

EL GOBIERNO DE LA SEXUALIDAD JUVENIL Y LA GESTIÓN DE LAS DIFERENCIAS.

Reflexiones a partir de un estudio de caso colombiano

MARA VIVEROS

PROFESORA ASOCIADA DEL DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA,
INVESTIGADORA DEL CES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
maraviveros@cable.net.co

Resumen

EL ARTÍCULO ANALIZA LAS MODALIDADES DE “GOBIERNO DE LA SEXUALIDAD JUVENIL” puestas en marcha por medio de las actividades educativas de los programas de salud sexual y reproductiva destinados a jóvenes colombianos, y sus efectos en la producción de subjetividades juveniles. Examina también las percepciones de quienes realizan las actividades pedagógicas en materia sexual sobre los jóvenes y sus diferencias de género y étnico-raciales, y la incidencia de dichas apreciaciones en su quehacer profesional. La información se basa en la observación de dos experiencias educativas en salud sexual y reproductiva con jóvenes escolarizados en Bogotá, y en las entrevistas a las y los coordinadores de los talleres de educación sexual y a las personas encargadas de las labores de consejería en cada uno de los programas.

PALABRAS CLAVE: sexualidad juvenil, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales, diferencias de género, diferencias étnico-raciales, Colombia.

Abstract

THIS ARTICLE ANALYZES THE PARTICULAR MODES OF GOVERNANCE OF ADOLESCENT sexuality that emerge from the educational activities carried out by sexual and reproductive health programs for young Colombians. It also analyzes its effects on the production of adolescent subjectivities. In addition, it examines the perceptions of those who carry out the pedagogic activities related to sexuality with adolescents and the way these perceptions are marked by gender and ethnic/racial differences, as well as their influence on their professional performance. Field data are based on observation of two pilot programs on sexual and reproductive health among adolescent high school students in Bogotá, and on interviews with workshop coordinators and male and female counselors.

KEY WORDS: Adolescent sexuality, sexual and reproductive health, sexual rights, gender differences, ethnic/racial differences, Colombia.

Revista Colombiana de Antropología

Volumen 40, enero-diciembre 2004, pp. 155-184

INTRODUCCIÓN

LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN RELACIÓN CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA de los jóvenes en Colombia expresa lo que Didier Fassin y Dominique Memmi llaman el gobierno de los cuerpos, es decir, la intromisión de los poderes públicos en la relación privada del individuo con su destino físico por medio de códigos, reglamentos, normas, valores, relaciones de autoridad y de legitimidad (Fassin y Memmi, 2004). Estos autores retoman la palabra “gobierno” en el sentido amplio en que la usó Michel Foucault para designar las formas de acción orientadas a actuar sobre las posibilidades de acción de los demás (Foucault, 1988). En este caso, el gobierno de la sexualidad juvenil haría referencia a la forma en que se dirige y estructura el posible campo de acción de las y los jóvenes en materia sexual.

Si prefiero ubicar esta reflexión sobre la gestión de la sexualidad de las y los jóvenes en un marco referido al gobierno de los cuerpos y no al de la salud es porque considero, siguiendo a estos autores, que este asunto desborda su acotación en el ámbito de la salud y las prácticas profesionales de los médicos e incluye las formas en que distintos agentes e instituciones sociales –los profesionales paramédicos, los funcionarios que ejecutan las políticas públicas, los educadores, la familia, la iglesia, el estado, los medios de comunicación, etcétera– definen, perciben y regulan las representaciones y los comportamientos relacionados con la sexualidad de las y los jóvenes.

Abordar la intervención sobre la sexualidad juvenil desde este punto de vista permite ir más allá de los recortes administrativos de la salud e incluir un amplio espectro de arbitrajes públicos potenciales en este ámbito. Hace posible, además, dar cuenta de las transformaciones contemporáneas de las biopolíticas, entendidas como los modos de racionalizar, ya sea en términos de conocimientos o de acciones, los problemas que plantean a la sociedad los jóvenes, constituidos como grupo poblacional, en relación con su fecundidad, morbilidad y mortalidad por causas sexuales o reproductivas. Y, además, examinar el biopoder que se ejerce sobre las y los jóvenes por medio de estas intervenciones, no sólo desde sus objetivos normalizadores, sino desde su incidencia en sus procesos de subjetivación, es decir, en las formas en que se constituyen a sí mismos y se reconocen en tanto sujetos.

Este trabajo busca aportar a la reflexión sobre las actividades educativas realizadas en los programas de salud sexual y reproductiva destinados a las y los jóvenes colombianos. En él se analizan las modalidades particulares de gobierno de los cuerpos puesto en marcha por estas intervenciones y sus efectos en la producción de subjetividades juveniles. Igualmente, se indican las percepciones de quienes realizan estas intervenciones sobre las diferencias de género y étnico-raciales existentes entre jóvenes y su incidencia en el quehacer de las funcionarias y los funcionarios implicados en estos programas.

La información presentada se basa en la observación de dos experiencias educativas en sexualidad con las y los jóvenes escolarizados en Bogotá, hechas por dos entidades, una pública y otra privada: el programa de educación en sexualidad humana de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, y el programa de jóvenes de Profamilia¹, sede Kennedy. En cada uno de estos programas se observaron cinco talleres impartidos a jóvenes estudiantes de secundaria y a *primíparos*² universitarios en el área de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, se entrevistó a las y los coordinadores, a los responsables de los talleres y a las personas encargadas de las labores de consejería en sus respectivas instituciones –diez en total³–.

1. La Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana, Profamilia, una entidad privada, afiliada a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), brinda 65% de la planificación familiar en el país por medio de treinta y cinco centros (Sánchez, 2003). En 1990 creó el primer centro para jóvenes en Bogotá, con el fin de responder a las necesidades específicas de los (as) jóvenes en materia de sexualidad.

2. En el argot estudiantil se denomina *primíparos* a los estudiantes universitarios de primer semestre.

3. Esta información proviene de la investigación titulada "Evaluación cualitativa de los programas de salud sexual y reproductiva destinados a jóvenes en Bogotá. Una lectura de clase, género, etnia/ "raza" y orientación sexual", realizada en el Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia.

MODALIDADES ACTUALES DEL GOBIERNO DE LA SEXUALIDAD JUVENIL

A HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA MUESTRA MÚLTIPLES TENTATIVAS DE normalizar las prácticas sociales, entre ellas la sexualidad, y de poner en marcha el proyecto de gobierno de los cuerpos aprehendidos en forma individual o colectiva. Estas tentativas

han adoptado modalidades muy variadas que van desde los intentos de control muy directos hasta la utilización de dispositivos orientados a persuadir a ciertas poblaciones de adecuar sus formas de vida según criterios saludables, pasando por numerosas situaciones intermedias (Berlivet, 2004).

En tiempos recientes, la adolescencia y la juventud han suscitado la atención creciente de las organizaciones de salud internacionales y de gobiernos y organizaciones no gubernamentales, nacionales, regionales y locales, por ser consideradas grupos poblacionales particularmente expuestos a desarrollar comportamientos de riesgo, nefastos para su salud. Estos comportamientos incluyen prácticas sexuales sin protección que pueden llevar a la maternidad o paternidad tempranas o a infecciones o enfermedades de transmisión sexual (ETS) —en algunos casos mortales como el VIH-sida— y a comprometer su presente y su futuro y el desarrollo de la sociedad. En cuanto a la acción, se han definido estrategias para promover la salud de los jóvenes, que parten del supuesto de que ésta depende cada vez más de su conducta y de la inclusión de grupos claves de su entorno social que influyen en ellas⁴.

