

VALORACIÓN ÉTICA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

ETHIC EVALUATION OF SEXUAL HEALTH PROGRAMS ON ADOLESCENCE

José Jara Rascón

Esmeralda Alonso Sandoica*

*Unidad de Andrología y Medicina Sexual.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

C/ Doctor Esquerdo, 46

28007 Madrid

Tel: 649 49 21 65

E-mail: jjara@terra.es

**Centro de Salud García Noblejas. Área Este. Madrid*

Resumen

Desde el ámbito de la salud pública, el interés por la sexualidad parece estar dejando de focalizarse sobre temas tradicionales como los posibles tratamientos para la disfunción eréctil del varón, las alteraciones psicósomáticas, el control de la eyaculación precoz o la anticoncepción. En su lugar, se está concediendo un papel cada vez más prominente a las estrategias de prevención realizadas a través de campañas o mediante programas de salud sexual introducidos en el ámbito escolar. Las diferentes estrategias didácticas que subyacen a estos programas, carentes de consenso social en muchos casos pero animadas algunas de ellas desde organismos internacionales como la OMS o UNESCO, revelan concepciones éticas sobre el sentido de la sexualidad no sólo divergentes entre sí, sino más bien contrapuestos en cuanto a sus puntos de partida, los medios y los objetivos a lograr, focalizados unos sobre métodos profilácticos-anticonceptivos y otros sobre abstinencia sexual y responsabilidad personal. Por ello, parece urgente conocer la evidencia científica subyacente

a cada planteamiento educativo así como los postulados éticos de cada propuesta pedagógica. En el presente trabajo se expone un esquema de programa formativo en sexualidad adolescente, desarrollado en seis puntos, respetuoso con las convicciones éticas individuales. Teniendo en cuenta que son quizá aún escasos los trabajos sobre temas de medicina preventiva que incluyen un análisis de valoración ética de los pasos seguidos en su desarrollo, el presente artículo propone también una valoración sistematizada sobre las estrategias de salud sexual en la comunidad que destaca cuatro pasos verificando los siguientes aspectos: 1) veracidad de la información, 2) nivel de evidencia, 3) eficiencia y 4) no maleficencia sobre la población diana del programa de salud diseñado. La metodología seguida en estos programas de salud sexual será otro de los aspectos que permitan comprobar su validez ética o, por el contrario, remarquen su ausencia de valores éticos o morales. Se enfatiza el deber de los diseñadores de programas dirigidos a menores de no realizarlos de espaldas o en contra de la voluntad de sus padres o tutores, para no encubrir el ocultamiento de información sensible y relevante.

Palabras clave: salud sexual, adolescencia, embarazos no deseados, educación sexual, campañas de prevención.

Abstract

In public health services, the interest in sexuality seems to be turning from traditional topics such as potential treatments for male erectile dysfunction, psychosomatic disorders, the control of premature ejaculation and contraception. Instead, an increasingly prominent role is being given to prevention strategies carried out by means of campaigns or through sexual health programmes in schools. The different teaching strategies that underlie these programmes, which in many cases lack social consensus but are often promoted by international organizations such as WHO or UNESCO, reveal not only divergent ethical conceptions and worldviews on the meaning of sexuality, but also conflicting starting points, means and goals, focusing either on barrier-contraceptive methods or on sexual abstinence and personal responsibility. There is therefore a pressing need to understand the scientific evidence underlying each educational approach and the ethical postulates of each pedagogical proposal. This paper presents an outline of a six-point adolescent sexuality education program, which is respectful of individuals' ethical convictions. Given that few works on preventive medicine issues include an ethical evaluation of the steps followed in their development, this article also proposes a systematic evaluation of strategies for sexual health in the community that is developed through four steps verifying the following aspects: 1) the accuracy of information, 2) the level of evidence, 3) efficiency and 4) non-maleficence about the target population of each health program. The methodology used in these sexual health programs is another aspect that will verify their ethical

consistence or, conversely, their absence of ethical values. We emphasize the duty of designers of programme for children not to carry them out against the will of their parents or tutors, and not conceal sensitive and relevant information.

Key words: sexual health, adolescence, unintended pregnancies, sexual education, prevention campaigns.

1. Introducción

En los últimos años, el impacto de la medicina preventiva y de la medicina basada en la evidencia ha cambiado drásticamente. Décadas de investigación han mostrado que existe una relación entre conocimientos, actitudes y conductas, pero que esta relación es pequeña. Así pues, las teorías tradicionales, que afirman que un cambio de conocimientos conduce a un cambio de actitudes y éste a un cambio de conductas, se han mostrado simplistas. Por un lado se considera que la conducta está condicionada por aspectos cognitivos (lo que sabemos y lo que pensamos afecta a la forma en que actuamos); por otro lado el conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir un cambio de conductas: las percepciones, la motivación, las habilidades y los factores sociales también juegan un papel fundamental¹.

