Salud Sexual para el Milenio

Declaración y documento técnico

WAS
WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Salud Sexual para el Milenio
Declaración y documento técnico

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

"Salud Sexual para el Milenio"
Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-33078-4

I. Título
1. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO
2. PLANIFICACIÓN EN SALUD – métodos
3. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – prevención y control
4. PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD – normas
5. EDUCACIÓN SEXUAL
6. VIOLENCIA SEXUAL
7. PROMOCIÓN DE LA SALUD

NLM WC142

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones.

Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de VIH/SIDA, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y
reimpresiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2009

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

Más información: http://www.paho.org

Cláusula de descargo de responsabilidad

Este documento es el resultado de un proceso de consulta y perfeccionamiento efectuado por la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). No se trata de una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); aunque se reconoce la participación de la OPS, el contenido de esta publicación es responsabilidad de la WAS.

Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico es una publicación de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) realizada con el apoyo financiero de la Fundación Ford. Favor de citar este documento como:

World Association for Sexual Health. (2008). Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico. Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health.

Esta publicación puede ser utilizada para actividades académicas y de desarrollo programático, sólo puede ser reproducida con estos fines. Es obligatorio citar la fuente en cualquier tipo de reproducción. En ningún caso podrá utilizarse esta publicación con fines comerciales.

TABLA DE CONTENIDOS

Cláusula de descargo de responsabilidad iii

TABLA DE CONTENIDOS iv

SINOPSIS 1

1. Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos 3

2. Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género 3

3. Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad 4

4. Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad 5

5. Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual 5

6. Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 6

7. Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales 7

8. Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total 8

Conclusión 8

SALUD SEXUAL PARA EL MILENIO: INTRODUCCIÓN 11

Reconocimiento de la importancia de abordar la sexualidad y la salud sexual como elementos clave para comprender los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas 12

Salud Sexual para el Milenio refleja los últimos adelantos técnicos en la ciencia de promoción de la salud sexual 17

Conclusión 20

Referencias 21

RECONOCER, PROMOVER, GARANTIZAR Y PROTEGER LOS DERECHOS SEXUALES PARA TODOS 23

Introducción 23

Algunos obstáculos que deben superarse en torno a los derechos sexuales 25

Barreras religiosas y otras barreras de tipo cultural 25

Inquietudes teóricas 26

La necesidad de contar con derechos sexuales 27

A) La necesidad de autonomía en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva 27

B) La necesidad de garantizar la libertad para buscar, suministrar y recibir información y educación sobre salud sexual 28

C) La necesidad de proteger a las personas contra la violencia y la violación de la integridad física 29

D) La necesidad de garantizar la autodeterminación y la autonomía en la toma de decisiones sexuales 30

E) La necesidad de reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos a fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 32

F) La necesidad de leyes y políticas de protección 33

G) La necesidad de derechos positivos y condiciones propicias 34
Superar las complejidades y los retos relativos a los derechos sexuales 36
El reto de ampliar el ámbito de un enfoque basado en los derechos 36
El reto de formular y establecer un método para el logro del consenso internacional 38
Conclusiones 39
Acciones necesarias 40
Referencias 41

AVANZAR HACIA LA IGUALDAD Y LA EQUIDAD DE GÉNERO 49
Introducción 49
El desequilibrio de poder: los guiones sexuales representan la desigualdad de género 52
La promoción de una sexualidad con equidad de género. 55
Conclusiones: promoción del cambio a todos los niveles de la sociedad 56
Acciones necesarias 58
Referencias 59

CONDENAR, COMBATIR Y REDUCIR TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD 61
Introducción 61
La función de la reducción de la violencia sexual para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 62
Definición de la violencia sexual 63
Prevalencia de la violencia sexual 64
Abuso sexual de niños e iniciación sexual forzada 65
Agresión sexual o violación 65
La violencia sexual como un arma de guerra 65
La violencia sexual por las parejas íntimas 66
La trata de personas y la prostitución forzada 66
La mutilación genital femenina 66
Las consecuencias de la violencia sexual 67
Consecuencias físicas 67
Salud mental y consecuencias psicosociales 67
Violencia sexual e infección por el VIH/sida 68
Violencia sexual y embarazo no deseado 68
El contexto y las causas fundamentales de la violencia sexual 69
Estrategias para reducir y eliminar la violencia sexual 69
Acción y promoción de la causa a nivel internacional y nacional 69
Acciones de los sectores de la salud y la educación 71
Acciones comunitarias 71
Acciones necesarias 72
Referencias 76

PROVEER ACCESO UNIVERSAL A LA INFORMACIÓN COMPLETA Y EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD 75
Introducción 75
Educación integral de la sexualidad en el contexto de la diversidad sexual mundial 77
Los derechos humanos y sexuales 78
Alcance 79

La educación de la sexualidad basada en la evidencia. 81
Acciones necesarias 83
Referencias 84

ASEGURAR QUE LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA RECONOZCAN EL CARÁCTER CENTRAL DE LA SALUD SEXUAL 87
Introducción 87
El reconocimiento de que el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es esencial para el desarrollo mundial 88
La falta de vinculación entre la atención de salud reproductiva y un enfoque positivo frente a la sexualidad 91
Volver a colocar a la sexualidad en la salud sexual y reproductiva 93
Conclusiones 94
Acciones necesarias 95
Referencias 96

DETENER Y REVERTIR LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 99
Introducción 99
La infección por el VIH: las cifras narran la historia 100
Las infecciones de transmisión sexual: un problema de salud mundial considerable, pero que suele descuidarse 101
La prevención de la infección por el VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual: un requisito para el desarrollo mundial 102
Las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH y los Objetivos de Desarrollo del Milenio 102
Las intervenciones de prevención de las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH son eficaces en función de los costos 102
Las intervenciones basadas en la evidencia para la prevención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 103
Se necesitan múltiples estrategias de prevención 103
Las intervenciones para la reducción de los riesgos sexuales se encuentran en el centro de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH 104
La necesidad de contar con intervenciones y programas eficaces de prevención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en el mundo en desarrollo 106
A) La necesidad de garantizar el acceso amplio a intervenciones eficaces 106
B) La necesidad de aumentar el acceso a los condones 107
C) La necesidad de contar con financiamiento suficiente para la programación de prevención de las ITS y la infección por el VIH que respete el derecho a la toma de decisiones informada 108
D) La necesidad de reducir y eliminar la desigualdad social relacionada con la orientación sexual y el género 111
Acciones necesarias 112
Referencias 116

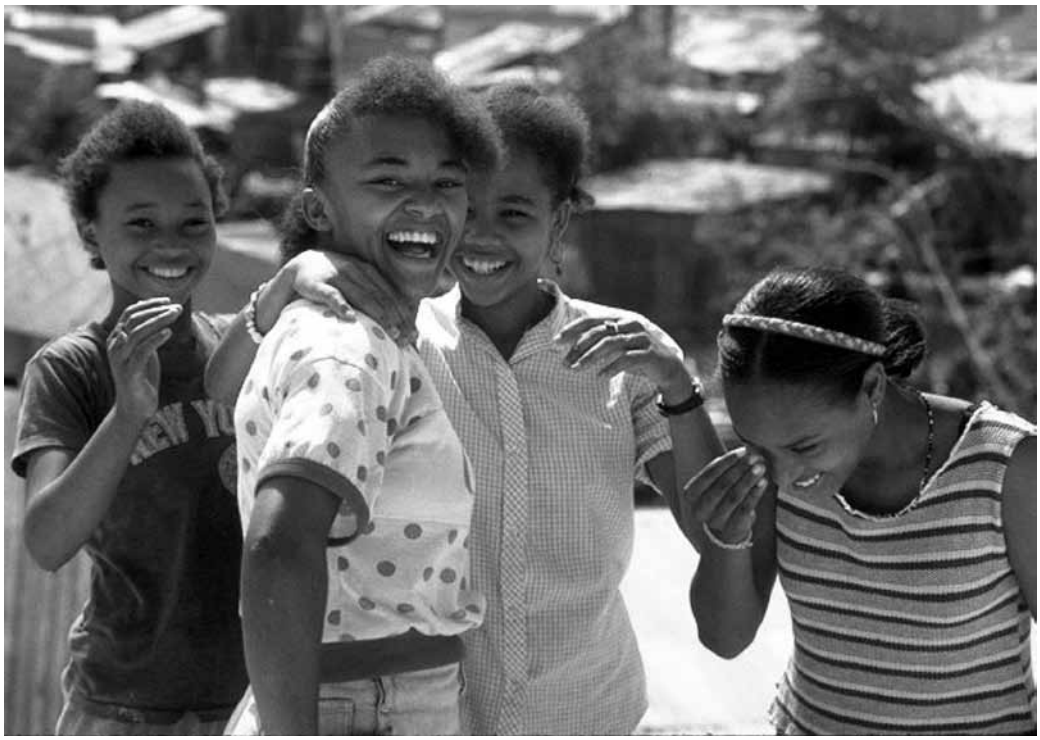
IDENTIFICAR, ABORDAR Y TRATAR LAS PREOCUPACIONES, LAS DISFUNCIONES Y LOS TRASTORNOS SEXUALES 119
Introducción 119
El vínculo entre la función sexual y la salud y el bienestar generales 120
La prevalencia de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales 122
Las preocupaciones sexuales 122
Las disfunciones sexuales 123
Los trastornos sexuales 124
Los trastornos relacionados con la identidad de género 126
La educación y el tratamiento eficaz de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales 127
Acciones necesarias 130
Referencias 131

LOGRAR EL RECONOCIMIENTO DEL PLACER SEXUAL COMO UN COMPONENTE DE LA SALUD Y EL BIENESTAR TOTAL 135
Introducción 135
El placer sexual en su contexto histórico 137
El placer sexual es necesario y contribuye al bienestar, a la felicidad y a la salud 140
La lucha actual para incorporar los derechos sexuales positivos en los programas de promoción de salud sexual 141
La necesidad de un postulado sobre el deseo y el placer en los programas de educación de salud sexual para jóvenes y personas con discapacidades 143
Conclusiones 144
Acciones necesarias 144
Referencias 145

Descripción de la Asociación Mundial para la Salud Sexual 147
Actividades 147
Congresos mundiales de salud sexual 148
Formación de redes 148
Intercambio Cultural y Promoción de la Salud Sexual 148
Declaraciones de posición de la WAS 148
Autoridades actuales 149
Membros de la WAS 150
Federaciones regionales WAS 150
Organizaciones Internacionales 150
Sociedades Nacionales 150
Professional Institutes 152
Miembros Individuales Adherentes 154
Declaración de Derechos Sexuales de la WAS 155

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) DEFINICIONES DE TRABAJO DE SEXO, SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES 157

MÉTODO EMPLEADO EN LA ELABORACIÓN DE LA DECLARACIÓN Y DEL DOCUMENTO TÉCNICO SALUD SEXUAL PARA EL MILENIO 159
Agradecimientos 162
Financiamiento 165
Crédito de Fotografías 165



Salud Sexual para el Milenio
Declaración y documento técnico

WAS
WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH

Sinopsis

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han sido concebidos para resolver algunos de los problemas sociales más complicados y urgentes de nuestro tiempo, así como para fomentar el desarrollo humano en el nuevo milenio. En esta declaración y documento técnico se afirma que la promoción de la salud sexual debe desempeñar una función clave para cumplir los ODM. La promoción de la salud sexual es fundamental para la consecución de la salud y el bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible y, más específicamente, para la ejecución de los ODM. Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Por cuanto la promoción de la salud sexual fomenta la responsabilidad individual y social, además de las interacciones sociales equitativas, contribuye a mejorar la calidad de vida y a la instauración de la paz.

Este documento especifica y explica en detalle ocho aspectos bien diferenciados pero interrelacionados de la salud sexual que desempeñan funciones importantes para fomentar el desarrollo humano. Con el propósito de contribuir de manera significativa y eficaz al cumplimiento de los ODM, los programas de promoción de la salud sexual deben abordar la totalidad de la sexualidad humana. Por ejemplo, para promover eficazmente la reducción del riesgo de infección por vía sexual del VIH, los programas de promoción de la salud sexual deben reflejar e incorporar la realidad de que las relaciones sexuales incluyen al género y la dinámica de poder, y además, de que el deseo de intimidad y el placer desempeñan una función primordial en la configuración del comportamiento sexual. Por otra parte, todos los gobiernos, organismos internacionales, el sector privado, las instituciones académicas y la sociedad en general, además de las organizaciones de salud sexual, deben adoptar un enfoque intersectorial que promueva la salud sexual como una estrategia diferenciada y esencial para lograr los ODM.

Salud Sexual para el Milenio conceptualiza a la salud sexual como multidimensional e identifica y examina específicamente ocho metas concretas que en conjunto comprenden un enfoque integrado e integral de promoción de la salud sexual. Por último, este documento técnico describe las acciones necesarias específicas que son especiales para cada una de las ocho metas de la declaración.

1. Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos

Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por consiguiente son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud. La salud sexual no puede obtenerse ni mantenerse sin derechos sexuales para todos.

Acciones necesarias

1.1 Para abogar eficazmente por la salud sexual y promoverla es importante que los derechos sexuales estén ubicados dentro del contexto de los derechos humanos existentes. Debe alentarse a los gobiernos y las organizaciones y organismos internacionales a que respalden la agenda de los derechos sexuales mediante el reconocimiento, la promoción, el respeto, la garantía y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales esenciales para la salud sexual. Este enfoque servirá para ubicar a los derechos sexuales dentro de los tratados y los convenios vigentes, de manera que los derechos sexuales estén incluidos en los mecanismos de seguimiento y cumplimiento de estos acuerdos.

1.2 La promoción de los derechos sexuales exige la acción participativa y los proyectos dialógicos que aportan diferentes perspectivas culturales, religiosas y sociales al tema de la salud sexual.

1.3 Debe establecerse un sistema para el seguimiento y la evaluación de los adelantos en materia de derechos sexuales. Este sistema debe incluir el estudio y la evaluación de las implicaciones de los cambios en la política y las leyes relacionadas con los derechos sexuales, a fin de lograr resultados a largo plazo en materia de salud y calidad de vida.

2. Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género

La salud sexual exige igualdad, equidad y respeto, independientemente del género. Las inequidades y los desequilibrios de poder relacionados con el género entorpecen las interacciones humanas armónicas y constructivas y, por consiguiente, el logro de la salud sexual.

Acciones necesarias

2.1 Los postulados sobre derechos, que figuran en acuerdos y pactos internacionales, atinentes al derecho que tienen las niñas y las mujeres a igualdad, educación y servicios relacionados con la sexualidad, deben incluir explícitamente el derecho fundamental a la autonomía y la igualdad en las relaciones sexuales.

2.2 Las instancias normativas y los líderes de opinión pública deben hablar abiertamente de que un componente sustancial e importante de la desigualdad en materia de género se relaciona directamente con los desequilibrios de poder en las relaciones sexuales.

2.3 Los padres, las madres, las familias y las comunidades desempeñan funciones clave al contribuir a la formación de los roles de género en niños y niñas . Hay que alentarlos y asistirlos para que ayuden a sus hijos a desarrollar roles equitativos de género. El padre, en particular, puede contribuir a alentar a sus hijos varones a que adopten conceptos de masculinidad que no propicien la inequidad por razones de género.

2.4 Para alcanzar eficazmente sus objetivos, los programas de educación de la sexualidad, en particular los dirigidos a los jóvenes, deben abordar la dinámica de género en las relaciones sexuales y ayudar a los estudiantes a desarrollar y adoptar comportamientos equitativos de género.