Actualmente, las formas de vigilancia en torno a las conductas sexuales de las y los jóvenes se construyen con base en la transferencia que se les hace de las decisiones relativas a la administración y protección de su salud, el control de su reproducción, la construcción de su proyecto de vida y la esco-

gencia de su estilo de vida, entre otros. Así lo expresan las líneas de acción en la promoción de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes incluidas en el documento “Política nacional de

4. Un ejemplo de este tipo lo brinda el recurso al reclutamiento de multiplicadores para los talleres de educación sexual entre los mismos jóvenes, buscando que los asistentes al taller se sientan identificados con quienes lo coordinan.

salud sexual y reproductiva para el período 2002-2006”. Al adolescente se le pide “que lleve a cabo acciones de autocuidado centradas en la doble protección”; “que se apropie de la posibilidad de retardar la edad de inicio de las relaciones genitales, la frecuencia con que éstas se tiene (*sic*), y la edad de la concepción”. En síntesis, estas nuevas formas de gobierno de los cuerpos buscan que cada uno de ellos se cuide y se vigile lo mejor posible, y sancionan a aquél que se muestra incapaz de hacer buen uso de esta delegación de poder o tiene actitudes y comportamientos “desviados” que perjudican el acuerdo social establecido en torno de la norma (Fassin y Memmi, 2004).

La autovigilancia que ejercen las y los jóvenes para adaptarse a las definiciones de la normalidad, transformándose y modificándose en ese proceso, se hace mediante un amplio espectro de tecnologías del yo, definidas como “aquellas técnicas que permiten a los individuos efectuar una serie de operaciones en sus propios cuerpos, en sus almas, en sus pensamientos, en sus conductas (...) con el fin de alcanzar un cierto estado de perfección (...)” (Foucault, 1991: 35). Esta autovigilancia corresponde más a la dinámica de individualización de los comportamientos y los ideales sexuales a la que asistimos desde hace treinta o cuarenta años que a una revolución sexual, en el sentido de una transformación radical del orden sexual (Bozon, 2002; Authier, 2002).

La educación sexual que se busca impartir hoy ha dejado de ser percibida como una intervención externa sobre el sujeto para garantizar el cumplimiento de la norma para empezar a pensarse en términos de una serie de acciones públicas orientadas hacia una mejor administración de la salud sexual de las poblaciones jóvenes, mediante la neutralización de ciertos comportamientos considerados funestos para su salud (Berlivet, 2004). Este segundo régimen de intervención política es el de los “dispositivos de seguridad” que Michel Foucault distingue de los “mecanismos disciplinarios”. Mientras estos últimos actúan “desde el exterior” para imponer la norma, hasta en los pliegues más recónditos de los comportamientos individuales, los dispositivos de seguridad “no pueden instituirse sino a condición de hacer jugar ‘desde el interior’ ciertos aspectos del fenómeno, considerado de forma tal que se neutralicen sus efectos más deletéreos” (Berlivet, 2004: 44). Según la tesis de la individualización de la sexualidad, en los últimos decenios se habría acelerado el proceso de sustitución de controles y disciplinas externas por controles y disciplinas internas que acrecientan las exigencias sociales (Bozon, 2002).

El gobierno de las conductas sexuales juveniles se entiende mejor si se considera la crítica de Foucault al núcleo del poder concebido como regla, prohibición, ley, y como lo que marca el límite entre lo permitido y lo no permitido. Si bien la mayoría de las reflexiones sobre el poder se han hecho a partir de una concepción jurídica del mismo que intenta explicar dónde está, quién lo detenta, qué reglas lo administran, etcétera, lo que Foucault muestra con maestría son sus mutaciones tecnológicas en Occidente. En la actualidad, este poder se ejerce ya sea

por medio de tecnologías individualizantes, la anatomopolítica, o de tecnologías que no apuntan a los individuos sino a las poblaciones, la biopolítica. El gobierno de la sexualidad de los jóvenes requiere tanto de las disciplinas correccionales que operan en la constitución de los cuerpos-mentes individuales como de las regulaciones colectivas de su sexualidad, como forma de normalizar la vida y la reproducción de las poblaciones. En este cruce de caminos entre la anatomopolítica y la biopolítica el gobierno de la sexualidad de los jóvenes constituye “una pieza política de primera magnitud para hacer de la sociedad una máquina de producción” (Foucault, 1999: 247) y para orientar el curso vital de los jóvenes hacia una vida adulta modelada por la disciplina moral y familiar (Serrano, 2004).

Técnicas y procedimientos para instaurar este gobierno

UNA DE LAS TÉCNICAS DE PODER PARA INSTAURAR ESTE GOBIERNO ES LA que Foucault llama “poder pastoral”, que en sus modalidades modernas deja de pretender guiar a la gente para su salvación en el más allá, para asegurar su salvación en este mundo, “haciendo el bien” en el sentido más material del término, es decir, procurando la salud, el bienestar, la seguridad, entre otras (Foucault, 1988, 1999). Algunas de las características de este tipo de poder que pueden encontrarse en las instituciones que se ocupan de la salud pública sexual y reproductiva de las y los jóvenes son, entre otras, las siguientes: la autoridad para obligar a cada joven a hacer lo necesario para mantenerse saludable; la preocupación por asegurar no sólo el bienestar de cada uno y cada una de ellos como individuo sino como grupo poblacional; la movilización de diferentes actores –médicos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores–, para llevar adelante estas funciones pastorales. Por último, la puesta en marcha de mecanismos de poder y control sobre la sexualidad, presentada como la fuente perpetua, en el interior de los individuos, de situaciones de riesgo para su salud, aprehendida en consonancia con la moral dominante.

El ejercicio de este poder pastoral se hace aún más necesario en el caso de las y los jóvenes, si consideramos que el retroceso del

control de los padres sobre las y los hijos en este momento del curso de vida transfiere la regulación de la sexualidad juvenil, en la práctica, a los pares y a los medios de comunicación, principales fuentes de información de las y los jóvenes sobre cuestiones ligadas a la sexualidad. Las enseñanzas informales que estas fuentes imparten han sido percibidas a menudo por las y los adultos como insuficientes, erróneas, e, incluso, mal orientadas, razón por la cual se ha buscado desarrollar proyectos de educación sexual⁵ que complementen o se opongan a ciertas informaciones y actitudes, y que busquen modificar las representaciones y los comportamientos sexuales considerados desfavorables para la salud de las y los jóvenes.

En Colombia, país en el que la iglesia católica ha ejercido una fuerte influencia⁶, las acciones públicas orientadas hacia la mejor administración de la salud sexual por parte de las poblaciones jóvenes, por medio de la institución de "dispositivos de seguridad", han sido difícilmente aceptadas. Numerosos obstáculos han impedido el desarrollo de acciones educativas en materia sexual, por considerarse que instruir a las y los jóvenes en este dominio significa incitarlos al ejercicio sexual en forma prematura e indiscriminada. Entidades como Profamilia, institución pionera en la atención de la salud sexual y reproductiva, y el servicio de salud de la Universidad Nacional de Colombia han sido algunos de los pocos establecimientos que han sostenido una labor educativa como parte sus programas de atención de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes.

Una de las modalidades escogidas para desarrollar sus estrategias de capacitación, información y educación ha sido la de los talleres de educación sexual, que analizaré a continuación. El programa de sexualidad humana de la división de salud de la Universidad Nacional de Colombia⁷, sede

5. En Colombia se creó el plan nacional de educación sexual, liderado por el Ministerio de Educación Nacional desde 1993. Su evaluación, hecha en 1998, señala la persistencia de temores y la resistencia de parte de maestros y padres en relación con su abordaje de forma directa y explícita y "la consecuente capacitación deficiente de quienes tienen la responsabilidad de su implementación" (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004: 27). Igualmente, destaca el énfasis de la información sobre los riesgos del ejercicio sexual, principalmente los relacionados con los embarazos precoces y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

6. La iglesia católica sigue ejerciendo gran influencia en el país, pese a que en 1993 la Corte Constitucional dejó sin piso jurídico buena parte de la ley aprobatoria del Concordato (ley 20 de 1974) entre la iglesia y el estado colombiano.

7. La Universidad Nacional de Colombia es la más grande del país y cuenta con alrededor de veinticinco mil estudiantes matriculados en su sede de Bogotá, de los cuales 47% pertenece al estrato socioeconómico 3.