En relación con esta apreciación, en el campo de la sexualidad, las recomendaciones de la OMS para intentar disminuir el número de embarazos no deseados y de

infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente el SIDA, han llevado al desarrollo de estrategias educativas en el ámbito escolar. Se han promovido así programas con énfasis en la promoción de la anticoncepción y el empleo consistente de métodos de barrera, especialmente el preservativo, y también se han desarrollado otros programas que se han focalizado sobre el valor de la espera, denominado comúnmente como abstinencia sexual (*Abstinence Only Education*). Adicionalmente, en algunos centros, se han aplicado programas de información mixta uniendo ambos conceptos bajo la denominación de *Abstinence Plus Education*.

Siendo este tema de una gran relevancia en cuanto que las intervenciones mencionadas intentan ser no sólo informativas sino también formativas, modelando las conciencias y el futuro comportamiento sexual de la población a la que van dirigidas (menores y adolescentes), llama la atención la escasez de referencias en la literatura especializada en bioética sobre las condiciones que este tipo de intervenciones deberían incluir para ser consideradas éticamente aceptables. Sin embargo, tal reflexión parece claramente necesaria teniendo en cuenta que la

1 Cabezas Peña MC. Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. Actualización en prevención y promoción de la salud. El Médico 9-12-2005. pp. 25-44.

autonomía de los receptores de estos mensajes se encuentra en entredicho, al ser menores de edad, y que la eficacia de estas intervenciones sigue siendo objeto de controversia².

2. Medicina preventiva y sexualidad

Se han desarrollado diversos modelos teóricos para analizar y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. Entre ellos, quizás uno de los más influyentes sea el propuesto por Stott y Davis³ en el que se postula que la relación médico-paciente debe abordar, al menos, cuatro aspectos: manejo de problemas de salud actuales, modificación de hábitos de búsqueda de ayuda, manejo de problemas crónicos y promoción de hábitos saludables. Este último aspecto a tratar ha llevado a que la medicina preventiva sea considerada parte integral de un correcto ejercicio de la práctica médica habitual⁴.

Sin embargo, no ha faltado también una actitud crítica hacia las consecuencias de un exceso de prevención, en cuanto a costes, iniciativas sin eficacia demostrada y sobrecarga asistencial no racional. De este modo, voces autorizadas han llamado la atención sobre una excesiva medicalización de la vida ordinaria y sobre si ciertas medidas de prevención

serían realmente éticamente justificables aunque sean técnicamente factibles^{5,6}. Por ello, análisis de efectividad de recomendaciones sobre diferentes aspectos de salud han considerado que algunas informaciones específicas serían únicamente eficientes cuando se dirigen a poblaciones de riesgo. En los casos en que la efectividad de una medida no está demostrada, se recomienda que la propuesta sea discutida en el marco individual de la relación médico-paciente explicitando la conveniencia de la intervención en base a los conocimientos disponibles, dando lugar así a actividades de asesoramiento (*counseling*) individualizado.

En el caso del ejercicio de la sexualidad, la aparición de un número creciente de ITS, abortos quirúrgicos y embarazos no deseados, con la carga socioeconómica que ello conlleva para la sociedad, ha inducido a los responsables de la sanidad pública a desarrollar estrategias de intervención preventiva, no sólo sobre adultos sino también sobre menores en edad escolar aunque no siempre haya datos para considerar a esta población como responsable de prácticas de riesgo. En España, según datos del Ministerio de Sanidad sobre la interrupción voluntaria del embarazo⁷, sólo un 5,2% de estos actos

2 Jara J, Alonso E. Ética y eficacia de las campañas de salud sexual. Cuadernos de Bioética 2008; 19 (1): 81-93.

3 Stott NCH, Davis RH: The exceptional potential in each primary care consultation. JR Coll Gen Pract 1979; 29: 201-05.

4 Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ 2003; 327: 498-500.

5 Hart G, Wellings K. Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. BMJ 2002; 324: 896-900.

6 Smith R. Too much medicine? (editorial). BMJ 2002; 324: 859-860.

7 Ministerio de Sanidad. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos correspondientes a 2008. Disponible en <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/04/23/informe-ive-2007/> (entrada 16/09/2010).

quirúrgicos fueron realizados en menores de 18 años, mientras que un 44% fueron llevadas a cabo entre la población inmigrante de cualquier edad.

Algo similar se comenta en el informe de ONUSIDA (Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) correspondiente a 2009⁸ sobre la transmisión del virus VIH, la cual se encuentra aumentada porcentualmente en poblaciones específicas como los homosexuales y otros grupos «de riesgo», como el mundo de la prostitución y el de las drogas administradas por vía parenteral con jeringuillas compartidas. Por eso, este organismo de la ONU en su informe recomienda reorientar los mensajes destinados al común de la población, y enfocarlos a los grupos más expuestos a esta infección.

