	18,9	23,9	20,1	-	18,2	28,8	20,8
	intermedia	-	39,1	25,4	35,9	-	40,9	24,6	36,9
	trabajadora	-	42,5	51,4	44,6	-	40,9	46,6	42,3
Dominancia	de servicios	25,9	20,1	34	26	23,1	17,3	42,6	25,7
	intermedia	27,7	45,2	29,4	35,9	51,1	46,9	24,2	41,5
	trabajadora	46,4	34,7	36,6	38,2	25,9	35,8	33,2	32,8

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2003.

Cuadro 8: Comparación de criterios, tercer trimestre 2013.

Criterio	Clase Social	Resto de grandes aglomerados urbanos				Gran Mar del Plata - Batán			
		Ambos	Varón	Mujer	Total	Ambos	Varón	Mujer	Total
Individuos	de servicios	-	15,2	24,9	19,2	-	20,5	34,3	26,3
	intermedia	-	36,9	31,5	34,6	-	31,9	20,5	27,1
	trabajadora	-	47,9	43,6	46,1	-	47,6	45,2	46,6
Jefatura del hogar	de servicios	-	19,2	26	21,1	-	22	40,7	27,3
	intermedia	-	39,6	33,4	37,9	-	38,1	15,2	31,7
	trabajadora	-	41,6	40,9	41,4	-	39,8	44,1	41
Dominancia	de servicios	26,4	17,8	38,2	26,3	41,8	26,6	50,9	38,9
	intermedia	34,3	45,3	34,4	39,1	14,6	42,9	24	29,4
	trabajadora	39,2	36,9	27,4	34,6	43,6	30,4	25,2	31,7

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente de EPH 2013

Palabras finales

El trabajo aquí presentado tuvo como objetivo aproximarnos a los primeros análisis de la investigación que se lleva a cabo en la Universidad Nacional de Mar del Plata sobre las "Exploraciones teórico-metodológicas sobre clase social y género 2003-2013". Aquí se pretende caracterizar ciertas cuestiones relativas a la clase social y el género, como continuidad de tópicos que han sido discutidos en investigaciones anteriores.

Se coincide con lo señalado por Riveiro (2015), a nivel de clases sólo hay un leve aumento de la clase intermedia y una consecuente disminución de la clase trabajadora, que se da en concordancia por lo indicado por Dalle (2012) y Maceira (2014). Aunque la discriminación por géneros muestra que mucho del cambio dado en las clases trabajadoras se debe a la disminución de la participación de las mujeres en el estrato de los trabajadores no calificados.

Por otro lado, a la hora de describir la clase social del hogar, la consideración de la clase social de ambos miembros de la pareja-en el caso de los hogares con doble ingreso- tomando como criterio para la construcción el recurrir a la clase dominante en el hogar, sigue mostrando ser un descriptor que muestra una situación diferencial respecto de la recurrencia al jefe/a de hogar como unidad de referencia del hogar. Mostrando una vez más, cierta existencia de heterogeneidad de clase de los hogares, dando cuenta así del complejo entramado de relaciones de clase al interior de los mismos.

"La discriminación por géneros muestra que mucho del cambio dado en las clases trabajadoras se debe a la disminución de la participación de las mujeres en el estrato de los trabajadores no calificados."

Por último, para el caso del Aglomerado Mar del Plata-Batán es necesario continuar con caracterizaciones que permitan interpretar con mayor certeza las particularidades halladas. Hacia la formulación de dichos interrogantes y sus posibles respuestas deberá orientarse la investigación en curso

Bibliografía

Baxter, J. y M. Western (2001). *Reconfigurations of class and gender*. Stanford: Stanford University Press.

Crompton, R. (1994). *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos.

Dalle, P. (2012). Cambios recientes en la estratificación social de Argentina (2003-2011). *Argumentos. Revista de Crítica Social*, (14), 77–114.

Goldthorpe, J. (1983). Women and class analysis in defense of the conventional view. *Sociology*, 17(4), 465-88.

Goldthorpe, J. (1995) Sobre la clase de servicio, su formación y su futuro. En Carabaña, J. y de Francisco, A. (Comps.). *Teorías contemporáneas de las clases sociales* (pp. 229-263). Madrid: Pablo Iglesias.

Gómez Rojas, G. (2003). Mujeres y hogares en los esquemas de estratificación social. *Tercer Informe de Avance*. Buenos Aires: UCES.