Bogotá, está conformado por un equipo integrado por dos enfermeras, una médica y tres psicólogas. Como parte de sus actividades de información, orientación y atención en salud sexual efectúa cada semestre, durante la llamada semana de inducción, talleres titulados “Reflexiones sobre la sexualidad”, con las y los estudiantes del primer semestre académico de los distintos programas de cada facultad. El objetivo de estos encuentros es “promover el análisis de actitudes y valores inherentes al fomento de criterios de autocuidado que contribuyan a la vivencia de una sexualidad sana, responsable y gratificante”.

Los talleres se inician a partir de un planteamiento general sobre la sexualidad, como asunto complejo y multifacético, que involucra aspectos biológicos, emocionales, sociales y culturales, y omnipresente en las relaciones interpersonales. Se presenta también como una dimensión de la vida que se inicia y se termina con ella. Sin embargo, a medida que se desarrollan los contenidos del taller, la sexualidad deja de mostrarse como una dimensión constitutiva de las personas y como una “energía” difusa en todas partes y en todas las relaciones humanas, para concentrarse en un periodo específico del ciclo de vida, “la edad reproductiva”, y en las relaciones que pueden tener como consecuencia embarazos precoces, enfermedades e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Incluso las dramatizaciones que proponen las y los jóvenes para representar situaciones de sus vidas cotidianas en las que se ven abocados a tomar decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva incorporan estos límites y vinculan la sexualidad a unos ámbitos determinados y a unas temporalidades específicas. El final del taller circunscribe aún más el tipo de información brindada, haciendo énfasis sobre los aspectos técnicos de los riesgos que trae el ejercicio sexual, en relación con los embarazos “tempranos” y las enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Los contenidos educativos se acompañan de una serie de imágenes de las lesiones provocadas por estas enfermedades e infecciones, que suscitan generalmente reacciones de preocupación y rechazo. En síntesis, la información de carácter técnico y el impacto que producen las imágenes terminan por encubrir e inhibir el examen y la discusión de la información presentada y de la visión inicial de la sexualidad ofrecida en el taller.

El formato de los talleres realizados por Profamilia en los colegios de la localidad de Kennedy⁸ está más adaptado al público adolescente, cuatro o cinco años más joven que el de la Universidad, en las estrategias pedagógicas –utilización de materiales audiovisuales, actividades lúdicas, discusiones en torno a “guiones” que presentan dilemas relativos a la salud sexual y reproductiva, entre otras–, en el tono y lenguaje usados y en los contenidos mismos del taller. Éste incluye los temas de “valores y toma de decisiones”, “autoestima y comunicación”, “derechos sexuales y reproductivos”, “embarazo en la adolescencia y métodos” e “infecciones de transmisión sexual y VIH-sida”.

Los talleres buscan resolver los problemas planteados por la información insuficiente o errada que generalmente tienen las y los ado-

lescentes en asuntos sexuales y reproductivos e incentivar la expresión libre de sus dudas en estas materias. Sin embargo, su formato no logra romper las barreras que impone el entorno escolar a la formulación de este tipo de inquietudes, ya que son hechos en los mismos locales escolares, durante la jornada educativa y con la presencia, a veces inoportuna, de sus docentes –que vigilan el mantenimiento de cierto orden, incluso en las posturas corporales de las y los alumnos–. En este sentido, a diferencia de lo que sucede en países en donde existe alto nivel de secularización en la educación y en los que desde temprana edad se ponen en marcha estos “dispositivos de seguridad” en los contenidos educativos, en Colombia el desarrollo de esta forma particular de acción pública de prevención no sólo se instaura en forma relativamente tardía sino en contravía de fuertes influencias conservadoras provenientes de las familias, las iglesias y las instituciones educativas mismas.

Por otra parte, es necesario precisar que los talleres en los colegios no sólo buscan cumplir una función educativa sino que son concebidos como una forma de eliminar “los obstáculos socio-culturales” que dificultan el acceso de las y los adolescentes a la atención en salud sexual y reproductiva. Por tal razón, quienes los coordinan vinculan constantemente las preocupaciones que tímidamente formulan las y los alumnos a las respuestas que ofrece Profamilia como institución prestadora

8. Kennedy es una de las veinte localidades en que se divide administrativamente el distrito capital de Bogotá. Reúne ciento sesenta y cuatro barrios, de los que 58% se concentra en estrato 3 y 41% en estratos 1 y 2. Es una de las localidades con mayor porcentaje de población joven –62% de la misma no supera los treinta años– y en edad escolar.

de servicios de salud. Dicho de otra manera, los talleres constituyen el primer paso hacia la consulta médica impartida en el Centro para jóvenes de la localidad. Es una de las actividades de uno de los proyectos desarrollados en este Centro con el objetivo de “incrementar el número de adolescentes usuarios de servicios en salud sexual y reproductiva y aumentar el uso del condón para una doble protección” –frente a los embarazos no deseados y frente a las infecciones de transmisión sexual–.

En ambos programas, los contenidos de los talleres relativos a la centralidad e incidencia de la organización social y la cultura en los comportamientos sexuales, y en sus significados y normativa, son bastante pobres. Pese a la mención de distintos aspectos involucrados en la sexualidad, las perspectivas predominantes son psicológicas y médicas. Las primeras se manifiestan en las descripciones de la actividad sexual como una manifestación de la vida psíquica regida por leyes propias (Bozon, 2002) y en la orientación de los talleres hacia el fortalecimiento de habilidades psicosociales para la elección de métodos de anticoncepción y protección, y de actitudes activas hacia el autocuidado. Las segundas se expresan en la redefinición de las prácticas y comportamientos sexuales en términos médicos cuyo corolario es convertirlos en procesos clínicos susceptibles de exigir exámenes, diagnósticos y tratamientos médicos y suscitar políticas de salud pública (Bozon, 2002).

Estas dos perspectivas, aunque se presentan como técnicas, es decir como neutras axiológicamente, proponen una aproximación individualizante y normativa a la sexualidad juvenil que buscan generar en cada joven la capacidad de evaluar sus comportamientos sexuales con razonamientos prescriptivos, así sean los de ejercer una sexualidad “libre y satisfactoria” pero “responsable y sana”. Por otra parte se articulan muy bien con el modelo existente de salud privatizada, sometida a la racionalidad del mercado, a sus esquemas de análisis y a sus criterios de decisión, en el que las mayores responsabilidades se delegan a los individuos, en consonancia con la dinámica predominante de individualización de los comportamientos sexuales. Prevalece entonces una perspectiva psicologizada, medicalizada y privatizada que deja muy poco espacio a la sexualidad como ámbito de la vida social susceptible de ser pensado por la teoría social o como terreno político, de construcción de ciudadanía y de movilización social.

Las acciones educativas hechas en estos talleres producen un tipo particular de subjetividad juvenil. No tanto la de la joven y el joven ciudadanos, sujetos de derechos sexuales y reproductivos particulares, sino la de las y los jóvenes adecuados a las normas colectivas en materia de sexualidad y usuarios potenciales de los servicios de salud. Además de transferir información, los talleres de ambas entidades pretenden reforzar la conciencia de sí de las y los jóvenes; propiciar en ellas y ellos un discurso asertivo, informado y maduro sobre la sexualidad, otorgando importancia a la prevención de riesgos. En consecuencia, se les instiga a afirmar su individualidad en ruptura con los comportamientos miméticos que pueden ser perjudiciales para la salud y las ideas nocivas difundidas por los medios de comunicación y el entorno inmediato. Sin embargo, uno de los comentarios de una de las funcionarias del programa de Kennedy ilustra la ambivalencia de los contenidos formativos que reciben las y los jóvenes, a quienes se invita a hablar de sus vivencias de la sexualidad, mientras se les señala que no son todavía aptos para vivirla. Según describe ella, “los jóvenes están como en medio de un sándwich en que por un lado están sometidos a la presión del grupo y de los medios que les dicen 'debes tener ya tus relaciones sexuales y si no las tienes eres un bobo' y por el otro lado tienen a la familia y la escuela que les dicen 'usted no tiene por qué saber de esto’”.