3. Propuestas de organismos internacionales

3.1. La Guía UNESCO de Educación Sexual

Respecto a los recientes cambios de dirección en los organismos internacionales, es de destacar por sus posibles repercusiones la *Guía de Educación Sexual para la Autoafirmación de los Jóvenes*⁹, elaborada por UNESCO y dada a conocer en 2009, con el asesoramiento de UNICEF, la

Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (PAHO), y el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (FNUAP-UNFPA). Este documento, también denominado *Directrices Internacionales para la Educación Sexual*, separa a los niños en cuatro grupos de edad: de 5 a 8 años, de 9 a 12 años, de 12 a 15 años y de 15 a 18 años. A partir de los 5 años, partiendo de una antropología que sólo entiende la sexualidad como búsqueda de placer sensual, se aconseja a los educadores la iniciación de los menores en técnicas de masturbación, así como la mentalización en «los roles de género y en los estereotipos de género», es decir la visión acrítica de la libre orientación sexual.

En el grupo de niños de 9 a 12 años, la directriz afirma que éstos deberán ser instruidos sobre los «efectos positivos y negativos de los afrodisíacos» en un contexto de relativismo sexual. Finalmente, a los 12 años, profundizarán en las «razones para abortar», consideradas globalmente como violencia de género, para llegar a los 15 años asumiendo «el derecho al aborto y el derecho al acceso al aborto seguro».

Este planteamiento educativo puede ser considerado como un ejemplo de ruptura con las convicciones morales de un sector de la sociedad, que no aceptaría de buen grado que se antepongan las elecciones personales al respeto debido a la vida antenatal, entre otras ideas también de alta sensibilidad moral. Además, en nuestro país, la puerta abierta a que la sexualidad sea tratada por agentes sociales externos a los centros escolares ha lle-

8 Informe ONUSIDA 2009: AIDS Epidemic Update 2009 <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>

9 UNESCO. International Guidelines on Sexuality Education: An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education; UN News, 27-08-2009; Family Edge, 31-08-2009.

vado también a que colectivos en defensa de la homosexualidad o la bisexualidad elaboren sus propios materiales didácticos¹⁰ y participen en programas escolares promocionando su propia visión de la «diversidad afectivo-sexual» entre los menores.

3.2. *Las Guías de la Asociación Médica Americana (AMA)*

Frente a estas directrices pedagógicas, que podrían considerarse excesivamente unidireccionales o sesgadas por intereses ideológicos, la American Medical Association propone en sus Guías *Points for parents about Teens and Sex*¹¹ un abordaje de la sexualidad de carácter multifactorial, en el que se anima a los padres, como primeros responsables de la educación de sus hijos, a transmitir sus valores propios de modo abierto. Así, entre los puntos propuestos, el nº 4 menciona: «Comparte tus valores sobre el sexo. Si crees que una persona no debería mantener relaciones sexuales hasta el matrimonio, dilo así». Más adelante esta guía también aconseja: «Reafirma a tu adolescente que no todas las personas de su edad están teniendo sexo y que es correcto mantenerse virgen. La decisión de ser sexualmente activo es demasiado importante para estar basada en lo que otras personas piensan o hacen». Este planteamiento, que algunos

considerarían moralista, simplemente busca mantener conversaciones abiertas, sin encasillamientos previos de ideas, aportando la propia experiencia vital y buscando, desde el punto de vista sanitario, la promoción de conductas saludables y una implicación correcta de los padres en la educación de los miembros más jóvenes de la sociedad.

4. Enfoques de programas educativos

4.1. *Tipos de propuestas divergentes*

Aunque sería deseable que la educación sexual pudiera ser ofertada en el ámbito educativo desde una estricta neutralidad, lo cierto es que el campo de la moral sexual no es sujeto de consenso social sino de absoluto enfrentamiento en los postulados éticos con que los ciudadanos, en uso de su libertad, edifican su vida, pudiéndose decir que existen *dos cosmovisiones opuestas* de cómo debe vivirse la sexualidad:

Por un lado, en el ámbito de las convenciones, el ejercicio de la sexualidad puede verse unido por parte de muchas personas al de la «educación para los compromisos estables», enfatizándose la prioridad del amor y los compromisos como sentimiento y voluntad que debe guiar la relación interpersonal. Esta vivencia, que marca intrínsecamente multitud de decisiones personales, va unida a la transmisión de valores muy concretos: autodominio, fidelidad, comprensión, lealtad, apertura a la transmisión de la vida volcando la propia afectividad en los hijos y asumiendo nuevos compromisos y

10 Unidad Didáctica Proyecto de lucha contra la homofobia en el ámbito escolar. <http://www.cogam.es/documentos> (entrada 01/04/2010)

11 Unidad Didáctica Proyecto de lucha contra la homofobia en el ámbito escolar. <http://www.cogam.es/documentos> (entrada 01/04/2010)

renuncias personales, etc, lo que supone referencias continuas al mundo de los valores. Este tipo de educación, al ir unida a la edificación del carácter, es más propia de ser transmitida en la relación personal de confianza entre padres e hijos.