Gómez Rojas, G. (2011). Las mujeres y el análisis de clases en la Argentina: una aproximación a su abordaje. *Lavboratorio*. 11(24), 119-133.

Gómez Rojas, G., y Riveiro, M. (2014). Hacia una mirada de género en los estudios de movilidad social: interrogantes teórico-metodológicos. *Sapiens Research*, 4(1), 26–31.

INDEC. (2001). *Clasificador Nacional de Ocupaciones. Versión 2001*. INDEC.

INDEC. (2003). *La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina. 2003*. Buenos Aires: INDEC.

Jorrat, J. R. (2000). *Estratificación Social y Movilidad. Un estudio del área metropolitana de Buenos Aires*. San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán.

Maceira, V. (2014). Una aproximación a los cambios en la estructura social del Área Metropolitana en la post-convertibilidad. Presentado en las *VII Jornadas de Sociología* de la UNLP, La Plata.

Riveiro, M. (2015). *Reflexiones en torno a la evolución de las clases sociales en la postconvertibilidad (Argentina, 2004-2014)*. Mimeo.

Salido Cortés, O. (2001). *La movilidad ocupacional de las mujeres en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI de España.

Normas de publicación

Criterios para la publicación de artículos

Unidad Sociológica es una revista digital dirigida por un grupo de docentes y sociólogos de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (UBA). Se publican artículos que cumplan con el requisito de ser **originales**, pudiendo ser estos artículos académicos, avances de investigación, entre otros.

Cada número se dedicará a un dossier. El actual número versa sobre "***Géneros, cuerpo e identidades: nuevas configuraciones.***"

Se encuentra abierta permanentemente la convocatoria para presentar artículos en la sección **Teoría sociológica clásica y contemporánea**, donde se espera que haya un dialogo y/o una discusión entre autores clásicos y contemporáneos de la disciplina sociológica.

A continuación se detallan los criterios formales para la presentación de artículos:

- Tamaño de la página: A4.
- La fuente será Times New Roman 12, con interlineado de espacio y medio.
- Los archivos deberán enviarse a ***convocatoria@unidadsociologica.com.ar*** en formato Word.
- La estructura argumentativa del trabajo estará ordenada de la siguiente manera:
    - Titulo y nombre de autor/es (con su respectiva filiación institucional)
    - Resumen en español (máximo de 150 palabras)
    - Resumen en ingles (máximo de 150 palabras)
    - Palabras clave en español (no más de 5)
    - Palabras clave en ingles (no más de 5)
    - Cuerpo del trabajo
    - Bibliografía

- El cuerpo de cada trabajo tendrá un mínimo de 3.000 palabras y un máximo de 6.000, incluyendo citas y bibliografía.
- Citas: a pie de página con numeración ascendente, fuente Times New Roman, tamaño 10.
- Para las citas en el texto se utilizará el formato APA (American Psychological Association): Autor, año, número de página de la cita. Ejemplo: (Foucault, 1996, p. 36).
- Para las citas bibliográficas se utilizara el mismo formato: Apellido, Inicial del nombre (año), Titulo del texto. Lugar de edición: Editorial, Número y volumen. Ejemplo: Bourdieu, P (2005) Pensamiento y acción. Caracas, Monte Ávila Editores Latinoamericana. Para más detalle, consultar ***La cita documental. Elementos y ejemplos de referencia en estilo APA:*** *http://iigg.sociales.uba.ar/documentos-del-cdi/*
- Los artículos recibidos serán considerados para ser publicados por evaluadores externos a la revista, siguiendo el sistema de doble ciego.

UNIDAD SOCIOLÓGICA

"La perspectiva de género puede aplicarse a todos los aspectos de la vida social, por eso decimos que es transversal a los diversos campos de lo societal. Podemos encarar con enfoque de género estudios, análisis, luchas en el campo de las migraciones, del trabajo, de la salud, de la ciencia, de la educación, de la infancia, de la justicia, de la demografía, de la economía, de la psicología y el psicoanálisis, la violencia, las estadísticas."

"Un concepto muy estudiado en el campo de la sociología es el de la clase social, y una tradición muy enraizada en ella es la marxista. Una pregunta que puede hacerse es ¿qué relaciones establecieron las pensadoras marxistas entre feminismo y marxismo? ¿Qué vinculaciones pueden pensarse entre el capitalismo y la estructura patriarcal?"

Gabriela Gómez Rojas, *El enfoque de género y los estudios sociales.*