Las y los coordinadores de los talleres diseñan sus contenidos de conformidad con los objetivos consignados en el acápite de la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de la “Política nacional de salud sexual y reproductiva”: lograr que “se cuestionen los modelos sociales y culturales que posicionan el embarazo precoz como una forma de ganar estatus o reconocimiento social o afectivo”, y que “se apropien de la posibilidad de retardar la edad del inicio de las relaciones genitales, la frecuencia con que éstas se tienen y la edad de la concepción” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004: 33). Sin embargo, estos funcionarios no consiguen que las y los jóvenes se conviertan en sujetos capaces de asumir responsablemente una sexualidad activa y placentera y de determinar el momento de su inicio y ejercicio, porque actúan en un contexto social que no reconoce a las y los jóvenes como sujetos plenos de derechos, merecedores de respeto y libertad.

En resumen, el proceso educativo en los talleres es insatisfactorio por varias razones: en primer lugar, deja poco espacio a la sexualidad como experiencia positiva para los jóvenes y generadora de placer. Pese al enunciado de la importancia de ejercerla en forma libre y satisfactoria, se sigue haciendo más énfasis sobre su control que sobre su conocimiento o disfrute. En los talleres flota siempre la idea de que el sexo es algo inadecuado e inoportuno en este momento del curso vital, una actividad sospechosa que debe ser contenida y vigilada. No se pretende, como podría ser deseable, constituir sujetos con mayores posibilidades de ejercer el “arte” de usar los placeres (Foucault, 1986), sino individuos más hábiles para el control en términos represivos.

En segundo lugar, los talleres se desarrollan en torno de una idea-clave, que proclama contradictoriamente que auto-limitarse sexualmente es para las y los jóvenes ganar un espacio de libertad (Berlivet, 2004). De este modo, la postergación del inicio de las relaciones sexuales como forma de prevención de los embarazos, las ETS y las ITS se presenta como afirmación de la independencia frente a las presiones de los pares y del entorno social. Sin embargo, este aparente signo de libertad no es sino una expresión de sujeción, ya no como sometimiento a otro por el control y la dependencia sino como constitución de una subjetividad a partir de la sumisión a unas normas interiorizadas –que se superponen con la autoconciencia y dejan poco espacio a la posibilidad de una “modulación singular de la conducta sexual”– (Foucault, 1986: 228). Dicho de otra manera, la educación sexual que se ofrece en estos talleres busca impartir una ley moral universal a la que todos y cada uno de las y los jóvenes debe someterse, sin brindarles los principios de “estilización de las conductas” que podrían permitirles elaborar una “estética” personal de sus existencias y una ética de sus comportamientos sexuales (Foucault, 1986).

Por último, las acciones educativas emprendidas no logran incorporar la voz, las necesidades y las perspectivas de las y los jóvenes como sujetos de derechos sexuales que pueden participar en su ejercicio, promoción y defensa. En este sentido, mediante este tipo de iniciativas está lejos de resolverse la tensión existente entre la concepción del adolescente y del joven como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el estado y la sociedad, y la noción de adolescencia y juventud como situación vital en la que ellas y ellos construyen su condición de

ciudadanos autónomos. El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes exige no sólo la puesta en marcha de programas de educación sexual con diseños participativos sino también el fortalecimiento de los dispositivos estatales para hacer efectivas las políticas de salud sexual y reproductiva (Checa, 2003).

LAS REALIDADES MÚLTIPLES DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE Y JUVENIL Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

LA CONCEPCIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD QUE MANEJAN LOS PROGRAMAS de salud sexual y reproductiva es determinante en las orientaciones de los programas que desarrollan las instituciones prestadoras de servicios de salud. Numerosos trabajos (Checa, 2003; Faur, 2003a y b; Stern y Medina, 1999, entre otros) han señalado las dificultades de una definición de adolescencia y juventud basada en criterios psicológicos y biológicos que aportan argumentos difusos y precarios para establecer el inicio y el término de esta fase del ciclo vital. Desde una perspectiva histórica y sociológica (Arango, 1991, 1992; Ariés, 1973; Elías, 1998; Muñoz, 1999; Parra Sandoval, 1985; Segalen, 1981; Serrano, 1998, entre otros) se ha planteado que esta noción, estrechamente asociada a la expansión de la educación secundaria, designa una nueva etapa de la vida que prepara para la adultez y pospone el ejercicio de las funciones laborales, procreativas y parentales que le están asociadas. Por su parte, las aproximaciones antropológicas indican que la juventud aparece como una construcción cultural en el tiempo y en el espacio y que aun cuando cada sociedad organiza la transición de la infancia a la vida adulta, la forma y contenido de esta transición son muy variables (Feixa, 1998: 18).

En el caso de las investigaciones sobre la sexualidad juvenil es importante señalar, además, que gran parte de ellas se han efectuado desde un enfoque de salud, y quien dice salud habla de normalización. En este sentido, el deseo y los placeres sexuales juveniles han sido concebidos como los de unos sujetos incompletos, en vías de formación, y, por tanto, no aptos para responder a los requerimientos de una sexualidad responsable y plena como

se supone es la sexualidad adulta (Viveros, 2003). Igualmente, los trabajos señalan a las y los jóvenes como una población de alto riesgo para la prevención en salud sexual y reproductiva, por el inicio de su vida sexual con bajo nivel de información, sin ningún tipo de protección y en un contexto social marcado por categorías como el pecado, la culpa, el machismo y la subordinación de la mujer (Mejía Motta, 2000). Con base en estos diagnósticos, la investigación reciente sobre jóvenes ha sido hecha desde una perspectiva que subraya el ajuste o desajuste de sus formas de ser y actuar en relación con las normas del mundo adulto, utilizado como patrón de referencia para calificar lo juvenil. Este “adultocentrismo” habría determinado y legitimado, además, las políticas y los programas sociales orientados hacia los jóvenes (Serrano, 1998). Por otra parte, cuando en estas investigaciones e intervenciones sociales se incluye el cuerpo de los jóvenes como materia, éste se reduce muchas veces a los órganos genitales y reproductivos y se ve como un cuerpo biológico y no como uno mediante el cual se incorpora el sí mismo que caracteriza a la persona, se expresa la relación con el mundo y se viven las regulaciones, vigilancias y controles efectuados por las distintas instituciones sociales –la familia, la escuela, la iglesia, entre otras–.

La juventud, como un sector social delimitado a partir de la edad, es una cuestión que ha sido muy debatida por muchos de los autores citados. Si bien algunos de ellos señalan que la edad es un dato que sólo cobra sentido histórica y culturalmente, también admiten que es un referente empírico inevitable en la biografía de los individuos y en el análisis de los significados que se le atribuyen. No obstante, es preciso considerar que la edad es una variable demográfica que no define una especificidad particular de los sujetos, ya que estos se constituyen como tales en el complejo entramado de las relaciones sociales de clase, género, pertenencia étnico-racial, local y cultural, en el que la edad no es sino uno de los múltiples factores que entran en juego.

A continuación se muestra cómo perciben los funcionarios que coordinan y desarrollan los programas analizados dos de las estructuras sociales que diferencian a las y los jóvenes que participan en ellos, el género y la etnia/“raza”, y de qué forma inciden en su quehacer relacionado con la promoción y la prevención de su salud sexual y reproductiva.

La incorporación inconclusa de una perspectiva de género en la educación sexual

PARA LAS Y LOS FUNCIONARIOS ENTREVISTADOS, EL GÉNERO ES UNA CATEGORÍA pertinente para abordar los problemas de salud sexual y reproductiva y una de las diferencias sociales mejor aceptadas y reconocidas. Pese a esta aceptación relativa, la adopción de la perspectiva de género en las políticas y los programas ha tenido que ver más con la incorporación de un mandato institucional, fruto de las presiones de las agencias externas de financiación, que con un compromiso construido a partir de las necesidades sentidas por las instituciones. En muchas ocasiones, y como lo reconocen algunos de los funcionarios, el género no es sino una nueva palabra de uso obligado en los programas, los afiches que los promueven y en los protocolos de atención que manejan, pero no un enfoque nuevo para analizar y abordar los eventos sexuales y reproductivos.