2.5 Las representaciones en los medios de comunicación, ya sea por medio de la música o imágenes visuales, con frecuencia exponen en formas sutiles o descaradas, guiones sexuales dirigidos a los jóvenes. La presentación de guiones sexuales con equidad de género en los medios de gran circulación tiene el potencial de hacer una contribución importante a la igualdad de género en toda la sociedad. Por lo tanto, los gobiernos y el público en general deben instar con firmeza a la industria del entretenimiento a que se convierta en una fuerza para lograr cambios positivos con respecto a la sexualidad y el género.

2.6 Efectuar cambios en las leyes y en las políticas para conseguir que las mujeres y los hombres tengan acceso igualitario a los servicios de atención de salud sexual, sea cual fuere su nivel de ingresos, sin estigmas, discriminación ni sesgo por los proveedores y los servicios de salud.

3. Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad

La salud sexual no puede lograrse mientras las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales.

Acciones necesarias

3.1 Para ser eficaces, las leyes, políticas y programas destinados a reducir la violencia relacionada con la sexualidad deben abordar la desigualdad de género con respecto a los derechos humanos y la posición económica. Esto abarca la legislación para prohibir todas las formas de violencia sexual y acoso contra niños y niñas, las mujeres y las minorías sexuales.

3.2 Se requieren programas integrales de salud pública para aumentar la toma de conciencia sobre la necesidad de abordar la violencia sexual. También deben ponerse en práctica programas complementarios destinados a la prevención primaria de la violencia sexual. En todos los segmentos de la sociedad, deben ejecutarse programas de prevención de la violencia sexual.

3.3 Para reducir eficazmente el impacto de la violencia sexual es necesario reformar el ámbito de la atención de salud. Esto incluye la eliminación de todas las formas de discriminación relacionadas con el género u orientación sexual dentro de los sistemas de atención de salud y velar por que el personal de atención de salud y las instituciones en las que trabajan esas personas, estén preparadas adecuadamente para recibir y tratar a las víctimas de la violencia sexual.

4. Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad

Para lograr la salud sexual, todas las personas, incluidos los jóvenes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual en todo el ciclo de vida.

Acciones necesarias

4.1 Hacer obligatoria la educación integral de la sexualidad basada en derechos, sensible al género y culturalmente apropiada, como un componente indispensable de los programas de estudios escolar a todos los niveles y aportar los recursos que sean necesarios.

4.2 Trabajar con organismos de la comunidad para llegar hasta los jóvenes que no están en la escuela y a otras poblaciones de alto riesgo, con educación integral de la sexualidad.

4.3 Emitir directrices para conseguir que los programas y servicios de educación de la sexualidad se basen en el principio de la toma de decisiones plenamente fundamentada y autónoma.

4.4 Garantizar que los programas de educación de la sexualidad se fundamenten en evidencias e incluyan las características de eficacia comprobada. Esto debe hacerse de manera que permita la creatividad y se atiendan las necesidades específicas de la comunidad al formular y evaluar programas innovadores.

5. Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual

La reproducción es una de las dimensiones fundamentales de la sexualidad humana y, como tal, puede contribuir a fortalecer las relaciones y a la satisfacción personal, cuando se desea y se planifica. La salud sexual abarca la salud reproductiva. Deben ampliarse los programas actuales de salud reproductiva para abordar las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual de manera integral.

Acciones necesarias

5.1 Las declaraciones de gobiernos, de política transnacional y de política con respecto al financiamiento de la salud reproductiva y la obligatoriedad de los servicios deben incluir, de conformidad con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), de 1994, referencias específicas a la salud sexual.

5.2 La programación de salud sexual y reproductiva debe incluir un compromiso claro de que esa programación reflejará e incorporará a cabalidad las definiciones de trabajo de la OMS de los derechos sexuales.

5.3 La programación de salud sexual y reproductiva debe reconocer y reflejar los aspectos positivos de la sexualidad humana y estar orientada de manera equilibrada hacia los resultados positivos así como negativos.

5.4 Todos los proveedores de servicios de salud reproductiva deben recibir, mediante capacitación antes del servicio y en servicio, el conocimiento, las destrezas y las condiciones para el nivel de confort con objeto de abordar eficazmente en su trabajo la sexualidad y la salud sexual.

6. Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

El acceso universal a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y el tratamiento integrales de la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son igualmente esenciales para la salud sexual. Es necesario reforzar de inmediato los programas que garantizan el acceso universal.

Acciones necesarias

6.1 El financiamiento y los recursos actuales para la prevención de las ITS y la infección por el VIH en el mundo en desarrollo son significativos pero insuficientes para el cumplimiento de los ODM. Por consiguiente, es necesario aumentar el financiamiento para la prevención de las ITS y la infección por el VIH.

6.2 A pesar de los considerables esfuerzos de distribución, muchas personas en el mundo en desarrollo no tienen acceso regular a los condones. Por consiguiente, es necesario mejorar los niveles actuales de los programas de distribución de condones.

6.3 Deben aumentarse los esfuerzos para conseguir que se formulen y se lleven a la práctica los programas de prevención de las ITS y la infección por el VIH, de acuerdo a los conocimientos y la investigación más actualizados sobre la eficacia de los programas.

6.4 El financiamiento y las decisiones sobre los programas para la prevención de las ITS y la infección por el VIH deben basarse en los principios de los derechos humanos, no en los puntos de vista ideológicos de los donantes ni de quienes formulan los programas. Esto incluye el derecho de las personas a tomar decisiones plenamente fundamentadas acerca de su salud sexual.

6.5 Para ser eficaz, la programación destinada a la prevención de las ITS y la infección por el VIH debe abordar las desigualdades sociales relacionadas con la orientación sexual y el género. Está claro que la interrupción y la reversión de la epidemia de ITS y de la infección por el VIH en el mundo en desarrollo no pueden ocurrir sin aumentar considerablemente la capacidad de las mujeres para participar por igual en la vida económica y política y para ejercer directamente el control sobre su salud sexual y reproductiva.

7. Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales

Debido a que las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales repercuten en la calidad de vida, es fundamental reconocer, prevenir y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.

Acciones necesarias

7.1 Dada la importancia del funcionamiento sexual adecuado para la salud sexual general, la salud y el bienestar generales, así como para la salud de las relaciones interpersonales, la evaluación y el tratamiento de las preocupaciones, los problemas y la disfunción sexuales deben ser específicamente señalados e incluirse en los programas y acuerdos nacionales e internacionales para promover salud sexual.

7.2 La función sexual y la identidad de género se reconocen cada vez más como componentes clave de la salud general; por otro lado, los problemas de disfunción sexual y disforia de género están asociados con otros trastornos médicos y con el bienestar individual y de las relaciones. Por consiguiente, la evaluación integral de la salud sexual que incluye la evaluación básica de la función sexual y de la identidad de género debe convertirse en un componente habitual de la atención de salud.

7.3 Muchas preocupaciones, trastornos y disfunciones sexuales tienen sus raíces en una falta de información acerca de la sexualidad. La información sobre el funcionamiento sexual debe incluirse como un componente de la educación integral de la sexualidad y estar al alcance de todas las personas. Las escuelas, a través de sus programas de educación en salud sexual, y el sector de la salud (médicos, enfermeras y otro personal sanitario) deben desempeñar funciones clave al educar a sus estudiantes y pacientes acerca del funcionamiento sexual.

7.4 Los programas de capacitación para los maestros, trabajadores comunitarios y trabajadores de salud deben incluir, como un componente usual, la capacitación en disfunción sexual, trastornos y problemas del género. Esos programas deben incluir capacitación específica para educar a los clientes acerca del desarrollo de la función sexual y de la identidad de género. La capacitación en medicina y enfermería debe ir más allá de impartir educación, a fin de asignar una atención especial al abordaje y el tratamiento de los problemas y las disfunciones sexuales.

7.5 Se están elaborando métodos óptimos de tratamiento para las preocupaciones, las disfunciones los trastornos sexuales y los problemas de identidad de género, pero hace falta más investigación a fin de formular directrices basadas en la evidencia para la mayoría de estos trastornos. La asignación de fondos para efectuar esta investigación es necesaria y se justifica por la considerable repercusión que estos problemas tienen en la persona, la pareja y la familia y, en último término, en el grupo social en general.

8. Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total

La salud sexual es más que la ausencia de enfermedades. En todo el mundo, debe reconocerse y promoverse el derecho al placer sexual.

Acciones necesarias

8.1 La comunidad internacional está reconociendo y respaldando cada vez más el concepto de los derechos sexuales. Sin embargo, hasta la fecha, el consenso comunitario, nacional e internacional se ha centrado predominantemente en los derechos sexuales negativos (por ejemplo, ausencia de ITS y de la infección por el VIH, violencia sexual y abuso), y con frecuencia se excluyen los derechos sexuales positivos (por ejemplo, el derecho al placer y la satisfacción sexual). Para reflejar mejor la realidad humana y satisfacer las necesidades de las personas y las parejas, los acuerdos internacionales y los documentos de establecimiento de prioridades deben enunciar con claridad los objetivos en cuanto a ambos tipos de derechos sexuales, ya sean positivos o negativos.

8.2 Los programas de promoción de la salud sexual para todos los grupos, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidades, deben abarcar la realidad de que el placer y la intimidad sexuales son poderosos factores motivadores del comportamiento sexual y que el placer sexual contribuye a la felicidad y al bienestar.

8.3 A menudo se ha condicionado a los educadores y los proveedores de atención sanitaria, a través de su capacitación, para que conceptualicen a la salud sexual en relación a los derechos sexuales negativos. La capacitación previa al servicio y en el servicio para los educadores de salud sexual y los proveedores de salud debe hacer hincapié en particular en la promoción de los derechos sexuales positivos para las personas de todas las edades, a fin de contrarrestar la importancia excesiva que suele asignarse a los derechos sexuales negativos.

Conclusión

Para alcanzar estas metas y para poner en práctica estas acciones necesarias, es esencial que los planes de acción internacionales, regionales, nacionales y locales para el desarrollo sostenible asignen una alta prioridad a las intervenciones de salud sexual, asignen recursos suficientes, aborden las barreras sistémicas, estructurales y comunitarias y hagan el seguimiento del progreso logrado.

Salud Sexual para el Milenio: Introducción

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) (anteriormente Asociación Mundial de Sexología) fue fundada en 1978 por un grupo multidisciplinario y mundial de organizaciones no gubernamentales (ONG), con la intención de promover la salud sexual y los derechos sexuales en todo el mundo (véase, apéndice I). Durante casi 30 años, la WAS ha logrado sus objetivos mediante el mejoramiento y el intercambio de investigación multidisciplinaria fundamentada en la ciencia sobre sexualidad, educación de la sexualidad y sexología clínica. Más recientemente, los miembros de la WAS se han involucrado mucho más para abogar por cambios en las políticas públicas a fin de que se reconozca a la salud sexual como un ingrediente clave en la salud y el bienestar generales. La publicación *Salud Sexual para el Milenio* representa la voz colectiva de la WAS para exhortar a la integración plena de programas de promoción de la salud sexual, eficaces y basados en, evidencia como un componente imprescindible para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), derivados de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (UN, 2000).

Para año 2000, WAS se encontró frente a una coyuntura histórica única y frente a la oportunidad singular de elaborar estrategias mundiales, nacionales y comunitarias para promover la salud sexual en el nuevo siglo (Coleman, 2002). En gran medida, esta oportunidad surgió de la plétora de problemas de salud sexual que afrontaba nuestro mundo (en especial, la pandemia de infección por el VIH), del reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos y del reconocimiento de la salud sexual como un componente fundamental de la salud general, así como de los adelantos recientes en la ciencia de promoción de la salud sexual. Juntos, estos desarrollos crearon las condiciones necesarias para que el campo de la promoción de la salud sexual efectuara una contribución importante a la salud y al bienestar de las personas, las familias, las comunidades y las naciones.

Las iniciativas mundiales anteriores se habían centrado en el enunciado de los derechos sexuales, fundamentados usualmente en un concepto más amplio de los derechos humanos. *La Declaración de Derechos Sexuales* de la WAS de 1999 y las *Definiciones de trabajo de los Derechos Sexuales*,de la OMS en el 2002 (WHO, 2004a; WHO, 2006) son ejemplos clave del enunciado de los derechos sexuales para la comunidad mundial (véanse apéndices II y III). La articulación y la comprensión de la realidad de que la consecución de los derechos humanos básicos está vinculada inexorablemente al logro de un conjunto central de derechos sexuales fueron un primer paso fundamental en la promoción mundial de salud sexual.
El segundo paso en este proceso ha sido el reconocimiento de que las iniciativas de

amplia base para fomentar el desarrollo humano deben abordar invariablemente la sexualidad y la salud sexual, tal como se demuestra, por ejemplo, en la Estrategia de Salud Reproductiva de la OMS (2004b). Al tiempo que ocurrían estos avance en la comprensión de lo fundamental de la sexualidad en los derechos humanos y la salud, los adelantos en el estudio científico de la sexualidad humana (sexología) por una amplia gama de disciplinas, entre otras la biología y la medicina, la psicología conductual y social, la sociología y la antropología estaban permitiendo que los programas orientados a la prevención de los problemas de salud sexual, así como al mejoramiento de la salud sexual fuesen cada vez más eficaces.

Reconocimiento de la importancia de abordar la sexualidad y la salud sexual como elementos clave para comprender los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas

Paralelamente al reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos ha ocurrido el reconocimiento cada vez mayor de que el logro y mantenimiento de la salud sexual para las personas, las parejas y las familias es un requisito necesario para el desarrollo socioeconómico sostenido de comunidades y naciones. Según Girard (2005), a nivel internacional, los años que empezaron con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), de 1994, se han caracterizado por un progreso significativo en el reconocimiento por los gobiernos de que la salud sexual es una dimensión esencial de la salud general y, en consecuencia, del desarrollo humano. El Programa de Acción de la CIPD adoptado por 184 países proporcionó la primera definición de salud sexual negociada y acordada por los gobiernos nacionales de todo el mundo. Ese Plan colocó a la salud sexual dentro de un ámbito más amplio de la atención de salud reproductiva y reconoció la contribución multifacética importante que la salud sexual hace al bienestar humano.

> ...La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. También incluye a la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (UN, 1994, apartado 7.2.).

Otros documentos internacionales han reconocido y recalcado la importancia de la salud sexual dentro del marco más amplio del bienestar humano. Por ejemplo, el documento de la OPS (2000) Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción recalcaba que si se quería alcanzar la salud general, debía promoverse y mantenerse la salud sexual.

> Es fundamental abordar las preocupaciones y los problemas atinentes a la salud sexual y encontrarles solución no sólo porque quebrantan la salud sexual y, por ende, la salud en general de la persona, la familia y la sociedad, sino también porque su existencia puede indicar la presencia de otros problemas de salud. Asimismo, tales inquietudes y problemas pueden ocasionar y perpetuar otros trastornos en la persona, la familia, la comunidad y la población en general (p. 15).