Por otra parte, otra visión de la sexualidad es la que se entiende de modo principal como «*educación para la independencia sexual*», teniendo como objeto principal los aspectos de placer en el ejercicio del sexo, minimizando riesgos de embarazo o de adquisición de enfermedades transmisibles por vía genital, enfatizando el conocimiento de las medidas de anticoncepción y la búsqueda de experiencias gratificantes, bien a través del propio cuerpo o a través de relaciones interpersonales que no tienen porqué ser necesariamente monógamas, centrándose en sus aspectos lúdicos y sin referencia a compromisos implícitos ni explícitos. El énfasis en esta concepción del sexo estaría en la autorrealización personal y en el ejercicio de la libertad rehusando referentes religiosos o morales. Dentro de este enfoque no habría más motivos que la propia arbitrariedad para rehusar la experiencia de relaciones bisexuales o con personas del mismo sexo, ya que la relación sexual se justificaría por sí sola en cuanto búsqueda única y exclusivamente de placer corporal o de nuevas experiencias.

Ambas convicciones, por tanto, se muestran como contrapuestas entre sí. Teniendo en cuenta que nadie debería obligar a otra persona a comportarse de modo contrario a sus convicciones en lo que afecta a su propia vida, sin perjuicio

de otros, el Estado no puede legítimamente considerarse como depositario de ninguna de ellas incorporando una u otra de estas opiniones a sus competencias educativas, ya que, pertenecen al ámbito de libre discusión e intercambio de ideas de los ciudadanos. Esto fundamentaría, por tanto, la necesidad de salvaguardar la neutralidad ideológica del Estado ante ambas cosmovisiones.

4.2. Puntos de partida

Sin embargo, no son pocas las noticias que se difunden en los medios sobre programas educativos dirigidos a adolescentes o incluso a menores en los que el punto de partida es la banalización de la sexualidad. Este abordaje inicial del tema se intenta justificar por diferentes agentes sociales como una desdramatización que ayudaría la posterior comunicación con los menores pero, en sí, en muchos casos constituye un atropello sobre las conciencias aún en formación de los receptores de ese tipo de mensajes. La invitación a gestos de claro componente erótico en juegos y simulaciones suponen una intromisión en el mundo de valores de los jóvenes que se realiza como propuesta lúdica a espaldas incluso de los responsables educativos de los centros a los que se invita amablemente a abandonar el aula.

4.3. Metodología empleada

Los medios utilizados en esos programas educativos consisten comúnmente en la distribución masiva de preservativos y en una instrucción dirigida a ambos sexos

sobre cómo utilizarlo correctamente. Los programas más elaborados incluyen información sobre anticoncepción para las jóvenes, aunque suele simplificarse esta parte aconsejándolas simplemente que visiten a su responsable de salud más cercano. No se suele hablar de la posibilidad de fallo de los diversos métodos anticonceptivos, ni de que el preservativo no protege absolutamente de la transmisión de ITS, presentando ambas medidas con una eficacia que los menores entienden que es del cien por cien, al referirse a ellas con la terminología de «sexo seguro». Tampoco suele haber ningún enfoque sobre las ayudas disponibles ante la posibilidad de un embarazo no deseado a pesar de haber utilizado las medidas antiprocreativas señaladas, ni referencias al drama del aborto y las repercusiones psíquicas que éste puede ocasionar, ni mucho menos a la naturaleza del hecho que supone acabar con una vida en gestación.

4.4. Resultados finales

Respecto a los resultados que finalmente se quieren conseguir, la mayor parte de los programas expuestos a personal de enfermería o voluntarios que aceptan participar en ellos, suelen centrarse exclusivamente en la disminución de embarazos adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual con mención especial a la epidemia del SIDA. Con esto se restringe el mensaje a la consideración del acto sexual como mero acto lúdico que conlleva unos riesgos que hay que intentar evitar. Si los riesgos aparecen, la salida sería, en el caso de las mujeres,

el recurso a la «píldora del día después» o al aborto legalizado presentado como un derecho más. La propuesta de amor duradero y de compromisos, la reflexión sobre lo que significa el enamoramiento, quedan ausentes de estas propuestas pedagógicas sesgadas, ya que se etiquetan como «mensaje moralista».