Es preciso señalar también que la acepción de género que manejan corrientemente las y los funcionarios es la de una categoría referida a las diferencias existentes entre hombres y mujeres. Para muchos de ellos, con formación en psicología, el género es un atributo individual de hombres y mujeres que incide en la autoestima, en los procesos identitarios y en las interacciones en las parejas. Esta manera de asumirlo invisibiliza sus aspectos políticos, es decir, los que tienen que ver con las relaciones de poder, de autoridad y de legitimidad presentes en los procesos sociales implicados en la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. Pocas veces se considera el género como un hecho que estructura y ordena las prácticas sexuales y reproductivas, lo cual explica, en gran parte, el compromiso relativamente débil de parte las instituciones con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, ya que ésta implica diseñar y consolidar políticas que contribuyan al cumplimiento pleno de estos derechos, la lucha contra las desigualdades en los indicadores de salud y calidad de vida sexual y reproductiva entre hombres y mujeres, y la apuesta por la equidad de género en las prácticas anticonceptivas y reproductivas.

Si bien los estudios de género se plantearon la necesidad de enfatizar sobre el aspecto relacional de este concepto, la mayoría ha centrado su atención en las mujeres. La perspectiva de

género aplicada a la salud sexual y reproductiva ha enfatizado más sobre las mujeres que sobre los hombres. Los programas de Profamilia y de la Universidad Nacional comenzaron como programas de salud reproductiva para las mujeres, tal como lo expresan las y los funcionarios de las entidades. Una de las responsables del Centro para jóvenes de la sede principal de Profamilia señala que las asesorías que se hacían para acompañar las pruebas de embarazo se dirigían a las jóvenes, ignorando muchas veces que sus compañeros “estaban afuera esperándolas y mordiéndose los dedos de la angustia porque no sabían si sus compañeras estaban embarazadas o no”, y “sólo se acercaban al momento de pagar”. Por su parte, una de las iniciadoras del programa de la Universidad Nacional explica que “se pensó en construir programas de atención específica a la salud sexual y reproductiva de las mujeres por una razón muy sencilla, más de 30% de los estudiantes eran mujeres en edad fértil y susceptibles de embarazarse”.

Sin embargo, desde hace pocos años empezó a concederse alguna importancia al papel de los varones en la salud reproductiva y la sexualidad. Aunque la incorporación de los hombres a los programas sigue siendo algo excepcional, ambas entrevistas coinciden en señalar que la consulta de parte de los hombres ha aumentado, aun cuando sigue siendo predominantemente femenina. La actitud de los programas de ignorar a los hombres se ha ido modificando y se ha caído en cuenta que no incluirlos en ellos “contribuiría a la perpetuación de los roles de género que fomentan la inequidad”, como lo señala una de las funcionarias de Profamilia entrevistada. Por tal razón, en la Universidad Nacional se ha intentado hacer talleres de educación sexual únicamente para hombres, aunque las convocatorias no han sido muy exitosas entre los estudiantes y ha habido dificultad para vincular varones al equipo de coordinación de los talleres. Por su parte, en Profamilia se han comenzado a desarrollar asesorías para parejas, aprovechando la mayor presencia de los jóvenes como acompañantes.

Las funcionarias reportan diferencias en los motivos de consulta, que ilustran bastante bien la forma en que opera el género: mientras las mujeres consultan generalmente para verificar si están embarazadas o no, o para solicitar asesoría en relación con los métodos anticonceptivos, los muchachos piden consejo en relación con la eyaculación precoz o porque han tenido

alguna relación de riesgo y desean practicarse la prueba de VIH, y, últimamente, a pedir anticoncepción de emergencia. Al respecto, es preciso señalar que la medicalización contemporánea de la sexualidad no se ha limitado a las intervenciones sexológicas sino que ha contribuido también a estructurar de manera diferenciada la experiencia vital de los hombres y las mujeres. Si tenemos en cuenta que en Colombia la iniciación sexual de tipo coital se hace en promedio a los catorce años en las mujeres (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004), podríamos decir que ellas comienzan a edades cada vez más tempranas una larga trayectoria de supervisión ginecológica, que incluye en la etapa juvenil el seguimiento de sus prácticas anticonceptivas, sus embarazos y eventuales abortos. Mientras tanto, los varones sólo se relacionan con las prácticas médicas en materia anticonceptiva de forma puntual, como acompañantes de las mujeres, y sus motivos de consulta se relacionan más con su desempeño sexual y con los posibles riesgos de salud asociados al ejercicio de su sexualidad que con su participación en las decisiones y responsabilidades anticonceptivas y reproductivas.

Por otra parte, como lo señalan las mismas funcionarias de los programas analizados, los servicios médicos de salud sexual y reproductiva de estas entidades no han incorporado una perspectiva de género en sus análisis o en sus prácticas clínicas. No se vincula el tipo de socialización impartida a los varones con su escasa participación en las prácticas anticonceptivas, con algunos comportamientos de abuso y hostigamiento sexual, o con sus principales motivos de consulta en materia de salud sexual y reproductiva. Poco se habla de la incidencia de la construcción de las mujeres como “frágiles y disponibles”, y del cuerpo femenino “como un cuerpo para otros”, en su capacidad de formar juicios propios y tomar decisiones en materia anticonceptiva y reproductiva y de actuar en beneficio de su salud. Poco se tiene en cuenta que la adopción o la ausencia de protección durante el acto sexual, preocupación fundamental de los programas de prevención y promoción de la salud sexual, se relaciona estrechamente con los ordenamientos de género actuantes en las percepciones de determinadas relaciones como riesgosas o no.

Las diferenciaciones y apreciaciones morales de las que son objeto las prácticas sexuales en los talleres, en relación con quién, dónde, cuándo y cómo ejercer la sexualidad, no se distancian mucho del modelo de género convencional ni de las

normas heterosexistas. La sexualidad masculina sigue presentándose como naturalmente incontrolable, agresiva, precoz y más ligada al placer físico que a la afectividad, características construidas en este modelo como excluyentes u opuestas. Y aunque se hable de una mujer que puede expresar su deseo, dentro de ciertos límites, se sigue privilegiando el modelo de una feminidad asociada a la capacidad de entrega afectiva, a la inocencia sexual, a cierto grado de pasividad sexual y a la responsabilidad del cuidado de su propia salud y de la de su familia.

Esto no significa afirmar que el modelo de feminidad y masculinidad que se presenta en los talleres es el mismo que prevalecía en la generación de los padres de estos jóvenes, y que no ha cambiado nada. Es indiscutible que las propuestas de educación sexual realizadas en estos talleres pretenden ofrecer una perspectiva progresista. Sin embargo, los avances en materia de género no son muy extensos ni profundos. Si bien se pretende propiciar en las mujeres actitudes más desenvueltas en sus relaciones interpersonales con los hombres y se espera que puedan hablar informadamente de la sexualidad y sepan negociar con sus parejas el uso del preservativo y los métodos anticonceptivos, no se estimula en ellas la búsqueda de su placer ni la afirmación de sus propios deseos y derechos. Tampoco se cuestionan los criterios de género que construyen las fronteras morales que separan las mujeres “confiables” de las mujeres “sospechosas” en materia sexual.

En relación con los hombres, aunque las actitudes extremas asociadas a lo que comúnmente se denomina el machismo se han desprestigiado, y se incita al mayor uso del preservativo en las relaciones sexuales, pocos cuestionamientos se hacen a su débil presencia en las decisiones reproductivas y anticonceptivas, a la ausencia de “una cultura de autocuidado” entre ellos, a su falta de interés por el placer de sus compañeras y a la permanencia de sus actitudes homofóbicas. En resumen, el nuevo modelo tiene apariencia 'moderna', ya que el machismo se asocia a lo 'retardatorio' y atrasado culturalmente, pero no representa la redefinición radical de las relaciones de género entre las y los jóvenes, ni de los roles de género asociados a la sexualidad, a los cuidados en salud y al desempeño de la maternidad/paternidad. Tampoco vincula la distribución diferencial de los recursos tanto materiales como simbólicos entre hombres y mujeres con la forma en que

se demandarán y ejercerán los derechos sexuales y reproductivos de unos y otras (Faur, 2003a y b).