En septiembre del 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Resolución 55/2, Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (UN, 2000). La Declaración del Milenio se fundamenta en valores fundamentales: libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto de la naturaleza y responsabilidad compartida. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que surgieron de la Declaración del Milenio y fueron adoptados por los líderes mundiales en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas realizada en el 2000, articulan los objetivos para resolver algunos de los problemas sociales más complicados y urgentes de nuestro tiempo. Se aceptan generalmente como un marco para medir el progreso hacia el desarrollo y como una herramienta para ayudar a los gobiernos y a los defensores de la causa a que movilicen recursos y ejecuten programas que garanticen el desarrollo sostenible y equitativo en todo el mundo. En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes mundiales se comprometieron, a través de los ODM, a alcanzar objetivos cuantificables para abordar una gama básica de problemas, entre otros pobreza, hambre, enfermedad, analfabetismo, degradación del medio ambiente y discriminación contra la mujer. En mayor o menor grado, estos problemas afectan a todas las regiones y pueblos del mundo. Esencialmente, los ODM tienen como finalidad mejorar la condición humana y promover los derechos humanos más básicos.

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAS (ODM)

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
- Reducir la mortalidad infantil
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas

Los ODM necesariamente son amplios en su alcance y colocan ocho objetivos básicos en el centro de la agenda mundial. Para alcanzar estos objetivos mundiales será inevitable abordar esos factores específicos que hacen posible la consecución de los objetivos más amplios. Para la mayoría de los ODM, estos factores específicos, incluyen directa o indirectamente a la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. *La estrategia de salud reproductiva* de la OMS, adoptada en la 57.a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2004, reconoció explícitamente los vínculos entre los ODM y la salud sexual y reproductiva. A un nivel amplio, la estrategia de la OMS (2004b) reconoce no solo que la salud sexual y reproductiva es un factor determinante fundamental para el bienestar de las personas, las parejas y las familias, sino que también los es para el desarrollo de comunidades y naciones. Con respecto a los ODM específicamente, el documento de la OMS (2004b) observa que,

> De los ocho Objetivos, tres —mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades —están directamente vinculados con la salud sexual y reproductiva, mientras que otros cuatro —erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente— guardan una estrecha relación con la salud, incluida la salud reproductiva (pág.11).

Con respecto a la salud reproductiva, las mujeres que no tienen acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva estarán menos capacitadas para planificar sus familias y expuestas a mayor riesgo de contraer alguna ITS y la infección por el VIH, además de sufrir otras consecuencias negativas para la salud, todo lo cual facilita directamente la pobreza. Las consecuencias son claras. "Por lo tanto, la salud reproductiva es crucial, no solo para la reducción de la pobreza, sino para el desarrollo humano sostenible" (FNUAP, 2003). De manera más general, cada vez se reconoce más la relación recíproca entre el establecimiento de los derechos sexuales, el logro y el mantenimiento de la salud sexual, y el cumplimiento de los objetivos más amplios de los ODM.

> Si se quiere lograr la salud sexual y reproductiva, hay que darles autonomía a las personas para que ejerzan el control de su vida sexual y reproductiva, y garantizarles el acceso a los servicios de salud afines. Si bien estos derechos y la capacidad de ejercitarlos, constituyen un valor importante por sí mismos, son también una condición para el bienestar y el desarrollo. El descuido y la denegación de los servicios de salud sexual y reproductiva y de los derechos asociados, son la causa de muchos problemas relacionados con la salud en todo el mundo (WHO, 2004a, p. 2).

Cada vez es mayor la toma de conciencia sobre la relación recíproca entre los problemas de salud sexual y reproductiva y los indicadores fundamentales específicos

del bienestar general, como la pobreza. Los problemas de salud sexual y reproductiva son a la vez una causa y una consecuencia de la pobreza. Este vínculo lo señala explícita y sucintamente Family Care International (2005) al decir que,

> La deficiente salud sexual y reproductiva repercute en el bienestar económico de las personas, las familias y las comunidades ya que reduce la productividad y la participación de las personas en la fuerza laboral. Por ejemplo, la maternidad temprana perpetúa el ciclo de la pobreza al perturbar la escolaridad de niñas, al limitar las oportunidades laborales de las mujeres y las niñas, y reducir las inversiones en el bienestar de las mujeres y sus hijos. Al mismo tiempo, los costos de los tratamientos para las lesiones y las enfermedades sexuales y reproductivas pueden agotar los exiguos ingresos, exacerbando la pobreza individual y doméstica (p. 3).

Con el transcurso de los años, se ha reconocido cada vez más que los esfuerzos de promoción de la salud sexual y reproductiva tienen una repercusión beneficiosa directa sobre estos aspectos de la vida de la gente. Lo que ha sido quizás menos claro para las instancias normativas, pero que es de importancia crucial, es el reconocimiento de que romper el ciclo de la pobreza exige que se imparta educación eficaz sobre salud sexual y que los servicios se presten en un entorno que aliente a los individuos a que actúen en su propio nombre. Por ejemplo, el informe, *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Care* (Singh, Darroch, Vlassoff y Nadeau, 2003) documenta ampliamente en qué medida las inversiones en servicios de atención de salud sexual y reproductiva pueden efectuar contribuciones valiosas a los objetivos de desarrollo más amplios. En efecto, con respecto a los ODM específicamente, el informe concluye que "la salud sexual y reproductiva es esencial para alcanzar todos estos objetivos" (p. 30).

La publicación *Developing Sexual Health Programmes: A Conceptual Framework and Basis for Action* de la OMS (2007, en prensa) aporta un método integral de promoción de la salud sexual al reconocer que hay una amplia gama de factores determinantes de la salud sexual, entre ellas las influencias legales, políticas, religiosas, económicas y socioculturales. La promoción eficaz de la salud sexual en toda la sociedad no solo debe incluir a la salud y los sistemas de educación sino que debe abordarse también mediante la aplicación de leyes y políticas apropiadas. Estos esfuerzos deben incluir el abordaje de las desigualdades económicas asociadas con la aparición de muchos problemas relacionados con la salud sexual y suelen ser causa de ellos. El marco conceptual de la OMS reconoce e incorpora el hecho crucial de que para ser exitosos, los programas de promoción de la salud sexual deben formularse y ejecutarse con los aportes, la cooperación y la aceptación de las comunidades interesadas.

Tanto en el mundo desarrollado como en desarrollo tenemos que hacer frente a tasas persistentemente altas, y en algunos casos en aumento, de infecciones de transmisión sexual como el VIH, de embarazos no deseados y abortos peligrosos. Estos problemas son particularmente agudos en el mundo en desarrollo donde representan obstáculos

fundamentales para lograr progresos significativos en la disminución de la morbilidad, la mortalidad y la pobreza. La discriminación por razones de género que incluye normas y prácticas sexuales, así como el coito coercitivo que se impone a las mujeres y los niños, agravan estos problemas. El ataque violento de la infección por el VIH/sida en África es un ejemplo contundente de cómo una multitud de normas y prácticas sexuales específicas y la falta de esfuerzos sostenidos de promoción de la salud sexual basados en datos probatorios, han facilitado una epidemia que se ha cobrado millones de vidas, además de exacerbar y contribuir directamente a la pobreza extrema.

Considerada en conjunto, la gama de problemas de salud sexual y reproductiva que afronta la comunidad mundial es amplia y su repercusión sobre la condición humana es inmensa. Según la OMS (2004b),

> ...los aspectos de mala salud reproductiva y sexual (la mortalidad y morbilidad maternas y perinatales, los cánceres, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida) ocasionan casi 20% de la carga mundial de mala salud para las mujeres y cerca de 14% para los hombres. Sin embargo, estas estadísticas no captan la carga total de mala salud. La violencia de género y los trastornos ginecológicos, como los problemas menstruales graves, la incontinencia urinaria y fecal debida a la fístula obstétrica, el prolapso uterino, la pérdida de embarazos y la disfunción sexual— que tienen consecuencias graves tanto sociales, como emocionales y físicas— actualmente se subestiman considerablemente en los cálculos de la presente carga mundial de morbilidad. La OMS calcula que el comportamiento sexual peligroso es el segundo factor de riesgo más importante para la salud a nivel mundial (p. 15).

Es evidente que para lograr el éxito de las iniciativas mundiales para el desarrollo sostenido ellas deben incorporar específicamente programas de promoción de la salud sexual basados en datos probatorios.

El mundo en desarrollo sufre una carga desproporcionada debida a los problemas de salud sexual y reproductiva y esto representa un obstáculo importante para el desarrollo de estas regiones del mundo. Además, cabe señalar que los problemas de salud sexual y reproductiva también colocan una carga significativa en la salud y el bienestar de las personas y las familias en el mundo desarrollado. Por ejemplo, en el documento *The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior* (Director General de Sanidad de los Estados Unidos, 2001) se reconoce en qué grado muchos de estos mismos problemas generan una considerable morbilidad y mortalidad en ese país y dichos problemas están muy asociados con la desventaja socioeconómica. Un estudio comparativo de la salud sexual y reproductiva del adolescente en cinco países desarrollados mostró claramente que el acceso a la educación de salud sexual y reproductiva y a los servicios clínicos suele ser insuficiente y que una falta de acceso a la educación y los servicios está correlacionada con tasas mayores de embarazo e infección de transmisión sexual en adolescentes (Darroch, Frost, Singh and the Study Team, 2002).

Salud Sexual para el Milenio refleja los últimos adelantos técnicos en la ciencia de promoción de la salud sexual

El documento de la OMS (2007, en prensa) proporciona un marco conceptual para elaborar y aplicar programas eficaces de promoción de la salud sexual que reflejan un enfoque multisectorial. El documento técnico *Salud Sexual para el Milenio* presenta un examen complementario y exhaustivo basado en la investigación de temas clave en la promoción de la salud sexual, que representa más apoyo basado en datos probatorios para el marco conceptual de la OMS. Un componente clave de lo oportuno y la relevancia del documento técnico *Salud Sexual para el Milenio* es que llega en un momento en que los adelantos en la disciplina extraordinariamente diversa de la sexología hacen cada vez más evidente que los programas bien apoyados y bien diseñados de promoción de la salud sexual pueden tener éxito en alcanzar sus objetivos y, como resultado, tener una repercusión positiva considerable y amplia sobre la salud y el bienestar de los beneficiarios. Por ejemplo, los adelantos en la ciencia del comportamiento aplicados a la prevención de las ITS y el VIH y de los embarazos no deseados, así como la educación en salud sexual para los jóvenes han aumentado extraordinariamente la posible eficacia de dichos programas. La comprensión epidemiológica de la dinámica biológica y social que conduce a la propagación de las ITS y el VIH dentro de las comunidades y a través de las fronteras ha avanzado significativamente. Los estudios en los ámbitos de la sociología y la antropología nos han dado una mayor comprensión de las normas y las prácticas sexuales dentro de diversos contextos socioculturales. El conocimiento médico y la intervención clínica relacionada con el control sexual funcional, así como de la reproducción y la fecundidad ahora tienen un potencial cada vez mayor para mejorar la calidad de vida.

Los ocho enunciados de la declaración y documento técnico *Salud Sexual para el Milenio* representan y sustentan el próximo paso lógico y gradual en la promoción mundial de la salud sexual (véanse apéndices IV y V que incluyen una descripción del proceso seguido para elaborar la declaración y documento técnico, así como el agradecimiento de los que participaron en dicho proceso). Los enunciados de la declaración identifican ocho áreas clave en la esfera de la salud sexual en las que debemos avanzar. La sexualidad y la salud sexual son conceptos amplios y diversos que se refieren a innumerables aspectos de la condición humana. El documento *Salud Sexual para el Milenio* no solo confirma la función que debe desempeñar la promoción de la salud sexual para cumplir los ODM, sino que especifica y explica en detalle ocho aspectos diferenciados pero interrelacionados de la salud sexual que tienen funciones importantes para influir en el desarrollo humano. A fin de contribuir de manera significativa y eficaz al cumplimiento de los ODM, los programas de promoción de la salud sexual deben abordar la totalidad de la sexualidad humana. Por ejemplo, para promover eficazmente la reducción del riesgo de contraer el VIH por contacto sexual, los programas de promoción de la salud sexual

deben reflejar e incorporar la realidad de que las relaciones sexuales incluyen el género y la dinámica de poder y que el deseo de intimidad y placer desempeña una función primordial en la configuración del comportamiento sexual. En resumen, *Salud Sexual para el Milenio* conceptualiza a la salud sexual como multidimensional e identifica y examina concretamente ocho metas específicas que juntas abarcan un método integrado y coherente a la promoción de la salud sexual. Por último, este documento técnico describe las acciones concretas necesarias que son específicas para cada una de las ocho metas de la declaración.

Salud Sexual para el Milenio. Declaración

La promoción de la salud sexual es fundamental para el logro del bienestar, así como para alcanzar el desarrollo sostenible y más específicamente para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las personas y las comunidades que disfrutan del bienestar sexual están mejor preparadas para contribuir a la erradicación de la pobreza individual y social. Al fomentar la responsabilidad individual y social, además de las interacciones sociales equitativas, la promoción de la salud sexual favorece la calidad de vida y la instauración de la paz. Por consiguiente, instamos a todos los gobiernos, organismos internacionales, sector privado, instituciones académicas, a la sociedad en general, y en particular, a todas las organizaciones miembros de la Asociación Mundial para la Salud Sexual a:

1. Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos.

Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por consiguiente son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud. La salud sexual no puede obtenerse ni mantenerse sin derechos sexuales para todos.

2. Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género.

La salud sexual exige igualdad, equidad y respeto, independientemente del género. Las inequidades y los desequilibrios de poder relacionados con el género entorpecen las interacciones humanas armónicas y constructivas y, por consiguiente, el logro de la salud sexual.

3. Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad.

La salud sexual no puede lograrse mientras las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales.

4. Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad.

Para lograr la salud sexual, todas las personas, incluidos los jóvenes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual en todo el ciclo de vida.

5. Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual.

La reproducción es una de las dimensiones fundamentales de la sexualidad humana y, como tal, puede contribuir a fortalecer las relaciones y a la satisfacción personal, cuando se desea y se planifica. La salud sexual abarca la salud reproductiva. Deben ampliarse los programas actuales de salud reproductiva para abordar las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual de manera integral

6. Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

El acceso universal a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y el tratamiento integrales de la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son igualmente esenciales para la salud sexual. Es necesario reforzar de inmediato los programas que garantizan el acceso universal.

7. Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.

Debido a que las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales repercuten en la calidad de vida, es fundamental reconocer, prevenir y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.

8. Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total.

La salud sexual es más que la ausencia de enfermedades. En todo el mundo, debe reconocerse y promoverse el derecho al placer sexual.

Es esencial que los planes de acción internacionales, regionales, nacionales y locales para el desarrollo sostenible asignen una alta prioridad a las intervenciones de salud sexual, doten de recursos suficientes, aborden las barreras sistémicas, estructurales y comunitarias y hagan el seguimiento del progreso logrado.

Aprobado el 17 de abril de 2007 por la Asamblea General de la WAS celebrada en Sydney Australia.

Conclusión

Hemos llegado a un punto en la historia en el que cada vez es más evidente que los adelantos en la ciencia de la sexualidad han mejorado de manera cuantificable la capacidad de los programas de promoción de la salud sexual, bien diseñados y apoyados, para abordar eficazmente varios problemas que limitan o impiden que las personas lleven una vida sana y productiva. Según indica el documento *Estrategia de Salud Reproductiva* de la OMS (2004b), "El número de prácticas óptimas en materia de salud reproductiva y sexual basadas en criterios científicos ha registrado un aumento sustancial y se ha ampliado el alcance tanto de las investigaciones clínicas y comportamentales como de las normas y directrices internacionalmente reconocidas" (p.13). A su vez, la declaración y documento técnico *Salud Sexual para el Milenio* ilustra e incorpora los adelantos en la ciencia de la promoción de la salud sexual que han colocado a esta esfera en una posición sin precedentes para contribuir al desarrollo humano y efectuar un aporte imprescindible a los objetivos amplios de los ODM.