Las personas que participan en la impartición de programas en los que lo biológico es enfatizado frente a lo afectivo quizás no son conscientes de que están también transmitiendo una visión moral muy particular de la sexualidad, donde la promiscuidad se presenta con carta de ciudadanía y la infidelidad y la búsqueda de sí mismo quedan instaladas en la mente de los menores que escuchan este tipo de mensajes, en los que la palabra «amor» queda relegada a un concepto ambiguo, no unido al compromiso y sin ninguna relevancia, lo que puede tener pésimas consecuencias en el desarrollo afectivo de los jóvenes y de sus posteriores relaciones de pareja.

5. Propuesta de programa formativo

Debido a esto, un programa formativo en materia sexual debería tener siempre en cuenta el respeto a la pluralidad de los receptores del mensaje. Esa pluralidad va más allá de las diferentes sensibilidades y convicciones morales individuales. Incluye también las diferentes situaciones vivenciales de cada cual. En un aula puede haber menores que vivan en un entorno de familia desestructurada y otros en el que los valores familiares se hayan asumido como lo más deseable.

La transmisión de valores por parte de padres y educadores puede ser también muy desigual. Algunos progenitores agradecerán la ayuda prestada con un programa formativo y otros preferirían tratar estos temas ellos mismos con sus hijos ya que se sienten capacitados para ello y motivados para hacerlo. Por eso, la primera premisa de un programa de educación afectivo-sexual debería ser la voluntariedad.

El segundo aspecto para favorecer una libre decisión por parte de padres y educadores tendría que ser la explicitación de contenidos previamente a desarrollar el tema, que no puede presentarse como una caja de sorpresas. Éticamente, para no violentar conciencias, se hace imprescindible la elaboración de borradores o esquemas que aclaren el contenido y la metodología que se va a seguir con los menores. No hacerlo así podría convertir el contexto formativo en una fuente de situaciones embarazosas con los responsables de los menores.

Como tercer aspecto, se debería valorar la edad de la población diana a la que va dirigida la estrategia formativa.

— En la pre-pubertad (10-13 años), la formación inicial sobre sexualidad se encuentra en las clases que se imparten en áreas específicas de asignaturas comunes donde se habla de la reproducción humana, debiéndose intentar implicar a los padres desde el principio en esa tarea. También es útil el aprendizaje de la comunicación (empatía, saber dialogar, no herir los sentimientos, comprensión y valoración positiva del sexo contrario, entrenamiento para la convivencia).

— En la pubertad (14-15 años), la orientación formativa puede encaminarse preferentemente hacia la educación del carácter en las relaciones interpersonales (superación de dificultades, autoestima, apoyo mutuo, voluntad, comprensión, paciencia, constancia), la diversificación de opciones de diversión saludables (calidad del tiempo libre, motivación, aficiones), la necesidad de límites y de autocontrol frente a la diversificación de propuestas de riesgo (alcohol, tabaco, sexo, drogas...), potenciar la propia personalidad dentro del grupo (responsabilidad, decisiones personales, necesidad de reflexión) y la educación de los impulsos. Todo ello expuesto con una actitud de apertura a preguntas que, generalmente, se suscitarán por los cambios fisiológicos que se presentan en esa edad.

— En cambio, en la adolescencia tardía (16-18 años), las inquietudes más frecuentes pueden derivar hacia el significado del enamoramiento, los conflictos afectivos que suscita la relación de pareja, las consecuencias de las relaciones sexuales y el sistema de valores que entra en juego en una relación interpersonal responsable.

Una vez aclarados los puntos de partida, un esquema respetuoso con las diferentes éticas individuales podría seguir los siguientes apartados:

1. *Recuerdo de las diferencias entre los sexos.*
En este punto preliminar se puede insistir no sólo en las diferencias anatómicas o fisiológicas que condicionan el diferente papel en el rol de la reproducción sino también en las diferencias psicológicas que influirán en un enfoque comprensivo del otro

sexo y en la necesidad de aprender a reconocer, valorar y apreciar las diferencias objetivas neurológicas, psicológicas y también orgánicas que presentan ambos sexos, orientándolas hacia el respeto y la aportación original de cada uno, para posibilitar una sana convivencia familiar y social.