Para concluir esta reflexión en torno a la forma en que se incorpora la perspectiva de género en los componentes educativos de los programas de salud sexual y reproductiva, es preciso considerar que el control y el aplazamiento de la sexualidad y la reproducción, y la permanencia de un modelo de género dicotómico en los jóvenes, están asociados a un modelo de clase media con demandas que suscitan un ordenamiento particular de los proyectos de vida hacia la inserción exitosa en el sistema laboral y la posición “respetable” en el espacio social mediante la conformación de una familia monogámica, nuclear y heterosexista. Esta orientación del curso vital hacia el logro de estas metas sociales es la que convierte en “precoces” e inadecuadas la sexualidad y la reproducción (Serrano, 2004). La obtención de este lugar en la producción y la promesa de esta realización familiar requieren la continuidad y prolongación del proyecto educativo de las y los jóvenes, y un ejercicio permanente de vigilancia de la temporalidad de su sexualidad y reproducción, como el que proponen implícitamente los talleres analizados.

El multiculturalismo y la perspectiva étnico-racial en la educación sexual

EN CONTRASTE CON LA CATEGORÍA DE GÉNERO, LAS DIFERENCIAS ÉTNICO-raciales entre los jóvenes se asumen poco, pese a la existencia de un nuevo marco normativo e interpretativo, creado a partir de la afirmación constitucional de la nación colombiana como pluricultural y multiétnica en 1991. En términos generales, podríamos decir que las y los funcionarios manifestaron cierta resistencia a nuestra pregunta sobre la pertinencia de incluir una dimensión étnico-racial en la formulación de sus programas de educación sexual y reproductiva, por considerar que diferenciar a las y los jóvenes por categorías étnico-raciales equivalía a introducir un criterio discriminatorio en los programas. Incluso, alguno de ellos señaló que esas diferencias dan lugar a “prebendas injustificadas, ya que a veces los miembros de los grupos étnicos no son los más necesitados de apoyo por

parte de las instituciones”, y que la precariedad está más asociada con las condiciones de clase que con la pertenencia étnico-racial. Otros respondieron a nuestra pregunta en forma bastante defensiva: “Aquí se atiende a todos por igual”, “la salud es un derecho que tienen todos los jóvenes por igual”.

Las y los funcionarios entrevistados asumieron con gran prevención cualquier alusión a lo racial, y de manera anticipada se protegieron de cualquier acusación personal o institucional de racismo (Gil, 2004). Esta actitud defensiva debe leerse también como la denegación del racismo, práctica bastante común en Colombia, donde se ejerce cotidianamente un racismo sutil, de baja intensidad, trivial y tan incorporado en las relaciones interpersonales que se ha vuelto casi imperceptible. Muchos ciudadanos colombianos toman la actitud de no reconocer la existencia del racismo en la sociedad, porque éste se asocia a la agresión violenta, institucionalizada o espontánea de un grupo racial hacia otro y no a la práctica de tipo individual que adopta una forma más de exclusión que de agresión (Viveros, 2004).

No obstante, en la medida en que íbamos adentrándonos en las descripciones de los programas, las y los funcionarios entrevistados caían en la cuenta de que en ambas instituciones se atendían jóvenes indígenas y afrocolombianos: en la universidad existe un programa de admisión especial para estudiantes procedentes de municipios pobres en el que participan muchos estudiantes indígenas, y en la localidad de Kennedy, donde está ubicado el programa de Profamilia analizado, reside un porcentaje relativamente importante de población afrocolombiana. Las referencias a estos dos grupos de jóvenes se hacen más en términos de grupos étnicos, con rasgos culturales propios, asociados muchas veces a subculturas regionales, que en términos “raciales” o sociales. Llama la atención también que suele hacerse hincapié en las diferencias culturales existentes entre jóvenes pero no así en las similitudes ni en las condiciones de vivienda, salud y otros aspectos cotidianos precarios, comunes a muchos de ellos y ellas.

Desde una representación “lineal” del desarrollo, las supuestas diferencias culturales se construyen como rasgos tradicionales y pre-modernos, y como signos de concepciones “étnicas”, atávicas y retrógradas, en contraste con las normas sexuales y de género vigentes en Bogotá, ciudad que se presenta como “occidental”, urbana, moderna y no marcada “étnicamente”. En

estas dicotomías, tradicional/moderno, étnico/no étnico, el primer término se ubica en un campo semántico subordinado, mientras el segundo se convierte en el punto de referencia, en el lugar social no marcado y, por tanto, naturalizado.

Por otra parte, es importante considerar la forma en que ciertos gestos, deseos y cuerpos son 'etnizados' bajo relaciones de poder específicas y el modo en que la etnicidad constituye "normalidades" y "anormalidades" sociales (Restrepo, 2004). Desde esta perspectiva deben analizarse las descripciones de una funcionaria de la Universidad Nacional que define a los estudiantes indígenas como más tímidos y reservados que los otros y con "referentes familiares más fuertes en sus discursos"; igualmente, como más distantes del servicio de salud y más renuentes al uso del preservativo en sus relaciones sexuales. O sus referencias "al machismo y a la promiscuidad prevaleciente en las comunidades afrocolombianas", asimiladas muchas veces a las poblaciones provenientes de las costas.

Conviene señalar que en los últimos años y frente al fenómeno creciente de desplazamiento forzado de numerosas poblaciones de sus regiones de origen por situaciones de violencia, los llamados "desplazados" son el grupo objetivo privilegiado de los programas de salud sexual y reproductiva, principalmente en lo que se refiere a la promoción de métodos anticonceptivos definitivos. Es importante precisar, además, que en el conjunto de las y los desplazados existe una sobrerrepresentación de población desplazada afrocolombiana e indígena. En el caso de Bogotá puede señalarse de manera indicativa que entre la población que acudió a la Unidad de atención integral a población desplazada del distrito, cerca de 9% era afrocolombiana (Meertens, 2002: 18).

En relación con la perspectiva étnico-racial, es difícil identificar si la orientación de las acciones en salud sexual y reproductiva desarrolladas con la población desplazada para el suministro de métodos definitivos de anticoncepción está determinada "por las representaciones estereotipadas sobre las 'proles numerosas' de las poblaciones rurales, por el deseo de minimizar la precariedad de sus condiciones económicas, por una nueva forma de estigmatización social asociada al desplazamiento o por una combinación compleja de todas las razones anteriores" (Gil, 2004: 17). En realidad, en este tipo de decisiones se cruzan inex-

tricablemente consideraciones acerca de la clase y el origen regional, en el que por razones históricas se encubren en Colombia las diferencias étnico-raciales.

El ámbito en el que más se han incorporado las diferencias étnico-raciales existentes entre las y los jóvenes colombianos es el del mercadeo publicitario de los programas de salud sexual y reproductiva. Recientemente se ha desarrollado una campaña publicitaria que busca promover que las mujeres carguen el condón, tratando de cuestionar una serie de prejuicios morales frente a las que lo cargan, por denotar explícitamente que son activas sexualmente. Como lo dice la persona encargada de liderar esta estrategia publicitaria: “El objetivo de la campaña es que todas las mujeres, de todos los colores, de todas las razas, de todas las formas, digan que ellas están dispuestas a cargar el condón”. Las dos primeras imágenes de esta campaña han estado representadas por una mujer negra, joven, peinada a la manera rasta, pero ambientada en un contexto urbano y moderno, y la segunda por una conocida joven actriz blanca, protagonista de una serie televisiva centrada en las y los jóvenes de sectores populares.