Referencias

Coleman, E. (2002). Promoting sexual health and responsible sexual behavior: An introduction. The Journal of Sex Research, 39, 3-6.

Darroch, J.E., Frost, J.J., Singh, S. and the Study Team. (2002). Teenage Sexual and Reproductive Health in Developed Countries: Can More Progress be Made? New York, NY: The Alan Guttmacher Institute. http://www.guttmacher.org/pubs/eurosyth_rpt.pdf

Family Care International. (2005). Millennium Development Goals & Sexual & Reproductive Health. New York, NY: Family Care International. http://www.familycareintl.org

Girard, F. (2005). Sexual Health and Human Development in International, Inter-Governmental Agreements: Background Paper. World Association for Sexual Health

Pan American Health Organization. (2000). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Pan American Health Organization. Extraido el 28 de marzo del 2006 del sitio http://www.paho.org/english/HCP/HCA/PromotionSexualHealth.pdf

Singh, S., Darroch, J.E., Vlassoff, M. & Nadeau, J. (2003). Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute. http://www.guttmacher.org/pubs/addingitup.pdf

United Nations. (1994). International Conference on Population and Development Programme of Action. Report of The International Conference on Population and Development. Cairo, Egypt: Naciones Unidas.

UN. (1995). Report of the Fourth World Conference on Women. New York, NY: United Nations. Extraido el 28 de marzo del 2006 del sitio http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/

UN. (2000). Resolution 55/2. United Nations Millennium Declaration. Fifty-fifth Session of the United Nations General Assembly. Extraido el 29 de marzo del 2006 del sitio www.un.org/millenium/declaration/ares552e.htm

UNFPA. (2003). Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants. Population and Development Strategies Series, Number 10. New York, NY: United Nations Population Fund.

U.S. Surgeon General. (2001). The Surgeon General's Call to Action to Promote Sexual Health and Responsible Sexual Behavior. Rockville, MD: The Office of the Surgeon General. http://www.surgeongeneral.gov/library/sexualhealth/

WAS. (1999). World Association for Sexual Health Declaration of Sexual Rights. World Association for Sexual Health. Extraido el 28 de marzo del 2007 del sitio http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp

WHO. (2007, en prensa). Developing Sexual Health Programmes: A Conceptual Framework for Action. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

WHO. (2006). Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28 al 31 de enero del 2002, Ginebra, Suiza. Autor: Organización Mundial de la Salud. Extraido el 28 de marzo del 2007 del sitio http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/index.html

WHO. (2004a). What constitutes sexual health? Progress in Reproductive Health Research, No. 67, 2-3.

WHO. (2004b). Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

ITALIA
12
12

Capítulo

1

Reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos

*Los derechos sexuales son un componente integral de los derechos humanos básicos y por consiguiente son inalienables y universales. La salud sexual es un componente integral del derecho al goce del grado máximo alcanzable de salud. La salud sexual no puede obtenerse ni mantenerse sin derechos sexuales para todos.**

Introducción

La colocación de los derechos sexuales como el primer punto de la declaración Salud Sexual para el Milenio de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) es congruente con el reconocimiento cada vez mayor de los derechos humanos como requisitos fundamentales para la salud (Farmer, 1999; Mann, Gruskin, Grodin y Annas, 1999). Por consiguiente, la salud sexual no puede lograrse ni mantenerse sin el respeto de los derechos humanos (WHO, 2007, en prensa).

* Este capítulo está casi totalmente basado en el Documento de Antecedentes escrito por Eleanor Matticka-Tyndale y Lisa Smylie. La Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México proporcionó insumos adicionales así como retroalimentación por parte de los revisores. (Ver Apéndices IV y V)

En su documento Gender and Reproductive Health Glossary, la secretaría de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición práctica de los derechos sexuales como "derechos humanos relacionados con la salud sexual". De ese modo, coloca firmemente a los derechos sexuales dentro de la gama de derechos humanos que ya se reconocen en los tratados y los convenios internacionales (WHO, 2002a). Esta definición práctica estipula que:

> los derechos sexuales abarcan los derechos humanos que ya se reconocen en las leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otras declaraciones de consenso. Incluyen el derecho de todas las personas, libres de coacción, discriminación y violencia, a:
> - alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual, en especial el acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva;
> - buscar, recibir y difundir información con relación a la sexualidad;
> - recibir educación sobre la sexualidad;
> - que se respete su integridad física;
> - elegir el compañero (a);
> - decidir ser sexualmente activo o no;
> - tener relaciones sexuales consensuales;
> - matrimonio consensual;
> - decidir si la persona quiere tener hijos o no, y cuándo quiere tenerlos; y
> - llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

La definición práctica concluye que: "El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todas las personas respeten los derechos de los demás" (WHO, 2002a).

Los derechos sexuales tal como se acaban de describir pueden identificarse como un elemento esencial subyacente de todos los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (UN, 2005). La disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, así como de información y educación referentes a la sexualidad; protección de la integridad física; la garantía del derecho de las personas a elegir libremente a los compañeros sexuales y los cónyuges, para decidir si van a tener hijos o no, y para llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, se basan en la igualdad de género y contribuyen tanto a esa igualdad como a la autonomía de las mujeres (ODM 3); contribuyen también al acceso a la educación primaria, en particular para las niñas (ODM 2); a la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, especialmente de las niñas (ODM 4); a las mejoras en la salud materna y la disminución de la mortalidad (ODM 5); a la reducción de la vulnerabilidad a la infección por el VIH/sida, a las ITS y a otras amenazas para la salud (ODM 6); y también a la reducción de la pobreza (especialmente entre las mujeres) (ODM 1). Por lo tanto, es evidente que el logro de los derechos sexuales para todas las personas no solo contribuirá a la salud sexual y reproductiva, al bienestar y la calidad de vida, sino que también impulsará los ODM.

Algunos obstáculos que deben superarse en torno a los derechos sexuales

A pesar de la armonización clara de los derechos sexuales con los derechos humanos, el apoyo internacional amplio a numerosos tratados de derechos humanos y declaraciones de consenso (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2004), de los logros en materia de salud y de la elaboración de un enfoque basado en los derechos (Farmer, 1999; Hendriks, 1995; Mann, Gruskin, Grodin y Annas, 1999), los intentos para alcanzar el consenso internacional sobre los derechos sexuales han encontrado obstáculos (Correa y Parker, 2004; Girard, 2005; Petchesky, 2000) que, sin embargo, no son insuperables.

Barreras religiosas y otras barreras de tipo cultural

Por tratarse de declaraciones normativas, los acuerdos internacionales de derechos humanos pueden representar un reto para la autoridad del Estado, las estructuras culturales o las organizaciones religiosas (Cook, 1995). Los derechos sexuales quizá sean particularmente contenciosos porque abordan aspectos de la vida que se consideran como del dominio privado y sagrado, y se basan en creencias culturales y religiosas acerca de la naturaleza de la existencia humana y su relación con el poder fundamental de la vida, así como la naturaleza y la perpetuación de grupos fundamentales como la familia y el clan. Estos derechos se insertan en sistemas culturales y de creencias religiosas y en códigos morales que no son dependientes de la ciencia ni responden a ella ni a los procesos democráticos (Plummer, 2003). Dentro de estas visiones cósmicas, la salud y el desarrollo no tienen prioridad sobre el respeto de las creencias culturales o religiosas y de los códigos morales. De hecho, la mala salud, el sufrimiento, y aun la muerte pueden verse como pruebas o pasajes necesarios de la vida, o hasta consecuencias inevitables de la transgresión de las normas culturales y religiosas. Un enfoque de derechos sexuales puede considerarse como una infracción a la naturaleza de la humanidad según la entienden la religión y la cultura. Esto explica, por ejemplo, la oposición vehemente de los representantes de Pakistán (una posición que fue respaldada por otros países) a la inclusión de la orientación sexual en un proyecto de resolución de la Comisión de Derechos Humanos en el 2003, alegando que se trataba de un insulto a los 1.200 millones de musulmanes del mundo (citado en Saiz, 2004, p. 57) y la oposición similar de la Iglesia Católica y de los clérigos musulmanes a la inclusión de las referencias a la homosexualidad en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (ICPDPoA) (UN, 1994), la Plataforma de Acción de Beijing (Beijing) (UN, 1995) y las plataformas y resoluciones del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS, 2002), (Bayes y Tohidi, 2001; Girard, 2005; Parker, di Mauro, Filiano, García, Muñoz-Laboy y Sember, 2004).

Inquietudes teóricas

Los teóricos críticos también se han opuesto a un enfoque a la sexualidad basado en los derechos y la salud. Ellos ponen de relieve las consecuencias de enmarcar los derechos sexuales dentro de un paradigma de salud en comparación con un paradigma de ciudadanía. Miller (2001) señala que "si bien es cierto que la ubicación de la sexualidad con la salud tal vez la libere de los límites estrechos de la religión, la cultura y la moralidad, la sexualidad quedaría colocada bajo el control normalizador de la salud y la medicina". Históricamente (y en la actualidad también), la salud y la medicina han impuesto una tiranía de la 'naturaleza' y del determinismo biológico que no reconoce la naturaleza social de la sexualidad ni la capacidad de los individuos y las culturas de encontrar placer y 'naturalidad' en diversas prácticas y experiencias. Hay que considerar también, por ejemplo, la 'patologización' de la práctica, por lo demás universal, de la masturbación o de todo contacto sexual consensual de adultos del mismo sexo, a pesar de ejemplos históricos y contemporáneos de culturas donde esto es una práctica reconocida por las normas. Además, hay que tener en cuenta la relativamente reciente, y en algunos círculos todavía contenciosa, eliminación de la homosexualidad del (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA).

Quienes trabajan en el ámbito mundial nos alertan hacia sus tácticas y consecuencias más indeseables. Van Eerdewijk (2001) señala las maneras en que el etnocentrismo occidental induce a los investigadores a considerar sus propias circunstancias como la "norma" y, por ende, aplican sus propios valores al interpretar sus observaciones en lugar de indagar cuáles son los valores de otros. Boyle y Preves (2000) dirigen nuestra atención hacia las tácticas políticas que hacen avanzar una agenda occidental sin preocupación por las preferencias, atracciones y deseos de las personas locales, con lo cual les niegan su derecho a la autonomía como personas. Plummer (2003) cuestiona la pertinencia de los derechos universales y abstractos desprovistos de contextos, antecedentes y relatos locales para crear una ética para el mundo globalizado del siglo XXI.

Los teóricos especializados en los derechos, la sexualidad y la globalización señalan que las doctrinas sobre los derechos que encuentran su justificación en la salud prestan poca atención al trabajo de los construccionistas sociales y a la comprensión en evolución de la sexualidad fundamentada en reconocimientos posmodernos de subjetividades, conocimientos y experiencias cambiantes y variables (Hawkes, 2004; Richardson, 2000; Weeks, 1989; 2000), o a los diferenciales de poder entre los géneros, los grupos y las naciones en la determinación de las agendas y las normas internacionales. Esto ha conducido a algunas académicas feministas como Oriel (2005) a cuestionar si la agenda de los derechos sexuales ha tenido en cuenta adecuadamente los derechos de las mujeres en relación con los de los hombres, en especial, dados los diferenciales de poder que todavía predominan entre hombres y mujeres. Además, Miller (2001) señala a nuestra atención la necesidad de conciliar las incompatibilidades fundamentales entre el enfoque de los derechos humanos, en comparación con el de salud pública, en particular si estamos de acuerdo en que los derechos son esenciales para la salud.

Estas inquietudes relacionadas con las nuevas conceptualizaciones de la sexualidad dentro de un paradigma de salud y derechos quizás puedan comprenderse si reconocemos la naturaleza intrínsecamente dialéctica del cambio (Balakrishnan, 2001). La liberación de las antiguas formas de opresión conlleva tanto nuevas libertades como nuevas opresiones. Por lo tanto, la tiranía de la comunidad es reemplazada con la tiranía de la persona. Un enfoque centrado en los derechos de la persona puede amenazar tanto el bienestar como la existencia y la identidad mismas de algunas personas, grupos o comunidades. En consecuencia, la oposición a los *derechos* puede comprenderse mejor como una advertencia que nos alerta hacia lo inevitable de que surjan metas en competencia o en conflicto y hacia la necesidad de seguir adelante con el cuidado debido, manteniéndose alerta contra nuevas pérdidas y logros, reconociendo que lo *mejor* que puede lograrse es un nuevo equilibrio.

La necesidad de contar con derechos sexuales

A pesar de estos debates, las organizaciones internacionales que abogan por los derechos de las mujeres y los niños, y de las personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero, como Human Rights Watch y Amnistía Internacional, así como los Relatores de diversos Comités de las Naciones Unidas, se han mantenido a la vanguardia para documentar las infracciones continuas a los derechos sexuales y sus consecuencias para la salud, el bienestar y la vida misma de hombres, mujeres y niños. Para permitirles a todas las personas gozar del nivel más alto posible de salud sexual, es necesario satisfacer diversas necesidades que provienen de principios éticos acordados universalmente.

A) La necesidad de autonomía en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva

A las mujeres se les niega la autonomía en la toma de decisiones sobre la sexualidad y su derecho a la atención de salud sexual y reproductiva con la prohibición legal del control de la natalidad y de los servicios de abortos, ya que se ven obligadas a buscar servicios ilegales que suelen conducir a abortos peligrosos (WHO, 2004). Pero, ni siquiera la disponibilidad de anticonceptivos y de abortos en condiciones seguras garantiza necesariamente el derecho de las mujeres a la autodeterminación en materia de reproducción. Varias organizaciones de América Latina han documentado casos ocurridos en Perú y México, de esterilización quirúrgica o de inserción de los DIU en mujeres indígenas o marginadas sin su consentimiento (Castro y Ervitie, 2003). En el análisis hecho por Mertus (2001) de numerosos problemas de derechos reproductivos y sexuales en países de Europa central y oriental se encuentran los casos de la esterilización involuntaria de las mujeres del pueblo gitano en Eslovaquia. En los países que prohíben la actividad sexual fuera del matrimonio, por lo general, a las mujeres solteras les son negados los servicios de salud sexual y reproductiva (Amado, 2003; Shirpak, Mohammad, Maticka-Tyndale, et al., 2006, en prensa).

B) La necesidad de garantizar la libertad para buscar, suministrar y recibir información y educación sobre salud sexual

Las necesidades de información y de educación sexual de las mujeres y las niñas no están satisfechas debidamente en muchos países, según queda demostrado, por ejemplo, en la restricción de gran parte de la educación sexual en las escuelas de los Estados Unidos para limitarla solamente a los programas que preconizan la abstinencia exclusiva (Arnold, Smith, Narrison y Springer, 1999; Jones, 2002); el suministro no uniforme de educación sexual en el Canadá (Barrett, King, Levy, Maticka-Tyndale, McKay y Fraser, 2004); la ausencia o el acceso disperso a la educación sexual en gran parte de América Latina, África, Oriente Medio y Asia. En los casos en que la educación sobre salud sexual está disponible, quizá sea inapropiada para las necesidades de muchas mujeres y niñas, según se demuestra en los enfoques conocidos como el ABC (abstinence, be faithful, condoms), utilizados para la educación sobre prevención de la infección por el VIH, que predominan en el África subsahariana. Estos enfoques, que suponen que las mujeres y las niñas gozan de autonomía personal y controlan las decisiones relativas a la sexualidad, tienen el efecto de quitarles poder y de alienar aún más a la gran mayoría de las niñas y las mujeres que carecen de esa autonomía y control (Van Donk, 2006; Whelan, 1998).