2. *Análisis de la realidad*, mostrando que hay parejas que son felices en su relación y otras que no lo son. Partiendo de esta premisa, fácilmente objetivable, se pueden evaluar las causas de fracaso de la convivencia analizando decisiones con fuerte carga moral (traiciones, abandonos, situaciones de maltrato,...) identificándolas como situaciones no deseables, y plantear objetivos a largo plazo, no sólo a corto plazo como suelen ser las relaciones entre adolescentes, fomentando el deseo de encontrar un relación interpersonal que favorezca un desarrollo afectivo y personal adecuado.
3. Complementariamente, se puede trabajar en la *resolución de conflictos* aprendiendo a respetar las diferencias y no herirse. Evitar lo negativo y promover lo positivo de la relación entre ambos sexos a través de ejemplos de vida y reflexiones personales aportadas por los propios receptores del mensaje.
4. *Evaluación de propuestas morales sobre la vivencia sexual*. Esto incluirá poner de manifiesto los dos modelos básicos de entender la sexualidad: sin compromisos (relaciones secuenciales como expresión de libertad y búsqueda de placer) o con compromisos (sexualidad orientada a la creación de

lazos estables y de un compromiso afectivo). En este último modelo se suelen incluir aspectos como el valor de la espera para no mantener relaciones prematrimoniales, valorando la sexualidad como un don de sí mismo, la elección de un amor exclusivo y excluyente y el refuerzo de la autoestima para no prestarse a ser manipulado/a o utilizado/a por otros.

5. La *interconexión entre sexualidad y procreación* debe ser mostrada claramente y de un modo positivo, ya que forma parte de la vivencia humana. Por ello además de comentar la existencia de los diferentes recursos de anticoncepción, no siendo indiferente la carga moral que puede conllevar cada uno, se debería mencionar la existencia de métodos naturales de planificación familiar de eficacia probada, como información objetivamente contrastable.
6. *Imaginar el futuro*. Puesto que el objetivo final de estos planes de formación se dirige a lograr un desarrollo armónico de la sexualidad, se puede invitar a los receptores del mensaje a elaborar la imagen de la pareja ideal que uno se merece, enfatizando como postulado final las condiciones para el éxito: la necesidad de esfuerzo, la coherencia con los propios ideales y tener claro el proyecto vital.

Este abordaje integral de la sexualidad conllevará mayor esfuerzo pedagógico que el simplista de repartir preservativos reduciendo la sexualidad a mera genitalidad, pero puede ser el que se muestre más conforme a una educación afectiva en el que los propios valores sean inte-

rriorizados por los jóvenes libremente. De hecho, se presenta como una propuesta básica que respeta primordialmente la ética personal.

6. Análisis ético de estrategias preventivas en sexualidad

Desde un punto de vista ético o moral, la medicina preventiva –entendida como las iniciativas encaminadas a mejorar la salud de las personas en una situación de ausencia de síntomas específicos– es fundamentalmente diferente de la medicina curativa, la cual se dirige a pacientes que buscan por propia iniciativa, o necesitan de algún modo, atención médica. Estos dos enfoques de la práctica asistencial implican diferentes modos de actuación y también tienen diferentes efectos sobre los individuos cuyas vidas intentan modificar. En el campo concreto de la salud sexual, el análisis específico sobre la consistencia ética de las actuaciones propuestas sobre menores en edad escolar debería ir más allá de la eficacia esperable, aunque este aspecto no deba ser tampoco soslayado. En concreto, se debería tener en cuenta la influenciabilidad de la población a la que nos estamos dirigiendo y la autoridad moral concedida a quien se presenta ante sus ojos como un adulto experto en esa materia.

Por ello, básicamente, un análisis sobre la ética subyacente a una estrategia de medicina preventiva en materia sexual debería incluir valoraciones concretas sobre 1) veracidad de la información transmitida, 2) nivel de evidencia que sustenta las actuaciones preventivas propuestas, 3)

eficiencia esperable y 4) no maleficencia resultante de las actuaciones realizadas.

1) Veracidad de la información

Los mensajes dirigidos a preservar o mejorar la salud, si no son veraces, pueden ser calificados como «publicidad engañosa». En España, es muy importante reseñar que en ninguna de las campañas llevadas a cabo hasta la fecha se han seguido las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA 2007, respecto a utilizar el término de «sexo más seguro», y evitar el término de «sexo seguro». Esta distinción es básica para que los receptores del mensaje entiendan que el uso de preservativos solo reduce el riesgo de adquisición de infecciones de transmisión sexual, pero no las evita al cien por cien. Respecto a la posibilidad de adquisición del VIH en relaciones protegidas, la recomendación de ONUSIDA¹² menciona: *«Es preferible usar el término «relaciones sexuales más seguras», ya que «relaciones sexuales seguras» puede implicar una seguridad completa. Las relaciones sexuales son ciento por ciento seguras, es decir, que no son el vehículo de transmisión del VIH, cuando los dos miembros de la pareja conocen su estado serológico VIH-negativo y ninguno de ellos se encuentra en el período silente que va de la exposición al VIH a la aparición de anticuerpos contra el VIH detectables mediante la prueba del VIH. En otras circunstancias, la reducción del número de parejas, y el uso*

12 ONUSIDA: Orientaciones terminológicas 2007. Disponible en https://intranet.who.int/homes/whp/write_edit/topics/who_style_guide.shtml (entrada 16/09/2010)

correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos, pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH».