Estas estrategias han integrado muy bien la caracterización del país como una nación pluriétnica y multicultural, caracterización que ofrece un nuevo lenguaje, el de la etnicidad, que permite resignificar las diferencias y convertirlas en atributos culturales valorizados (Taylor, 1994) desde una perspectiva que celebra la diversidad y genera expresiones gráficas representativas de la pluralidad de la población colombiana como algo valioso. El problema de esta perspectiva es que elogia la diferencia sin preguntarse por su relación con la desigualdad, como si todos los grupos fueran iguales socialmente y como si la diferencia perteneciera únicamente a la cultura (Fraser, 1997). En el caso colombiano es necesario recordar, además, que las reivindicaciones identitarias de los movimientos indígenas y afrocolombianos no han estado desligadas de su aspiración al ejercicio de la ciudadanía común.

El “respeto” a la diversidad cultural está utilizándose en el ámbito publicitario como consecuencia y adecuación de las estrategias y contenidos de la comunicación a los mandatos del mercadeo contemporáneo y a la dinámica corporativa en el mercado mundial. En estos tiempos de globalización, las estrategias publicitarias “progresistas” incluyen las “minorías” raciales,

étnicas, políticas, religiosas, de género, de orientación sexual, etcétera, en las propagandas y en las poblaciones objetivo de su mercadeo con el fin de lograr mejor “administración de la diversidad” y organización de sus “energías diferenciadas” en aras de la ganancia empresarial (Hardt y Negri, 2002, citado en Viveros, 2004).

REFLEXIONES FINALES

EL GOBIERNO DE LA SEXUALIDAD JUVENIL APELA, COMO HE SEÑALADO en el texto, a “dispositivos de seguridad” que buscan neutralizar los comportamientos sexuales juveniles, percibidos como nefastos para su salud. Estos dispositivos permiten el ejercicio de un tipo particular de poder, el que Foucault llama el poder pastoral, ejercido por instituciones que procuran el bienestar y la salud a los individuos y a los grupos poblacionales, y acuden a tecnologías que pueden ser consideradas como tecnologías de normalización (Rabinow, 1984).

El ejercicio de este poder pastoral garantiza también la producción y constitución de unos sujetos que se autocontrolan y autodisciplinan para adaptarse a las definiciones de la normalidad, transformándose y modificándose en ese proceso, mediante un amplio espectro de tecnologías del yo. Este proceso de subjetivación se hace siguiendo un modelo de juventud que define el curso vital de manera gradual y sucesiva, y vuelve prisioneros a los sujetos de unas escalas temporales determinadas. Este modelo de juventud se orienta con base en el patrón escolar que crea correspondencias entre determinadas edades y ciertos momentos del desarrollo psicológico y moral, y determina las temporalidades adecuadas para cada evento sexual y reproductivo.

Una de estas tecnologías de normalización de los cuerpos de las y los jóvenes es la de los talleres de educación sexual en los que prevalecen, como se indicó, la naturalización del sexo como objeto presocial y previo a la cultura, el modelo dicotómico de los sexos y la percepción de la condición juvenil como una situación disociada de la historia y la cultura y “de las condiciones de clase que determinan a quiénes se aplica o no tal condición juvenil” (Lesko, 2001, citado en Serrano, 2004: 47).

El gobierno de la sexualidad juvenil en Colombia tiene un carácter paradójico: por una parte, en teoría transfiere las decisiones referidas a la protección de la salud sexual y reproductiva a las y los propios jóvenes. Pero, por otra, mantiene las relaciones de dependencia asociadas al lugar que ocupan las y los jóvenes en los sistemas productivos, reproductores de la subordinación de lo juvenil al mundo adulto. También se perciben tensiones entre un discurso que busca promover su capacidad reflexiva y sus actitudes responsables y activas hacia el autocuidado y una participación débil de las y los adolescentes y jóvenes en la afirmación y defensa de sus derechos sexuales y reproductivos. El fortalecimiento de esta participación requiere tanto de espacios propicios para la escucha e incorporación de sus voces como de la capacidad de ellas y ellos como sujetos que puedan dar cuenta de esa voz propia (Faur, 2003a).

Aunque la reflexión sobre la ciudadanía y los derechos ya está en el escenario de la salud sexual y reproductiva en Colombia, aún sigue siendo un componente débil. Si bien en la política nacional de salud sexual y reproductiva se habla de fortalecer la participación de las y los jóvenes individual y colectivamente, en la práctica sabemos que la mayoría de las y los jóvenes tiene muy poca ciudadanía y menos aún en materia sexual y reproductiva: desde el estado no se piensan las y los jóvenes como sujetos políticos que definen sus proyectos y tienen la posibilidad de participar y actuar en la esfera política en la cual se toman las decisiones sobre los intereses colectivos (Ávila, 1999). No tienen voz ni voto en la formulación de políticas y programas que supuestamente están diseñados para beneficiarlos. Cuando participan en la educación de sus congéneres, como en el caso de algunos programas de Profamilia, lo hacen en calidad de multiplicadores, para hacer más atrayentes los talleres, pero sin estar dotados de los instrumentos necesarios para incidir en los enfoques y contenidos de las acciones de información y educación en materia sexual. Su participación en los programas es simbólica y decorativa, pero no está contribuyendo a construir ciudadanía.

En los últimos años, a la educación sexual que acude a los medios de comunicación publicitaria –folletos, afiches, videos, cuñas radiales y televisivas– se le ha asignado un lugar importante como una forma de acción pública que puede llegar a un amplio público y contribuir a transformar actitudes y comportamientos sociales. Sin embargo, es importante diferenciar la

potencialidad de las imágenes audiovisuales para extender el alcance de la difusión de campañas sobre prevención de la salud reproductiva, de su poder para fomentar mayor participación e interacciones en las y los jóvenes a propósito de estas campañas. No obstante, los procesos comunicacionales masivos pueden ser un recurso para hacer presentes los intereses de las y los jóvenes y propiciar la defensa de sus derechos sexuales y reproductivos.

La influencia de la iglesia católica en el estado colombiano, pese a la abolición del Concordato y al reconocimiento constitucional de la pluralidad religiosa, sigue siendo preponderante. Y nefasta, en el caso de las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, oponiéndose a la provisión masiva de preservativos para prevenir la infección del VIH-sida y a la disponibilidad de la anticoncepción de emergencia por considerarla una técnica abortiva; promoviendo la abstinencia—denegando la realidad de la actividad sexual de los jóvenes—; y estableciendo equivalencias entre servicios preventivos y promoción de inmoralidad y promiscuidad. Estas normas culturales y religiosas conservadoras que se oponen a la disponibilidad amplia y universal de información y servicios para jóvenes se constituyen en obstáculos para el ejercicio de esta ciudadanía. (Shepard, 2004: 143).

Las entidades prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva han recibido de las agencias internacionales que las financian el mandato de incorporar una perspectiva de género en sus políticas y programas. Aunque esta perspectiva tendría como objetivo proponer un nuevo enfoque para analizar y abordar los eventos sexuales y reproductivos, en la práctica no ha contribuido a transformar significativamente las relaciones sociales de sexo ni a promover la equidad de género en las políticas y programas de salud reproductiva. El tratamiento de las diferencias de género ha sido más en términos de administrarlas que de brindar herramientas para responder a las necesidades diferenciales de las y los jóvenes. Si en el ámbito de las diferencias y desigualdades de género no se han conseguido muchos logros, aún menos adelantado está el proceso de visibilización de los efectos que tiene el ordenamiento jerárquico de las diferencias étnico-raciales existentes entre las y los jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva. Tampoco existe, en las entidades prestadoras de servicios de salud sexual y reproductiva, conciencia de la utilización de estas diferencias

para naturalizar y reproducir las desigualdades sociales en materia de salud sexual y reproductiva. Es importante tener en cuenta que “en la producción de los cuerpos dóciles, las diferencias somáticas y de comportamiento entre los individuos son producidas, registradas, finamente medidas, distribuidas y fijadas de acuerdo con la norma” (Restrepo, 2004: 92).