Las formas de actividad sexual calificadas de patológicas, tipificadas como delitos, no normativas, o cuya existencia es pasada por alto o negada, no figuran en los programas de educación sexual o están representadas como tales. A menudo, quienes las practican no tienen ningún acceso a la información, la educación o los servicios excepto a los que los representan como anormales, perversos o enfermos. Por lo tanto, en los países donde la homosexualidad se considera como una enfermedad, hasta a los proveedores de atención sanitaria, los investigadores y los educadores se les enseña que traten estas prácticas como si se tratara de una enfermedad o un delito. De la misma manera, donde la poligamia se tipifica como delito, los adultos en uniones polígamas consensuales (y sus hijos) carecen de acceso a los derechos, las protecciones y los servicios al alcance de los que se encuentran en uniones matrimoniales reconocidas legalmente (Maticka-Tyndale, 2002, 2003). Donde las prácticas sadomasoquistas son tipificadas como delito, quienes participan en ellas por su propia voluntad, quizá sean sometidos a detención y a medidas penales sin consideración de la naturaleza consensual de su práctica (por ejemplo, Richardson, 2000, p. 112). En muchos países, se supone que las personas con discapacidades no son aptas para tomar decisiones sobre la sexualidad y la actividad sexual y, por lo tanto, se les han negado los derechos a la autodeterminación sexual y a los servicios de salud sexual para satisfacer sus necesidades (DiGiulio, 2003; Tilley, 2000; Zola, 1988). Esto se observa más claramente con respecto a las personas diagnosticadas con enfermedades mentales graves o que sufren de retardo mental (Dybwad, 1976; Zola, 1988). De igual manera, se niegan la capacidad y los intereses sexuales de los ancianos, y los esposos y esposas se colocan en establecimientos separados de atención crónica; además, a los ancianos que se encuentran en esos establecimientos no se les concede la privacidad y el respeto necesarios para llevar una vida sexual segura, placentera y satisfactoria. Asimismo, a los profesionales del sexo se les niega el

derecho de participar en actividades sexuales consensuales ya que el trabajo sexual se criminaliza. La falta de información, educación y servicios de salud sexual se considera un factor que contribuye a la mala salud sexual, lo que abarca las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, la violencia sexual, la disfunción sexual, malos resultados de salud reproductiva y, en último término, pone en peligro el derecho de llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera (WHO, 2007, en prensa).

C) La necesidad de proteger a las personas contra la violencia y la violación de la integridad física

El abuso verbal, el acoso, la violencia, la violación de la integridad física y el asesinato o la pena capital suelen ser utilizados por el Estado y sus agentes, y son aprobados de manera implícita cuando la sociedad civil los usa para castigar a hombres, mujeres, niños y niñas que infringen las normas culturales de conducta sexual. La pena de muerte puede ser impuesta y se impone por una convicción de homosexualidad en los países que se rigen por la ley islámica (*shari'a*) (Amado, 2004; Ottoson, 2006). En Egipto, los profesionales de salud que trabajan en unidades de medicina forense violan la integridad física de las personas detenidas por sospecha de actividad homosexual, al efectuar exámenes anales forzados y repetidos con la finalidad de determinar su culpa (Long, 2004). La India brinda un ejemplo más de la colusión entre los profesionales de salud y la policía, en lo que Narrain (2004) describe como un retroceso nacionalista que ha conducido a la "vigilancia policial rigurosa y ruda" con procesos penales o tratamiento médico forzado para las personas descubiertas en actividades homosexuales. En Zimbabwe, Namibia, Zambia, Botswana y Uganda líderes del gobierno han lanzado campañas de odio contra las personas homosexuales, incitando y aprobando el abuso civil de los homosexuales y dando órdenes a la policía de que los persigan, los detengan y los sometan a juicio agresivamente (Human Rights Watch e IGLHRC, 2003). En Jamaica y otros países del Caribe, los hombres homosexuales son acosados, intimidados y asesinados con la complacencia de la sociedad en general. Esta información está documentada en los informes presentados al Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Tortura, así como en los documentos preparados por Amnistía Internacional sobre tortura y violación por la policía de personas homosexuales, lesbianas y transgénero mientras se encontraban bajo custodia policial en la India, Somalia, Turquía, Afganistán, Egipto, México y Venezuela, así como la negativa de la policía a investigar las violaciones y asesinatos de personas homosexuales por la población civil (Amnistía Internacional, 2005; Long, 2001). En el Reino Unido, Australia, Estados Unidos y Canadá se ha usado con éxito una defensa denominada *del pánico homosexual* para obtener una sentencia menor para los perpetradores de violencia contra los hombres homosexuales o transgénero (Howe, 2000).

La violencia en forma de violación, tortura sexual, asesinatos por honor, palizas y desfiguración también es utilizada por agentes del Estado y miembros de la sociedad civil para controlar y castigar a las mujeres y las niñas que han transgredido normas culturales de conducta sexual (Amado, 2004; Abu-Odeh, 2000; Fried y

Landsberg-Lewis, 2000; Spatz, 1991; Zuhur, 2005). En fecha muy reciente, se ha volcado la atención hacia la violación, la tortura sexual, la maternidad forzada y el matrimonio forzado de cientos de miles de mujeres como parte de conflictos armado en la antigua Yugoslavia, Somalia, Birmania, Cachemira, Sierra Leona, Rwanda, Angola y diversos países latinoamericanos (Heyser, 2006; Hughes, Mladjenovic y Mrsevic, 1999; Human Rights Watch, 2003; Human Rights Watch/África, Proyecto de Derechos de la Mujer de Human Rights Watch y la Fédération Internationale des Droits de l'Homme, 1996; La Luz, 2000; Mladjenovic y Hughes, 1999). La violación y la violencia sexual contra las mujeres y las niñas también se han documentado en las prisiones de los Estados Unidos (Human Rights Watch, 1996), asentamientos de refugiados, y como parte de la trata de personas (Blum y Kelly, 2000; Mertus, 2001; Olujic, 1995). Esa violencia se ha vinculado al embarazo no deseado, a las ITS y a la infección por el VIH, mala salud materna e infantil, disfunción sexual e incapacidad para elegir opciones sexuales y negociar encuentros sexuales de una manera que se reduzcan al mínimo los riesgos para la salud de una mujer (García-Moreno y Watts, 2000; WHO, 2002b).

La mutilación genital femenina (MGF) se sigue practicando en las niñas y las mujeres a pesar de las amenazas documentadas para la salud (WHO, 1998) y el aumento de los riesgos tanto para las mujeres como para sus hijos durante el parto (Banks, Meirik, Farley, Akande et al., 2006). La circuncisión infantil masculina, aunque muy diferente en cuanto a la finalidad y la naturaleza de la MGF, es considerada por algunos grupos como un abuso contra los lactantes de sexo masculino ya que, de acuerdo a su argumento, se trata de un corte irreversible de los genitales sin el consentimiento de la persona (es decir, el lactante). Esta práctica todavía se efectúa sistemáticamente entre poblaciones musulmanas y judías como un ritual religioso esencial y en la mayoría de los niños nacidos en los Estados Unidos, Corea del Sur y Filipinas, a pesar de los alegatos de asociaciones de médicos y de pediatras estadounidenses, canadienses, británicas, australianas y europeas de que los datos probatorios acerca de los beneficios para la salud son insuficientes para recomendar la práctica corriente de la circuncisión entre los niños (Grupo de Estudio sobre la Circuncisión de la Academia Estadounidense de Pediatría, 1999; Asociación Médica Estadounidense, 1999; Universidad Australiana de Pediatría (1996); Fetus and Newborn Committee, 1996). Cabe señalar que varios estudios recientes han demostrado un efecto protector de la circuncisión masculina adulta en cuanto a la transmisión del VIH cuando se combina con otros medios de prevención. Para que la circuncisión masculina adulta destinada a la prevención de la infección por el VIH, sea ética debe ser segura, culturalmente apropiada voluntaria e informada (WHO y UNAIDS, 2007).

D) La necesidad de garantizar la autodeterminación y la autonomía en la toma de decisiones sexuales

Al nivel más fundamental, los derechos sexuales abarcan el derecho de participar en actos sexuales con quienes la persona elija, si la persona lo elige, y de proseguir su propia ruta para alcanzar el placer y la satisfacción sexuales. Es decir, el derecho a la autodeterminación y a la autonomía libre de coacción, fuerza, castigo o discri-

minación. Al nivel local, donde las personas viven su vida, la autodeterminación y la autonomía están tanto garantizadas como limitadas por la ley y la costumbre social. Las leyes que rigen la edad del consentimiento o la mayoría de edad determinan, por ejemplo, cuándo tienen acceso los jóvenes a las garantías legales de autonomía y cuándo son considerados plenamente responsables y deben regirse por las limitaciones legales a la autonomía. Por lo tanto, antes de llegar a la mayoría de edad, los jóvenes no gozan del derecho a dar su consentimiento a prácticas sexuales, a tener pareja, ni a obtener acceso a ciertos servicios. Es una paradoja que el matrimonio, aunque no sea consensual, en algunos lugares otorga la mayoría de edad a las personas, incluido el derecho de participar en la actividad sexual consensual. Además de las leyes que rigen la edad del consentimiento, en muchos países las leyes también fijan límites a la selección libre de los compañeros sexuales y los actos sexuales. A menudo, las leyes restringen las actividades sexuales o el matrimonio entre personas del mismo sexo, entre quienes no están casados, entre las parejas con ciertos vínculos de consanguinidad, así como la actividad sexual para la ganancia material inmediata y cuando hay más de dos personas en la actividad. Estas restricciones se aplican aun cuando haya consentimiento entre todas las partes.

La actividad sexual entre personas del mismo sexo suele reglamentarse por medio de *leyes de sodomía* en las cuales se tipifica como delito la relación anal (y a veces otras prácticas, como el sexo oral). Tales leyes están vigentes en más de 80 países (Amado, 2004; Khaxas, 2001; Ottoson, 2006; Saiz, 2004; Samelius y Wagberg, 2005). De igual manera, el matrimonio entre personas del mismo sexo está restringido en la mayoría de los países, con lo cual se les niegan los beneficios sociales y de salud establecidos que se otorgan a las personas casadas (Herdt y Kirtzner, 2006). Niveau et al. (1995) documentan aun más la negación del derecho al matrimonio de los transexuales en países donde, por ejemplo, no hay ningún mecanismo para cambiar el estado civil a pesar de la transformación completa, quirúrgica y hormonal, de las características biológicas de sexo (por ejemplo, Reino Unido, Francia).

No es poco común que a las mujeres heterosexuales se les niegue el derecho a elegir a sus compañeros sexuales, a elegir si se casarán y con quién, a decidir si tendrán o no relaciones sexuales, a estar exentas de la actividad sexual a la cual no consienten y a esperar que su integridad física se respete. Por ejemplo, en Turquía, donde una mujer soltera no puede decidir tener relaciones sexuales, la prueba de virginidad es realizada por médicos del Estado a petición de los padres u otras autoridades de la comunidad y contra la voluntad de las mujeres y las niñas mismas (Girard, 2001; Lai y Ralph, 1995; Tambiah, 1995). La mutilación genital femenina se practica en los países de África, del Oriente Medio, de África del norte y del África subsahariana, así como en Asia para controlar la actividad sexual y mejorar la aceptación y el atractivo de las niñas y las mujeres (Amado, 2004; Bop, 2005; Igras, Muteshi, Wolde Mariam y Ali, 2004; Jaldesa, Askew, Njue y Wanjuru, 2005; Lewis 1995; Shaaban y Harbison, 2005; WHO, 1999). Las organizaciones de mujeres en Perú y otros países latinoamericanos han documentado las dificultades que se presentan a las mujeres para ejercer su derecho a la autonomía en las decisiones sexuales, ante el

personal de los establecimientos de salud pública, en particular cuando las mujeres son pobres o miembros de comunidades étnicas minoritarias (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer y Centro para la Ley y la Política de la Reproducción, 1999). Con la finalidad de controlar la propagación del VIH, el gobierno de Swazilandia, en el 2001 prohibió por cinco años que las mujeres solteras tuvieran relaciones sexuales, lo que incluía la abstinencia de estrechar la mano de los hombres (Girard, 2001).

El matrimonio infantil y la maternidad temprana —por debajo de la edad en que se considera posible el consentimiento independiente en los tratados internacionales— se ha documentado en Asia, África y el Oriente Medio (Bruce y Clark, 2004; Germain, 2005; Internacional Center for Research on Women (ICRW), 2004; Lai y Ralph, 1995; Save the Children, 2004). En los países donde la decisión de si una persona quiere casarse, cuándo y con quién corresponde al padre o a otros familiares masculinos, no necesariamente se busca el consentimiento de las niñas y las mujeres, con lo cual el matrimonio es forzado (Amado, 2004). Una vez casadas, las mujeres en muchos países, en particular en Oriente Medio, el norte de África y América Latina, pero también en Irlanda, no pueden dejar el matrimonio, ya que se les niega el divorcio o su capacidad para tener acceso al divorcio está seriamente limitada (Amado, 2004; Fried y Landsberg-Lewis, 2000; Shephard, 2000).

Por último, si bien el intercambio del sexo por la ganancia material inmediata (que suele denominarse prostitución, o conocido más generalmente como trabajo del sexo), aun cuando haya consentimiento entre las partes, está fuera de los códigos penales en *algunas de sus formas* en sólo 12 países (Australia, Brasil, Canadá, Costa Rica, Dinamarca, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelandia, España, Suecia, Suiza, y los estados de Nevada y Rhode Island en los Estados Unidos), los organismos de las Naciones Unidas notifican la trata de cientos de miles de mujeres y niñas, contra su voluntad, procedentes de África, Asia y Europa oriental para fines de trabajo sexual (PNUD, 2000; FNUAP 1999, 2000; UNICEF, 2001; UN 1994, 1999, 2000).

E) La necesidad de reconocer, promover, garantizar y proteger los derechos sexuales para todos a fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Hay una bibliografía extensa sobre los vínculos estrechos entre los ODM y los derechos sexuales. Las inequidades por razón de género y la falta de autonomía de las mujeres exacerban y son causa de gran parte de la pobreza en el mundo y de la mala salud maternoinfantil. La pobreza es también un factor determinante primordial de la salud maternoinfantil y estos tres factores influyen conjuntamente en el acceso a la enseñanza primaria (especialmente para niñas) y su culminación. La pobreza, la salud, la educación y el hecho de ser mujer crean y exacerban las condiciones de vulnerabilidad al VIH, el sida, la malaria y otras enfermedades. En conjunto, la pobreza, la salud, la educación y especialmente la infección por el VIH/sida y la malaria, a través de sus efectos sobre los individuos, las familias y las comunidades

aumentan el estrés en el entorno físico. La experiencia ha demostrado claramente que estos factores solo pueden abordarse eficazmente a través de una coalición entre las naciones, es decir, los ocho ODM.