Esta concreta eficacia de los métodos de barrera en el control de las ITS es diferente según el microorganismo transmisible, como recuerda Jokin de Irala¹³. La Colaboración Cochrane, organismo referente de medicina basada en la evidencia, cifra en un 80% la reducción de riesgo relativo que proporciona el preservativo respecto a la posibilidad de contagio del VIH, agente causal de la epidemia del SIDA¹⁴.

2) Nivel de evidencia

Las estrategias de salud sexual en el ámbito educativo suelen ser presentadas a la opinión pública como actuaciones ineludibles para lograr los conocimientos que ayuden a los adolescentes a disminuir la posibilidad de adquirir ITS y embarazos no deseados, consiguiéndose así también reducir el número de abortos quirúrgicos. Por contraste, acudiendo a las recomendaciones del *Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI)*, una guía de práctica clínica que es producto de más de 55 organizaciones sanitarias de Estados Unidos de carácter independiente y objetivo, encontramos que se adjudica el nivel III (evidencia incompleta) para las intervenciones de asesoramiento sobre la

prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual¹⁵.

Adicionalmente, las Guías de práctica clínica de la *Agency for Health Care Research* de Estados Unidos mencionan igualmente que hay pocos estudios controlados respecto al papel del asesoramiento clínico en esta materia y se mantienen las incógnitas sobre la efectividad de estas actuaciones a largo plazo¹⁶.

Por otra parte, contrariamente a lo que en nuestro país se suele pensar, la propuesta de abstinencia sexual, como un ítem más, aparece incluida en estas guías de recomendaciones sobre estrategias de prevención revisadas, ya que no se le adjudica un carácter moralista sino exclusivamente un enfoque sanitario más, dirigido a retrasar el inicio de las relaciones sexuales como factor de protección. Así, disminuyendo el número total de intercambios sexuales y haciéndolos coincidir con una etapa de mayor maduración afectiva y de control de los propios impulsos, se considera que las decisiones tomadas y las actitudes derivadas de esas decisiones serán más conscientes y responsables, con la consiguiente repercusión positiva sobre la salud pública.

13 De Irala J, Hanley M, López C. Propóntelo, propóntelo. Evitar el Sida. EIUNSA. Madrid. 2006.

14 Weller SC, Davis-Beaty K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. The Cochrane Collaboration Reviews. Disponible en <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003255.html>

15 Institute for Clinical Systems Improvements. http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html (entrada 16/09/2010)

16 AHRQ. Guide to Clinical Preventive Services, 2009 Infectious diseases. <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd09/gcp09s2b.htm#STI> (entrada 16/09/2010)

3) Eficiencia esperable

La eficiencia se define como la eficacia resultante de una actuación en relación con el consumo de recursos necesario para lograr ese resultado. Por ello, al implantar cualquier medida de salud pública se hace imprescindible valorar experiencias similares, para justificar así la eficacia esperable teniendo en cuenta que toda actividad preventiva conllevará un gasto asociado y la utilización de recursos tanto materiales como humanos. Con respecto a esto, quizás el más exhaustivo meta-análisis sobre efectividad de la educación sexual a nivel escolar sea el realizado por DiCenso y cols, publicado en el *British Medical Journal*¹⁷ y realizado sobre 26 estudios llevados a cabo en EEUU, Australia, Nueva Zelanda y Europa, encontrándose que las estrategias de prevención realizadas hasta ahora, mediante educación directa impartida en centros escolares, no han logrado que las jóvenes retrasen las relaciones sexuales ni que se disminuya el índice de embarazos. En EEUU los programas de educación sexual basados en contracepción han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes¹⁸. En Canadá, donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en EEUU, las ITS y las tasas de embarazos

continúan siendo estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no están funcionando¹⁹. En Suecia, la educación sexual de carácter obligatorio comienza desde edades tempranas y existe atención sanitaria pública dirigida específicamente a adolescentes, Incluso así, las tasas de embarazos y de ITS persisten sin haberse logrado mejoras significativamente considerables. Más aún, a pesar de un extenso programa de educación sexual reforzando las recomendaciones sobre uso de preservativos, su uso sigue sin ser mayoritariamente aceptado por los adolescentes²⁰.

4) No maleficencia de la intervención

La posible maleficencia de estas intervenciones, al contrario que otras intervenciones sobre adultos, no puede ser desdeñada a priori. En Salud Pública, se ha denominado «fenómeno de compensación del riesgo» al efecto ocasionado por actuaciones que reducen la percepción del riesgo de la población, produciéndose el efecto inverso del deseado, al dar lugar a una falsa sensación de seguridad con las medidas preventivas invocadas.