El fortalecimiento de una ciudadanía en la adolescencia y juventud requiere desarrollar algunas estrategias particulares que den cuenta de la multiplicidad de realidades que se ocultan detrás de la categoría “joven”, cuando se define únicamente desde la dimensión etárea. Existe, no obstante, tensión entre la protección de derechos que responda a las particularidades de cada grupo, y el riesgo de construir lecturas de estas diferencias en términos esencialistas. Esta tensión subraya la importancia de construir marcos normativos que contengan simultáneamente políticas de redistribución –para luchar contra las desigualdades socioeconómicas existentes entre los distintos grupos de jóvenes– y políticas de reconocimiento –para fomentar el respeto de sus diferencias– (Fraser, 1997). Se trata entonces de desplegar políticas y programas de salud sexual y reproductiva que fortalezcan la voz y la capacidad de decisión de todos y cada uno de las y los jóvenes, deconstruyendo los patrones de valoración desigual en términos de sus múltiples diferencias. Se trata también de proponer prácticas educativas que dejen de imponer normas universales de comportamiento sexual y criterios prescriptivos de su organización. Se trata de generar las condiciones para que las y los jóvenes puedan construirse como sujetos de sus conductas morales y hacer uso de los placeres al servicio de su estilización y no de su codificación.

BIBLIOGRAFÍA

- ARANGO, LUZ GABRIELA. 1992. “Estatus adolescente y valores asociados con la maternidad y la sexualidad”. En D. Fassin, A.-C. Defossez y M. Viveros (eds.). *Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud*. IFEA/Universidad Externado de Colombia. Bogotá.
- . 1991. “Socialización, adolescencia e identidad de género en sectores populares urbanos”. Proyecto Colcultura-Icetex. Programa de becas Francisco de Paula Santander. Informe final. Bogotá. Mayo.

- ARIÉS, PHILIPPE. 1973. *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Seuil. París.
- AUTHIER, CHRISTIAN. 2002. *Le nouvel ordre sexuel*. Bartillat. París.
- ÁVILA, MARIA BETANIA. 1999. "Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos". En Lucila Scavone (comp.). *Género y salud reproductiva en América Latina*. LUR. San José.
- BERLIVET, LUC. 2004. "Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention". En Didier Fassin y Dominique Memmi (dir.). *Le gouvernement des corps*. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. París.
- BOZON, MICHEL. 2002. *Sociologie de la sexualité*. Nathan. París.
- CHECA, SUSANA. 2003. "Introducción. Aproximaciones a la problemática de la sexualidad adolescente". En Susana Checa (comp.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Paidós Tramas Sociales. Buenos Aires.
- ELIAS, NORBERT. 1998. *La civilización de los padres y otros ensayos*. Editorial Norma. Bogotá.
- FASSIN, DIDIER Y MEMMI, DOMINIQUE. 2004. "Le gouvernement de la vie, mode d'emploi". En Didier Fassin y Dominique Memmi (dir.). *Le gouvernement des corps*. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. París.
- FAUR, ELEONOR. 2003a. "Derechos y ciudadanía. Proyecto adolescencia en América Latina y el Caribe. Orientaciones para la formulación de políticas". En *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*. José Olavaria (ed.). FNUAP/Flacso. Santiago.
- . 2003b. "¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia". En S. Checa (comp.). *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*. Paidós. Buenos Aires/Barcelona/México.
- FEIXA, C. 1998. *El reloj de arena. Estudio de culturas juveniles*. Dirección General Causa Joven-Centro de Investigaciones y Estudios sobre la Juventud. México. N° 4.
- FOUCAULT, MICHEL. 1986. *Historia de la sexualidad*. Volumen 2. *El uso de los placeres*. Siglo XXI. México.
- . 1988. "El sujeto y el poder". En P. Rabinow y H. Dreyfus (eds.). *Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Unam. México.
- . 1991. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós. Barcelona.

- FOUCAULT, MICHEL. 1999. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales. Volumen III*. Editorial Paidós. Buenos Aires/Barcelona.
- FRASER, NANCY. 1997. *Iusticia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición post-socialista*. Siglo del Hombre/Uniandes. Bogotá.
- GIL, FRANKLIN. 2004. Insumos para la elaboración del informe final. Proyecto de investigación "Evaluación cualitativa de programas de SSR en poblaciones jóvenes de Bogotá y Cali (una mirada de género, clase, 'color de piel' y orientación sexual)". Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales. Escuela de Estudios de Género. Bogotá.
- MEERTENS, DONNIE. 2002. *Encrucijadas urbanas: población desplazada en Bogotá y Soacha, una mirada diferenciada por género, edad y etnia*. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Bogotá.
- MEJÍA MOTTA, I. E. 2000. *Dinámicas, ritmos y significados de la sexualidad juvenil*. Programa La Casa. Ceso-Universidad de los Andes. Bogotá.
- MUÑOZ, SONIA. 1999. *Jóvenes en discusión. Sobre edades, rutinas y gustos en Cali*. Fundación Social/Fundación Restrepo Barco/Procívica TV/Fundación FES. Bogotá.
- PARRA SANDOVAL, RODRIGO. 1985. *Ausencia de futuro. La juventud colombiana*. Cepal-Plaza y Janés. Bogotá.
- RABINOW, PAUL. 1984. *The Foucault Reader*. Panteon. Nueva York.
- RESTREPO, EDUARDO. 2004. *Teorías contemporáneas de la etnicidad. Stuart Hall y Michel Foucault*. Editorial Universidad del Cauca. Popayán.
- SÁNCHEZ, MARCELA. 2003. "Derechos y ciudadanía. Proyecto servicios para adolescentes. Posibilidades para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos". En José Olavarria (ed.). *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*. FNUAP/Flacso. Santiago.
- SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D. C. 2004. "Modelo de servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes del Distrito Capital". Investigadora principal Lucía Castro Cabrera. Bogotá. Marzo.
- SEGALEN, MARTINE. 1981. *Sociologie de la famille*. Armand Colin. París.
- SERRANO, JOSÉ FERNANDO. 2004. *Menos querer más de la vida. Concepciones de vida y muerte en jóvenes urbanos*. Siglo del Hombre Editores-Universidad Central-DIUC. Bogotá.
- . 1998. "La investigación sobre jóvenes: estudios de (y desde) las culturas". En J. Martín y F. López (eds.). *Cultura, medios y sociedad*. Ces/Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

- SERRANO, J. F., BEJARANO, L., CAICEDO, A., HOYOS, D., QUINTERO, F., 2002. "Estado del arte de la investigación sobre juventud para la formulación de la política". Departamento Administrativo de Acción Comunal del Distrito-Departamento de investigaciones de la Universidad Central. Informe final, versión preliminar. Bogotá.
- SHEPARD, BONNIE. 2004. "Pecado y derechos humanos. La falta de ciudadanía sexual de la juventud". En C. Cáceres, T. Frasca, M. Pecheny y V. Terto (eds.). *Ciudadanía sexual en América Latina. Abriendo el debate*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima.
- STERN, CLAUDIO Y GABRIEL MEDINA. 1999. "Adolescencia y salud en México". En Maria Coleta Oliveira (org.). *Cultura, adolescencia, saúde*. Consorcio latinoamericano de Programas em Saúde reprodutiva e sexualidade. São Paulo.
- TAYLOR, CHARLES. 1994. *Multiculturalisme. Différence et démocratie*. Aubier. París.
- VIVEROS, MARA. 2003. "Orientaciones íntimas en las primeras experiencias sexuales y amorosas de los jóvenes. Reflexiones a partir de algunos de estudios de casos colombianos". En José Olavaría (ed.). *Varones adolescentes: género, identidades y sexualidades en América Latina*. FNUAP/Flacso. Santiago.
- . 2004. "Nuevas formas de representación de los viejos estereotipos racistas en los comerciales publicitarios colombianos". En Mara Viveros Vigoya (eds.). *Mots pour nègres, maux des noir(e)s. Enjeux socio-symboliques de la nomination en Amérique Latine*. Victorien Lavou-Zoungbo y CRILAUP/Presses Universitaires de Perpignan. Perpignan.