Los capítulos restantes de este documento abordan, individualmente, en qué forma la promoción de salud sexual como parte de los programas de salud reproductiva, el suministro de acceso universal a la educación sobre la sexualidad, la promoción de la equidad de género en materia de sexualidad, la erradicación del abuso y la violencia sexuales, el reconocimiento del placer sexual como un componente del bienestar, la erradicación de las ITS, incluida la infección por el VIH/sida y la lucha contra la enfermedad y la disfunción sexuales contribuyen a la consecución de los ODM. El reconocimiento oficial de los derechos sexuales establecería las garantías legales y de política para estos reconocimientos, erradicaciones, accesos, disposiciones y promociones que luego podrían usarse para preparar la programación, la prestación de servicios y las medidas legales pertinentes. En consecuencia, es a través de estos mecanismos que los derechos sexuales contribuyen a los ODM. Desde los debates sobre los derechos sexuales en la CIPD y en Beijing, han venido aumentando los datos probatorios acerca de cambios legales y de política que incorporan los derechos sexuales enumerados en la definición práctica de la OMS.

F) La necesidad de leyes y políticas de protección

En el último decenio, se ha abordado la violencia contra la mujer en la reforma legal efectuada en 24 países (WHO, 2002b). En Marruecos, un nuevo derecho de familia aprobado en el 2004 les da a las mujeres igualdad en la familia (Amado, 2004), e Irán está considerando la modificación a su derecho de familia que impondrá los mismos requisitos en los esposos de satisfacer las necesidades sexuales de sus esposas, lo que había sido la obligación legal de largo plazo de las esposas con respecto a los esposos (periódico de Irán, 27 de julio del 2005). Estas leyes contribuyen a la equidad de género, a la experiencia de una vida sexualmente placentera y satisfactoria, y al respeto del derecho de las mujeres a la autodeterminación en la elección del compañero matrimonial y sexual, sin temor al castigo.

El derecho de las mujeres a la autodeterminación reproductiva es apoyado por el cambio en las leyes relativas al aborto. Desde 1995, quince países han aprobado leyes que liberalizan el acceso al aborto sin riesgo. Entre estos se encuentran Benín, Burkina Faso, Chad, Guinea, Malí y Nepal que tenían antes algunas de las leyes más restrictivas. Sin embargo, cinco países (El Salvador, Irlanda, Hungría, Polonia, Federación de Rusia y los Estados Unidos) han aprobado leyes que restringen más el acceso al aborto (Centro para los Derechos Reproductivos, 2005).

El respeto de la integridad física de las mujeres, y la protección de la salud sexual y reproductiva, y de la salud y la vida de los lactantes nacidos de ellas (Shaaban y Harbison, 2005) se manifiesta en la aprobación de leyes que tipifican como delito el corte genital femenino en 9 países industrializados y 11 países africanos desde 1995 (CRIP, 2006; Rahman y Toubiah, 2000). Sin embargo, como se demuestra

en los ejemplos de varios países, y experimentado también en el trabajo de uno de los autores (Maticka-Tyndale) en Kenya, tales leyes a menudo han conducido a la práctica clandestina (por ejemplo, BBC, 2004a; WHO, 1999) lo que aumenta los riesgos para la salud (BBC, 2004b). Como se mencionó anteriormente, la preocupación por la integridad física de los niños se manifiesta en las políticas fijadas por diversas asociaciones médicas nacionales (Grupo de Estudio sobre la Circuncisión de la Academia Estadounidense de Pediatría, 1999; Asociación Médica Estadounidense, 1999; Universidad Australiana de Pediatría (1996); Fetus and Newborn Committee, 1996) que no recomiendan la circuncisión habitual de los lactantes masculinos debido a que los "datos probatorios son insuficientes acerca de los efectos beneficiosos sobre la salud".

G) La necesidad de derechos positivos y condiciones propicias

Los derechos positivos y las condiciones propicias son los que favorecen la capacidad de las personas para actuar de acuerdo a lo que elijan y a tomar sus propias decisiones. Ha habido un movimiento gradual hacia el reconocimiento del derecho de las parejas del mismo sexo a casarse, y a adoptar y a criar niños, y a beneficiarse de la condición social y jurídica del cónyuge en un número cada vez mayor de países. Hasta junio del 2006, Bélgica, Canadá, España, los Países Bajos y el estado de Massachusetts en los Estados Unidos aceptaban el matrimonio, independientemente del sexo de los miembros de la pareja (IGLHRC, 2006). En 1994, Sudáfrica se convirtió en el primer país en incorporar en su Constitución la no discriminación basada en la orientación sexual.

La información, la educación y los servicios de salud sexual y reproductiva se preconizan como derechos sexuales por sí mismos y también comprenden un componente de las condiciones propicias que permiten a las personas actuar sobre otros derechos sexuales. El documento de la OMS *Conceptual Framework* (WHO, 2007, en prensa) describe cambios que han ocurrido en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva al pasar de un enfoque basado en las necesidades hacia un enfoque basado en los derechos. Los servicios se han ampliado para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de las parejas, así como de las mujeres, y de quienes no se encuentran en la edad fecunda. Hay también cambios graduales para pasar desde sencillamente tratar las enfermedades y la mala salud sexuales hasta la promoción del bienestar y el placer sexuales, aunque estos cambios están tardando más para ponerse en práctica (WHO, 2007, en prensa). Varios programas han empezado a incorporar una programación para los hombres, en particular con relación a la equidad de género o la violencia (por ejemplo, Guedes, Stevens, Helzner y Medina, 2002).

Un número cada vez mayor de países está avanzando para ejecutar programas eficaces de prevención de la infección por el VIH destinados a los jóvenes a través de las escuelas (véase Kirby, Laris y Rolleri, 2006, que da una reseña) y las comunidades (véase Maticka-Tyndale y Brouillard-Coyle, 2006, en prensa, que da una reseña). El mandato del Gobierno de Kenya en el 2001 de que se imparta una lección sobre

el sida una vez a la semana en todos los grados de la escuela primaria y secundaria apoyaba los derechos de los niños y los jóvenes a recibir información y educación sexual relacionada con el VIH y el sida. La adopción por el gobierno, en el 2005, de un programa de capacitación en el servicio y antes del servicio para todos los maestros de primaria en educación de prevención de la infección por el VIH/sida, apoyaba aun más ese derecho (Maticka-Tyndale, Wildish y Gichuru, 2004; Wildish y Gichuru, 2006, en prensa).

Varias organizaciones en América Latina están trabajando con una orientación de derechos sexuales (por ejemplo, Profamilia, Horizontes, Instituto Promundo, Asociación de Planificación Familiar de Jamaica y la Federación Internacional de Planificación Familiar). Han lanzado intervenciones destinadas a establecer normas de género más equitativas en las comunidades, abordando específicamente situaciones de violencia contra la mujer en Brasil, Jamaica, Colombia y Venezuela (Guedes, Stevens, Helzner y Medina, 2002; IPPFWH 2001a, 2001b; Pulerwitz, Barker, Segundo y Nascimento, 2006). En Uganda se ha movilizado a líderes religiosos (Kagimu, Marum, Webwire-Mangen, Nakyanjo, Walakira y Hogle,1998), Malawi (Willms, Arratia, Makondesa, 2004), y Tailandia (Maund, 2006; Sangha Metta, 2006) para empoderar a jóvenes y adultos por igual y para suministrar información y educación para la prevención y atención de la infección por el VIH, lo que a menudo incluye la reinterpretación de la doctrina religiosa para suministrar información por lo demás contenciosa (Wolderhanna, Kingheim, Murphy, et al., 2005). En el Canadá, las coaliciones de organizaciones que representan a los profesionales del sexo e investigadores de universidades han usado métodos basados en los derechos para sus investigaciones y abogar por cambios legales y de política en apoyo del trabajo programático de organizaciones de profesionales del sexo que se refieren a la salud, la seguridad y el bienestar de los profesionales del sexo (por ejemplo, STAR, 2005).

Por último, Cabal, Roa y Sepúlveda-Oliva (2003) nos recuerdan que los tribunales apoyándose en los tratados internacionales, ofrecen una vía para lograr cambios, especialmente cuando no hay vinculación entre las normas internacionales, constitucionales y legislativas y las realidades de la vida de la gente (Cabal, Roa y Sepúlveda-Oliva, 2003). Varias organizaciones en América Latina han promovido el uso de tribunales y la litigación internacional como estrategias para mejorar la legislación y las políticas nacionales para beneficio de las mujeres y las niñas (véase Cabal, Roa y Sepúlveda-Oliva, 2003: p. 51-52, para más detalles).

Estos ejemplos de legislación, política y programas que promueven los derechos sexuales se han elaborado sin ningún tratado o reconocimiento formal internacional de los derechos sexuales per se. Por lo tanto, han utilizado convenios internacionales o acuerdos locales de derechos humanos para impulsar estas iniciativas. La existencia de un diálogo sobre los derechos sexuales ha sido suficiente para hacer avanzar estas iniciativas.

Superar las complejidades y los retos relativos a los derechos sexuales

Si bien los datos probatorios acerca de la necesidad y de las posibilidades resultantes de un reconocimiento formal de los derechos sexuales parecen irrefutables, hay que reconocer la complejidad y el reto de lograr tal reconocimiento. Es de importancia capital superar estos dos retos:

- El reto de ampliar el ámbito de un enfoque basado en los derechos;
- El reto de elaborar y establecer un método para alcanzar el reconocimiento internacional de los derechos sexuales.

El reto de ampliar el ámbito de un enfoque basado en los derechos

A pesar de que los derechos sexuales no se mencionan explícitamente en ningún tratado o convenio de las Naciones Unidas, la defensa de los derechos sexuales está bien afianzada en las disposiciones de prácticamente todos los tratados y convenciones de derechos humanos vigentes y se ha puesto de relieve en los debates, resoluciones e informes de las comisiones de las Naciones Unidas establecidas para vigilar el progreso hacia la aplicación de las disposiciones de los tratados. Dos ejemplos son el Comentario General emanado de la comisión acerca del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que estipula la no discriminación basada en la orientación sexual (CESCR, 2000) y el informe reciente de Paul Hunt, Relator Especial ante las Naciones Unidas, que aboga por el reconocimiento de los derechos sexuales (Hunt, 2006). La persistencia de las violaciones a los derechos humanos relacionados con la sexualidad, a pesar de la ratificación amplia de esos tratados y convenios, así como de las medidas tomadas por los comités fiscalizadores, nos alerta sobre las limitaciones de tales tratados y convenios para hacer avanzar la agenda de los derechos. Los expertos en materia jurídica y los defensores de los derechos como Wilets (1997) nos recuerdan tres limitaciones clave de esos tratados y acuerdos. Primero, aunque la mayoría de ellos han recibido un respaldo amplio (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2004), por su naturaleza no tienen fuerza jurídica vinculante y se refieren a las leyes y las costumbres nacionales cuando hay problemas contenciosos. Por lo tanto, en el caso de los Estados cuyos profesionales médicos consideran a la homosexualidad como una enfermedad cuya expresión pública fomenta su propagación (como sucede en la mayoría de los países islámicos), lo que se ha presentado en este documento como violaciones a los derechos son vistos como compatibles con el derecho al tratamiento de las personas que padecen una enfermedad y el derecho del público a protegerse de la propagación de una enfermedad prevenible.

Segundo, los tratados y los acuerdos abordan las responsabilidades de los Estados y los agentes de los Estados, pero tienen poca o ninguna influencia sobre la sociedad civil. Esto se ilustra en los ejemplos de Egipto, Kenya y otros países donde, a pesar de las prohibiciones de la mutilación genital femenina, todavía se practica. También se observa en el Canadá (y otros países) donde, a pesar de las leyes que

prohíben los crímenes motivados por el odio así como la agresión física, los hombres homosexuales son todavía víctimas de agresiones y asesinatos perpetrados por ciudadanos o grupos extremistas privados (Janoff, 2005).

Tercero, los marcos jurídicos a los que se tiene acceso mediante acuerdos de derechos son más apropiados para prohibir o prevenir el daño físico que para promover los derechos positivos (por ejemplo, el derecho de llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera) o para garantizar que existan las condiciones propicias necesarias para ejercer esos derechos. Esto es particularmente resaltante cuando consideramos que el ejercicio de muchos derechos tiene como premisa la idea del consentimiento (relaciones consensuales, actos sexuales, matrimonio). La investigación en diversos entornos ha planteado la pregunta de si es posible el consentimiento sin las condiciones propicias. Las condiciones económicas y sociales pueden, por ejemplo, imponer limitaciones graves a las opciones posibles. Por lo tanto, las niñas jóvenes consienten en tener relaciones sexuales o en casarse cuando no tienen ninguna otra manera para satisfacer las necesidades económicas o para lograr una situación apoyada por la sociedad de su comunidad (Maticka-Tyndale, Gallant, Brouillard-Coyle, et al., 2005; Sanyukta, Greene y Malhotra, 2003). De igual manera, las viudas pueden consentir en tener relaciones sexuales con un pariente masculino o miembro de la comunidad para mantener su posición económica y social en la comunidad (Luginaah, Elkins, Maticka-Tyndale, Landry y Muthui, 2005). La función de la economía es también evidente en Rumania y otros países de Europa central y oriental donde los abortos legales y a menudo gratuitos se usan para el control de la natalidad en lugar de los métodos anticonceptivos costosos y difíciles de conseguir (Mertus, 2001; Yamin, 2004), lo que plantea la pregunta de si las mujeres han elegido libremente los métodos para controlar su fecundidad o se han visto forzadas por las circunstancias económicas.

Estas limitaciones ilustran la línea divisoria entre los tratados y los acuerdos internacionales, o aun las leyes nacionales, y las realidades locales de la vida de la gente donde múltiples condiciones interdependientes influyen en las decisiones que se toman. Las consecuencias de una falta de vinculación entre la concientización sobre los derechos y la instauración de las condiciones propicias para el ejercicio de esos derechos se ilustran de manera trágica con los sucesos notificados en la provincia de Ilam, Irán. Al aumento de la "concientización y las exigencias" de las mujeres por medio de la educación en la provincia de Ilam se le atribuye parte del aumento considerable en las tasas de suicidio entre mujeres en la provincia en el 2004. Heyran Pour-Najaf, un asesor del gobernador de Ilam, opinó que las mujeres se habían inmolado ellas mismas para protestar contra "condiciones familiares horrorosas" cuando no pudieron lograr los "derechos" acerca de los cuales habían aprendido (Ilam Suicide High Rate, 28 de febrero de 2005). Por último, las metas a veces contrapuestas de los derechos humanos y la salud pública se ilustran en los diferenciales mundiales en la prevalencia de la infección por el VIH y en las políticas a las que se atribuye el mantenimiento de una incidencia baja o descendente. Hay que tener sumo cuidado al interpretar la información que señala una asociación entre los resultados positivos de salud y la legislación que limita los derechos sexuales.

Por ejemplo, a nivel mundial, la incidencia de la infección por el VIH ha sido más baja en países con leyes particularmente restrictivas relacionadas con la autonomía sexual (por ejemplo, Oriente Medio, Senegal) o que han ejecutado medidas de salud pública que restringen los derechos humanos o sexuales, como en la política adoptada inicialmente en Cuba de la cuarentena para las personas seropositivas al VIH. De la misma manera, en Tailandia se atribuye la disminución de la incidencia de la infección por el VIH, en gran parte, a su política del uso obligatorio de condones en los burdeles; una política que viola el derecho a la autodeterminación y que, sobre esta base, se topó con la oposición de varios países ricos y grupos internacionales. Si bien los logros pueden documentarse con programas verticales y enfoques prescriptivos y restrictivos, especialmente en las etapas iniciales de un programa o iniciativa de salud, quizás ocurran retrocesos como resultado de la falta de inhibiciones en la conducta ocasionada por condiciones opresivas y el logro de la salud física sin bienestar completo.