En el ámbito de las propuestas sobre empleo de preservativos, anticoncepción o recurso a la «píldora del día después», se ha postulado que, según el diseño y el

17 DiCenso A, Guyatt G, Wilan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2002; 324: 1426-35.

18 Scout JW, Rivara FP. Schools and sex education: does it work?. *Pediatrics* 1989; 83: 375-79.

19 Powell MG. The STD epidemic in Canada: primary prevention must play a greater role. *Can J Obstet Gynecol Women Health Care* 1993; 5: 399-402.

20 Persson E, Jaribro G. Sexual behaviour among youth clinic visitors in Sweden: knowledge and experiences in an HIV perspective. *Genitourin Med* 1992; 68: 26-31.

estilo de comunicación, estas actuaciones pueden inducir una no deseada precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y un aumento del número de encuentros sexuales produciéndose un también denominado efecto *boomerang*, ya que la herramienta de medicina preventiva utilizada, además de no dar en el blanco, se vuelve contra los propios promotores de la iniciativa.

De hecho, en Suiza, el hecho de que un número sustancial de adolescentes contrajeran el HIV a tan temprana edad llevó a una campaña focalizada en conductas de «sexo más seguro» pero no a posponer las relaciones sexuales como es habitual en nuestro entorno europeo. Después de 3 años desde la iniciación de ese programa educativo, el porcentaje de adolescentes de 16 años que mantienen relaciones sexuales completas se ha incrementado desde un 36% inicial a un 57% en mujeres y desde un 58% a un 63% en los varones. En ese estudio, aunque el número de adolescentes que dijeron que usaban preservativos se había incrementado, los investigadores observaron que la proporción de adolescentes que los usaban regularmente seguía siendo baja²¹.

En esta misma línea podría situarse el ya mencionado Informe publicado por ONUSIDA, en Noviembre 2009²². En él se afirma que «el sexo entre hombres cons-

tituye el principal modo de transmisión en Norteamérica y en la Unión Europea». Por países, los nuevos casos de SIDA por vía homosexual han crecido más del 50% entre 2003 y 2006. En el Reino Unido este incremento es del 74% entre 2000 y 2007. La tasa roza el 40% durante el mismo periodo para la media de Europa. Según esta agencia de la ONU, el incremento de contagios homosexuales parece deberse «al aumento de prácticas sexuales de riesgo». Simultáneamente, también se detecta un «elevado aumento en los diagnósticos de otras enfermedades de transmisión sexual» dentro del grupo de homosexuales activos.

Más recientemente, otro estudio publicado en *The Lancet ID*²³ encuentra de modo similar que, en Francia, el riesgo de contraer el virus del SIDA es actualmente más de 100 veces superior entre homosexuales que entre heterosexuales. La mitad de los nuevos casos de infección por el virus del SIDA se dan entre los primeros y la incidencia encontrada es de más de 6.000 nuevos casos de infectados al año, a pesar de que esta población específica es de suponer que conoce perfectamente las recomendaciones sobre empleo de medidas de barrera. Por tanto, el problema no parece estar en una falta de información sino que más bien habría que buscarlo a otros niveles.

21 Hausser D, Michaud PA. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behavior among adolescents?. *Pediatrics* 1994; 93: 580-85.

22 Informe ONUSIDA 2009: AIDS Epidemic Update 2009. op. cit. 8.

23 Le Vu S, Strat YL, Francis Barin F, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis.

<http://www.thelancet.com/infection>
DOI:10.1016/S1473-3099(10)70167-5 (entrada 9/09/2010)

7. Conclusiones

Por todo lo mencionado, las intervenciones preventivas sobre salud sexual dirigidas a menores de edad no pueden ser consideradas inocentes *a priori* y su eficacia se encuentra aún en duda, adjudicándose a los resultados de los programas educativos en esta materia un nivel de evidencia III (eficacia sin confirmar). En base a esto, dichas estrategias deberían ser consideradas como experimentales sobre la población a la que van dirigidas, ya que los menores no parecen ser capaces de decidir sobre ellas en base a su limitada competencia y parcial capacidad de autonomía.

El modo de transmitir la información, además de los contenidos, conlleva una

gran carga ética, que presumiblemente influirá en los comportamientos sexuales posteriores de los receptores de estos mensajes, pudiendo pasar la sexualidad a ser considerada como un simple método de obtención de placer corporal en el que lo más importante es evitar el riesgo de embarazos imprevistos o el contagio de infecciones. Esta desvalorización de la relación sexual podría dar lugar a conflictos posteriores en la relación de pareja, al favorecer un ejercicio de la sexualidad centrado en sí mismo en lugar de focalizarlo en el intercambio de afectos más propio de una auténtica relación interpersonal.

Recibido: 17.10.2010
Aceptado: 05.02.2011