El reto de formular y establecer un método para el logro del consenso internacional

Los derechos sexuales se encuentran en el centro de creencias profundamente arraigadas acerca de la naturaleza del ser humano, de las identidades individuales y de los grupos, y el orden moral. Como tal, suscitan debates acalorados y resistencia que han impedido todo movimiento hacia el consenso o el reconocimiento. Bauman (1993), en su obra *Post-Modern Ethics*, expone una discusión convincente sobre la necesidad de un método nuevo para abordar los dilemas éticos mundiales, según los planten los derechos sexuales. Plummer (2003) y Correa y Parker (2004) describen ese enfoque, que consta de un diálogo abierto, recíproco, comunicativo para establecer códigos y consenso internacional. El enfoque es compatible con lo que Miller (2001) identifica como un principio clave que sirve de base al trabajo de los derechos humanos, es decir, la participación de personas y grupos para definir y resolver los problemas que les afectan.

Esos enfoques de acción participativa se utilizan cada vez más en el trabajo local con poblaciones que, de otro modo, quedarían excluidas del establecimiento de agendas, prioridades y el diseño de programas (Horizons, 2002; Maticka-Tyndale y Brouillard-Coyle, 2006, en prensa). También se han visto en los proyectos dialógicos del National Issues Forum, the Public Conversations Project y el Public Dialogue Consortium (Pearce y Littlejohn, 1997), así como en el proceso aplicado por el anterior Director General de Sanidad de los Estados Unidos para establecer una declaración de consenso acerca de la salud sexual (Satcher, 2006). La acción participativa es particularmente destacada en el caso de los derechos sexuales donde existen diferencias no solo *a través* de los grupos culturales y religiosos, sino también *dentro* de ellos. Las diferencias dentro de los grupos se observan en el ejemplo del Islamismo dónde, a pesar de la oposición de grupos islámicos conservadores a la redacción de acuerdos y programas de acción recientes basados en los derechos (Parker et al., 2004; Petchesky, 2000), varios expertos musulmanes han presentado el argumento de que el Islamismo es compatible con un enfoque basado en los

derechos y lo apoya (por ejemplo, Un-Naim, 2004; Chase y Alaug, 2004; Senturk, 2005). Otras diferencias similares en la interpretación de la doctrina religiosa son evidentes dentro de las comunidades de todas las creencias religiosas (véanse, por ejemplo, documentos en el sitio web del Religious Institute on Sexual Morality, Justice and Healing: www.religiousinstitute.org o Catholics for Free Choice: www.cath4choice.org). Esto indica que hay cabida para el diálogo dentro de las comunidades de la fe.

Los enfoques de acción participativos podrían aplicarse internacionalmente para que la comunidad mundial avance más hacia el consenso en cuestiones contenciosas de derechos sexuales. Esto, sin embargo, exigiría el compromiso de todas las partes para trabajar en busca del consenso y la participación en el examen crítico y la comunicación franca acerca de sus propias posiciones; para aceptar el examen crítico de su posición desde fuera y oír respetuosamente y considerar debidamente las posiciones de otros.

Conclusiones

Los derechos sexuales, del mismo modo que todos los derechos humanos, son importantes por su potencial liberador. La gran esperanza que ofrecen los derechos sexuales junto con las inquietudes expuestas por los Estados-nación y los teóricos por igual sugiere que el trabajo debe avanzar con humildad, es decir, reconocer los poderes profundamente liberadores, así como los poderes opresivos de los derechos debido a que modifican relaciones sociales respetadas y de larga data que han sido fundamentales para la seguridad, así como la opresión de personas y comunidades por igual. Esto requiere trabajar en varios frentes. Las organizaciones del gobierno, las no gubernamentales y multilaterales deben seguir adoptando y ampliando los enfoques de salud sexual basados en los derechos. Al mismo tiempo, es necesario trabajar más para crear una concepción de los derechos sexuales más amplia y que genere más autonomía, que pueda superar divisiones y luchas localizadas para servir de base a una praxis transformada de salud pública (Parker et al., 2004). Este trabajo debe incluir a numerosos socios de diferentes antecedentes culturales y religiosos, así como de disciplinas y sectores diversos. A medida que avanza este trabajo, es esencial estar alerta ante su potencial tanto liberador como opresivo. Según sugiere Collier (2000) en su examen de los cambios en el derecho de familia y Plummer (2003), en su exposición de la elaboración de una ética de la ciudadanía íntima, cabe preguntarse si estamos perdiendo una ética de obligación y atención al hacer énfasis en los derechos de la persona. La sexualidad, después de todo, existe y se experimenta no solo dentro del individuo, sino en las relaciones: relaciones con socios, con niños, con padres y con los compañeros miembros de la comunidad. Será al lograr un equilibrio entre los derechos y las obligaciones, entre cuidar la personalidad propia y cuidar a otros que lograremos el equilibrio y desarrollaremos derechos sexuales que beneficio a la salud, el bienestar y la calidad de vida de todas las comunidades y hagan avanzar a las naciones hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Acciones necesarias

De la discusión presentada en esta sección surgen tres recomendaciones para hacer avanzar los derechos sexuales:

1.1 Para abogar eficazmente por la salud sexual y promoverla es importante que los derechos sexuales estén ubicados dentro del contexto de los derechos humanos existentes. Debe alentarse a los gobiernos y las organizaciones y organismos internacionales a que respalden la agenda de los derechos sexuales mediante el reconocimiento, la promoción, el respeto, la garantía y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales esenciales para la salud sexual. Este enfoque servirá para ubicar a los derechos sexuales dentro de los tratados y los convenios vigentes, de manera que los derechos sexuales estén incluidos en los mecanismos de seguimiento y cumplimiento de estos acuerdos.

1.2 La promoción de los derechos sexuales exige la acción participativa y los proyectos dialógicos que aportan diferentes perspectivas culturales, religiosas y sociales al tema de la salud sexual.

1.3 Debe establecerse un sistema para el seguimiento y la evaluación de los adelantos en materia de derechos sexuales. Este sistema debe incluir el estudio y la evaluación de las implicaciones de los cambios en la política y las leyes relacionadas con los derechos sexuales, a fin de lograr resultados a largo plazo en materia de salud y calidad de vida.

Referencias

Abu Odeh, L. (2000). Crimes of Honor and the Construction of Gender in Arab Societies. In P. Ilkkaracan (Ed.), Women and Sexuality in Muslim Societies (pp. 363 380). Estambul: Women for Women's Human Rights.

Amado, L. E. (2004). Workshop on Sexual and Bodily Rights as Human Rights in the Middle East and North Africa (Women for Women's Human Rights (WWHR). (29 de mayo al 1 de junio del 2003), Estambul, Turquía: NEW WAYS.

American Academy of Pediatrics Task Force on Circumcision (1999). Circumcision Policy Statement. Pediatrics, 103 (3): 686-693. (Política reafirmada en el año 2005 y en el 2006).

American Medical Association (1999). Report 10 of the Council on Scientific Affairs (I-99). Bajado el 5 de octubre del 2006. www.ama-assn.org/ama/pub/category/13585.html

American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV TR. Washington, D.C.

Amnesty International. (2005). Stone Walled: Police Abuse and Misconduct Against Lesbian,Gay,Bisexual and Transgender People in the US. USA: Amnesty International Estados Unidos de América.

An Naim, A. (2004). The Best of Times and the Worst of Times: Human Agency and Human Rights in Islamic Societies. Muslim World of Human Rights, 1(1), 13 páginas. Extraido el 30 de marzo del 2006 del sitio http://www.bepress.com/mwjhr/vol1/iss1/art5

Arnold, E., Smith, T., Harrison, D., & Springer, D. (1999). The effects of abstinence based sex education programs on middle school student's knowledge and beliefs. Research in Social Work Practice, 9(1), 10 24.

Australian College of Paediatricts (1996). Position Statement. Adopted by the Royal College of Physicians of Australia (2002).

Balakrishnan, R. (2001). Capitalism and sexuality: Free to choose? In P. Beattie Jung, M. Hunt & R. Balakrishnan (Eds.), Good Sex: Feminist Perspectives From the World's Religions New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press. (pp. 44-57).

Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O., et al. (2006) Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. The Lancet, 367: 1835-1841.

Barrett, M. King, A. Levy, J. Maticka-Tyndale, E. McKay,A.. (1997) Sexuality in Canada. In R. Francoeur & R. Noonan (Eds.), International Encyclopedia of Sexuality, vol 1. Continuum Publishers: NY. Pp. 221-343.

Bauman, Z. (1993) Post-Modern Ethics. Cambridge: Polity Press.

Bayes, J., & Tohidi, N. (Eds.). (2001). Globalization, Gender, and Religion. Nueva York: Palgrave.

BBC News. (2004a, 17 August). Circumcision arrests in Burkina. 17 de agosto del 2004. Extraido el 6 de abril del 2006 del sitio http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/3574466.stm

BBC News. (2004b, 24 March). Female circumcision 'on the rise'. 24 de marzo del 2004. Extraido el 6 de april del 2004 del sitio http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/3564203.stm

Blum, C., & Kelly, N. (2000). The Protection of Women Refugees. In K. Askin & D. Koenig (Eds.), Women and International Human Rights Law. Vol 3 (pp. 197 240). Ardsley, NY: Transnational Publishers, Inc.

Bop, C. (2005). Australian Institute of Health and Welfare Rights In Senegal. Muslim World Journal of Human Rights, 2(1), 32 páginas. Extraido el 31 de marzo del 2006 del sitio http://www.bepress.com/mwjhr/vol2/iss1/art3

Boyle, E.H. & Preves, S.E. (2000) National politics as international process: The case of anti-female-genital-cutting laws. Law & Society Review. 34, 3, 703-737.

Bruce, J. & Clark, S. (2004). The implications of early marriage for HIV/AIDS policy brief based on background paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. Nueva York: Population Council.

Cabal, L., Roa, M., & Sepulveda Oliva, L. (2003). What Role Can International Litigation Play in the Promotion and Advancement of Reproductive Rights in Latin America? Health and Human Rights: An International Journal, 7(1), 50 88.

Castro, R., & Erviti, J. (2003). Violations of Reproductive Rights During Hospital Births in Mexico. Health and Human Rights: An International Journal, 7(1), 90 110.

Center for Reproductive Rights (2005). Abortion and the Law: Ten Years of Reform. Briefing Paper. Extraido el 15 de marzo del 2006: http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_abortionlaws10.pdf

Chase, A. T., & Alaug, A. K. (2004). Health, Human Rights, and Islam: A Focus on Yemen. Health and Human Rights: An International Journal, 8(1), 114 137.

Collier, R. (2000). Straight Families, Queer Lives? Heterosexual(izing) Family law. In C. Stychin & D. Herman (Eds.), Sexuality in the Legal Arena (pp. 164 177). Londres: The Athlone Press.

Comité de America Latina y el Caribé para la Defensa de los Derechos de la Mujer, & Center for Reproductive Law and Policy. (1999). Silence and Complicity: Violence against women in Peruvian public health facilities. Nueva York: Center for Reproductive Law and Policy.

Cook, R. J. (1995). Human Rights and Reproductive Self Determination. The American University Law Review, 44, 975 1016.

Corrêa, S., & Parker, R. (2004). Sexuality, Human Rights, and Demographic Thinking:Connections and Disjunctions in a Changing World. Sexuality Research and Social Policy, 1(1), 15 38.

Di Giulio, G. (2003). Sexuality and People Living with Physical or Developmental Disabilities: A Review of Key Issues. The Canadian Journal of Human Sexuality, 12(1), 53 68.

Dybwad, R.F. (1976) Human Rights: Myth or Reality. From Speeches of Rosemary F. Dybwad. Friends of the Samuel Gridley Howe library and the Dybwad Family. Extraido el 23 de marzo del 2006. www.disability museum.org/lib/docs/2012.htm?page=print

Farmer, P. (1999). Pathologies of power: rethinking health and human rights. American Journal of Public Health, 89, 1486-1496.

Fetus and Newborn Committee of the Canadian Pediatric Society (1996) Policy Statement. Canadian Medical Association Journal, 154 (6): 769-780. Reafirmado en el 2005.

Fried, S., & Landsberg Lewis, I. (2000). Sexual Rights: From Concept to Strategy. In K. Askin & D. Koenig (Eds.), Women and International Human Rights Law. Vol 3 (pp. 91 122). Ardsley, NY: Transnational Publishers, Inc.

Garcia-Moreno C., Watts C. (2000) Violence against women: its importance for HIV/AIDS. AIDS 2000, 14 (supp. 3): 5253-5265.

Germain, A. (President, International Women's Health Coalition). (25 de octubre del 2005). Making Progress:An International Agenda to Secure and Advance Sexual and Reproductive Rights and Health. In Workshop convened by the Ministry of Foreign Affairs, the Netherlands. Netherlands: Ministry of Foreign Affairs, Reino de los Países Bajos.

Girard, F. (29 de septiembre al 1 de octubre del 2001). Human Rights and Women's Health: The light at the end of the speculum. Presented at the Health, Law and Human Rights: Exploring the connections, Philadelphia, PA: American Society of Law; Medicine and Ethics; Temple University Beasley School of Law; UNAIDS; WHO; Francois Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights at Harvard School of Public Health.

Girard, F. (2005). Sexual Health and Human Development in International, Inter-Governmental Agreements: Background Paper.

Guedes, A., Stevens, L., Helzner, J., & Medina, S. (2002). Addressing Gender Violence in Reproductive and Sexual Health Program in Venezuela. Washington, D.C.: Population Council.

Hawkes, G. (2004) Pleasure and desire in the age of modernity. In Hawkes, G. Sex and Pleasure in Western Culture. Londres: Polity

Hendriks, A. (1995). The Right to Health, Promotion and Protection of Women's Right to Sexual and Reproductive Health under International Law: The Economic Covnant and the Women's Convention. Reproductive Health Under International Law, 44, 1123 1144.

Herdt, G., & Kertzner, R. (2006). I Do, But I Can't: The Impact of Marriage Denial on the Mental Health and Sexual Citizenship of Lesbians and Gay Men in the United States., National Sexuality Resource Center (Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC).

Heyzer, N. (2006). Women's status in Angola should be the barometer of peace and security in the country. In Gender Profile of the Conflict in ANGOLA (11 páginas). Extraido el 30 de marzo del 2006 del sitio de United Nations Development Fund for Women (UNIFEM: WomenWarPeace.org).

Horizons. (2002). The Sonagachi Project: A Global Model for Community Development. In Horizons Report. Washington, DC: Population Council.

Howe, A. (2000). Homosexual Advances in Law: Murderous Excuse, Pluralized Ignorance and the Privilege of Unknowing. In C. Stychin & D. Herman (Eds.), Sexuality in the Legal Arena (pp. 84 99). Londres: The Athlone Press.

Hughes, D.M., Mladjenovic, L. & Mrsevic, Z. (1995). Feminist Resistance in Serbia. European Journal of Women's Studies, 2, 4, 509-532.

Human Rights Watch. (1996). All Too Familiar: Sexual Abuse of Women in US State Prisons (Human Rights Watch). Nueva York: Author.

Human Rights Watch/Africa, Human Rights Watch Women's Rights Project, & La Fédération Internationale des Droits de l'Homme. (1996). Shattered Lives: Sexual violence during the Rwandan genocide and its aftermath. Nueva York: Human Rights Watch.

Human Rights Watch and The International Gay and Lesbian Human Rights Commission (2003). More Than a Name: State Sponsored Homophobia and Its Consequences in Southern Africa. Bajado el 20 de marzo del 2006: http://www.iglhrc.org/files/iglhrc/reports/safriglhrc0303.pdf

Hunt, P. (3 de marzo del 2006). Economic, Social and Cultural Rights. In Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Tech. Rep. No. E/CN.4/2006/48). United Nations Commission on Human Rights.

Igras, S., Muteshi, J., WoldeMariam, A., & Ali, S. (2004). Integrating Rights Based Approaches into Community Based Health Projects: Experiences from the Prevention of Female Genital Cutting Project in East Africa. Health and Human Rights: An International Journal, 7(2), 252 271.

Ilam Suicide Rate High. (28 de febrero del 2005). Iran Daily, p. 5.

International Center for Research on Women. (Septiembre del 2004). When marriage is no haven. Child marriage in developing countries. Washington, DC.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) UN Doc E/C 12/2000/4 (4 de julio del 2000), General Comment 14.

International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC). Definitions of Marriage, How Legal Institutions Discriminate, Tradition, Marriage and Human Rights, Legal Strategies. Bajado el 2 de abril del del sitio de la International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC).

International Planned Parenthood Federation, W. H. R. (IPPF). (2001a). Brothers for Change: Working with Male Perpetrators of Violence in Jamaica. Forum, 15(1), 2.

International Planned Parenthood Federation, W. H. R. (IPPF) (2001b). For men only: Clinics for men in Colombia. Forum, 15(1), 6.

Iran Newpaper (in Farsi), anónimo, 27 de julio del 2005, No.3203, pp.4.

Jaldesa, G. W., Askew, J., Njue, C., & Wanjiru, M. (2005). Female Genital Cutting Among the Somali of Kenya and Management of Its Complications. Report to the United States Agency for International Development (USAID).

Janoff, D. (2005). Pink Blood: Homophobic Violence in Canada. Toronto: University of Toronto Press.

Joint United National Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2002). Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. 25 al 27 de junio del 2001, Nueva York.

Jones, J. (2002). Money, sex and the religious right: A constitutional analysis of federally funded Abstinence Only Until Marriage sexuality education. Creighton Law Review, 35, 1075 1106.

Kagimu, M., Marum, E., Webwire Kangen, F., Nakyanjo, N., Walakira, Y., & Hogle, J. (1998). Evaluation of the effectiveness of AIDS health education interventions in the Muslim community in Uganda. AIDS Education and Prevention, 10, 215 228.

Khaxas, E. (2001). Organizing for Sexual Rights: The Namibian women's manifesto. In C. Meillón & C. Bunch (Eds.), Holding on to the Promise: Women's Human Rights and the Beijing +5 Review (pp. 60 65). New Brunswick, NJ: Center for Women's Global Leadership, Rutgers.

Kirby, D., Laris, B., & Rolleri, L. (2006). The Impact of Sex and HIV Education Programs in Schools and Communities on Sexual Behavior Among Young People. Carolina del Norte: Family Health International.

La Luz, D. (2000). Concerns of women in armed conflict situations in Latin America. In K. Askin & D.

Koenig (Eds.), Women and International Human Rights Law. Vol 3 (pp. 325 366). Ardsley, Nueva York: Transnational Publishers, Inc.

Lai, S. Y., & Ralph, R. E. (1995). Female Sexual Auotonomy and Human Rights. Harvard Human Rights Journal, 8, 201 227.

Lewis, H. (1995). Between Irue and "Female Genital Mutilation": Feminist Human Rights Discourse and the Cultural Divide. Harvard Human Rights Journal, 8, 1 56.

Long, S. (2001). Sexual Minorities and the Work of the United Nations Special Rapporteur on Torture. International Gay and Lesbian Human Rights Commission.

Long, S. (2004). When Doctors Torture: The Anus and the State in Egypt and Beyond. Health and Human Rights: An International Journal, 7(2), 114 140.

Luginaah, I., Elkins, D., Maticka Tyndale, E., Landry, T., & Muthui, M. (2005). Challenges of a Pandemic: HIV/AIDS Related Problems Affecting Kenyan Widows. Social Science and Medicine, 55(1), 1219 1238.

Mann, J. A., Gruskin, S., Grodin, M.A., & Annas, G.J. (eds.) (1999) Health and Human Rights. NY: Routledge.

Maticka-Tyndale, E. (2002, 2003) Shaken Clear Down to the Core: Lessons Learned in Cross-cultural Research. Keynote presentation at: Society for the Scientific Study of Sexuality. Noviembre del 2002. Montreal, Quebec and Guelph Sexuality Conference. Junio del 2003. Guelph, Ontario.

Maticka-Tyndale, E. & Brouillard-Coyle, C. (2006) The effectiveness of community interventions targeting HIV and AIDS prevention at young people in developing countries. In Ross, D.A., Dick, B., Ferguson, J. (Eds.) Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries. Ginebra: OMS.

Maticka Tyndale, E., Gallant, M., Brouillard Coyle, C., Metcalfe, K., Holland, D., Wildish, J., & Gichuru, M. (2005). The Sexual Scripts of Kenyan Youth and HIV Prevention. Culture, Health and Sexuality, 7(1), 27 41.

Maticka Tyndale, E., Wildish, J., & Gichuru, M. (2004). HIV/AIDS and education: Experience in changing behaviour: A Kenyan example. In Commonwealth Education Partnerships 2004 (pp. 172 175). Londres, Inglaterra: The Stationary Office.

Maund, L. (2006). A Buddhist response to the HIV/AIDS crisis: Sangha Metta Project. In Reflections on Death, Buddhist Hospices & HIV/AIDS. Extraido el 27 de marzo del 2006 del sitio http://www.buddhanet.net/sangha metta/buddhim aids.html

Mertus, J. (2001). Human Rights of Women in Central and Eastern Europe. In Askin, K.D. & Koenig, D.M. (Eds.) Women and International Human Rights Law: Vol. 3. Ardsley, NY: Transnational Publishers, Inc. pp. 613-700.

Miller, A. M. (2001). Uneasy promises: Sexuality, health, and human Rights. American Journal of Public Health, 91(6), 861 864.

Mladjinovic, L., & Hughes, D. (2001). Feminist resistance to war and violence in Serbia. In M. Waller & J. Rycenga (Eds.), Frontline Feminisms: Women, War and Resistance (pp. 247 276). Nueva York: Routledge.

Morgan, W. (2000). Queering International Human Rights Law. In C. Stychin & D. Herman (Eds.), Sexuality in the Legal Arena (pp. 208 225). Londres: The Athlone Press.

Narrain, A. (2004). The Articulation of Rights around Sexuality and Health: Subaltern Queer Cultures in India in the Era of Hindutva. Health and Human Rights: An International Journal, 7(2), 142 164.

Niveau, G., Ummel, M., & Harding, T. (1995). Human rights Aspects of Transsexualism. Health and Human Rights: An International Journal, 4(1), 134 164.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (Junio del 2004). Status of Ratification of the Prinicpal International Human Rights Treaties. Extraido el 3 de abril del 2006 del sitio de las Naciones Unidas: http://www.unhchr.ch/pdf/report.pdf

Olujic, M. (1995). Women, Rape, and War: The Continued Trauma of Refugees and Displaced Persons in Croatia. Anthropology of East Europe Review, 13(1). Extraido el 29 de marzo del 2006 del sitio: http://condor.depaul.edu/~rrotenbe/aeer/aeer13_1/aeer13_1.html

Oriel, J. (2005). Sexual pleasure as a human right: Harmful or helpful to women in the context of HIV/AIDS? Women's Studies International Forum. 28. 392-404.

Ottoson, D. (2006). Legal Survey on the Countries in the World Having Legal Prohibitions on Sexual Activities Between Consenting Adults in Private. Sodertorn University, Estocolmo, Suecia.

Parker, R., di Mauro, D., Filiano, B., Garcia, J., Munoz-Laboy, M. & Sember, R. (2004). Global transformations and intimate relations in the 21st century : Social science research on sexuality and the emergence of sexual health and sexual rights frameworks. Annual Review of Sex Research, 15, 362-398.

Pearce, W. Barnett, Littlejohn, S.W. (1997) Moral Conflict: When Social Worlds Collide. Londres: Sage.

Petchesky, R. (2000). Sexual Rights: Inventing a concept, mapping and international practice. In R. Parker, R. Barbosa & P. Aggleton (Eds.), Framing the Sexual Subject: The politics of gender, sexuality and power (pp. 81 103). Berkeley: University of California Press.

Plummer, K. (2003) Intimate Citizenship: Private Decisions and Public Dialogues. Montreal: McGill-Queen's University Press.

Pulerwitz, J., Barker, G., Segundo, M., & Nascimento, M. (2006). Promoting More Gender Equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDSPrevention Strategy (Horizons Program/Instituto Promundo). USAID/Population Council.

Rahman, A., & Toubia, N. (2000). Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide. Londres: Zed Books.

Richardson, D. (2000). Constructing Sexual Citizenship: Theorizing sexual rights. Critical Social Policy, 20(1), 105 135.

Saiz, I. (2004). Bracketing Sexuality: Human Rights and Sexual Orientation A Decade of Development and Denial at the UN. Health and Human Rights: An International Journal, 7(2), 48 80.

Samelius, L., & Wagberg, E. (2005). Sexual Orientation and Gender Identity Issues in Development (Swedish International Development Cooperation Agency). Sweden: Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA).

Sangha Metta Project. (2006). Caring for the future. In Reflections on Death, Buddhist Hospices & HIV/AIDS. Extraido el 27 de marzo del 2006 del sitio http://www.buddhanet.net/sangha metta/caring future.html

Sanyukta, M., Greene, M. & Malhotra. (2003) Too Young to Wed: The Lives, Rights and Health of Young Married Girls. Washington, DC: International Center for Research on Women.

Satcher, D. (2006) Interim Report of the National Consensus Process on Sexual Health and Responsible Sexual Behavior. Moorehouse School of Medicine.

Save the Children (2004). State of the World's Mothers. Bajado el 20 de marzo del 2006. http://www.popcouncil.org/mothers/reprot_2004/images/pdr/Perils_pp9_15.pdf

Senturk, R. (2005). Sociology of Rights:"I Am Therefore I Have Rights": Human Rights in Islam between Universalistic and Communalistic Perspectives. Muslim World Journal of Human Rights, 2(1), 33 páginas. Extraído el 2 de abril del 2006 del sitio http://www.bepress.com/mwjhr/vol2/iss1/art11/ (artículo 11).

Shaaban, L. M., & Harbison, S. (2005). Reaching the tipping point against female genital mutilation. Lancet, 366, 347 349.

Shepard, B. (2000). The "Double Discourse" on Sexual and Reproductive Rights in Latin America: The Chasm between Public Policy and Private Actions. Health and Human Rights: An International Journal, 4(2), 110 143.

Shirpak, K. A., H.E., Mohammad, K., Maticka Tyndale, E., Chinichian, M., Ramenzankhani, A., Fotouhi, A., et al. (2006, en prensa). Developing and Testing a Sex Education Program for the Female Clients of the Health Centers in Iran. Sex Education.

Shweder, R.A. (2000) What about 'female genital mutilation'? And why understanding culture matters in the first place. Daedalus. 129, 4, 209-231.

Spatz, M. (1991) A 'Lesser' Crime: A Comparative Study of Legal Defences for Men Who Kill Their Wives, Columbia Journal of Law and Social Problems, 24, 594-638.

STAR (2005) Bajado de www.uwindsor.ca/star. Marzo del 2006.

Tambiah, Y. (1995). Sexuality and Human Rights. In M. Schuler (Ed.), From Basic Needs to Basic Rights: Women's claim to human rights (pp. 369 390). Washington, D.C.: Women, Law and Development International.

Tilley, C. (2000). The contributions of the Australian government in meeting the health needs of Queensland women with physical disabilities. Sexuality and Disability, 18(1), 61 71.

UNDP. (2000). Human Development Report. Nueva York.

UNFPA. (1999). Violence against women and girls: A public health priority. Nueva York.

UNFPA. (2000). State of the World Population 2000: Lives Together, Worlds Apart. Nueva York.

UNICEF. (2001). Child Protection: Trafficking of Children. Nueva York.

United Nations. (1994). Report of the International Conference on Population and Development (United Nations No. A/Conf. 171/13). (ICPDPoA) Nueva York.

United Nations. (1995). Report of the Fourth World Conference on Women (United Nations No. A/Conf 177/20). (Beijing) Nueva York.

United Nations. (1999). Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty First Special Session of the General Assembly (United Nations No. A/S 21/5/Add.1). (ICPD+5) Nueva York.

United Nations. (2000). Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and Platform for Action (United Nations No. A/RES/S 23/3). (Beiing+5) Nueva York.

United Nations. (2005). The Millennium Development Goals Report (United Nations). Nueva York, Estados Unidos.

Universal Declaration of Human Rights, G.A. res. 217A (III), U.N. Doc A/810 at 71 (1948).

Van Donk, M. (2006). "Positive" urban futures in sub Saharan Africa: HIV/AIDS and the need for ABC (A Broader Conceptualization). Environment and Urbanization, 18(1), 155 175.

Van Eerdewijk, A. (2001) How Sexual and Reproductive Rights Can Divide and Unite. The European Journal of Women's Studies, 8, 4, 421-439.

Weeks, J. (1989). Sex, Politics and Society: The Regulation of Sexuality Since 1800. Nueva York: Longman.

Weeks, J. (2000). Making Sexual History. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

Whelan, D. (1998). Human Rights Approaches to an Expanded Response to Address Women's Vulnerability to HIV/AIDS. Health and Human Rights: An International Journal, 3(1), 20 36.

WHO (1998) Female Genital Mutilation: An Overview. Ginebra.

WHO. (1999). Female Genital Mutilation: Programmes To Date What Works and What Doesn't (A Review). Ginebra.

WHO. (2002a) Working Definitions. Extraido el 20 de enero del 2006 del sitio de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

WHO. (2002b). World report on violence and health. Extraido el 7 de abril del 2006 del sitio de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

WHO. (2004a). Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. Ginebra.

WHO. (2005). Integrating Sexual Health Interventions (Organización Mundial de la Salud). Ginebra, Suiza.

WHO. (2007, en prensa). Programming for Sexual Health: A Conceptual Framework and Basis for Action. Ginebra, Suiza.

WHO & UNAIDS (2007). New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications. Ginebra.

Wildish, J. & Gichuru, M. (2006, en prensa) HIV Prevention in Kenyan Primary Schools: Real World Experiences in Implementation. Nairobi, Kenia: CfBT.

Wilets, J. D. (1997). Conceptualizing Private Violence Against Sexual Minorities as Gendered Violence: An International and Comparative Law Perspective. Albany Law Review, 60, 989 1050.

Willms, D., Arratia, M-I, Makondesa, P. (2004) Malawi Faith Communities Responding to HIV/AIDS: Preliminary Findings of a Knowledge Translation and Participatory-Action Research (PAR) Project. African Journal of AIDS Research, 3, 1, 1-10.

Wolderhanna, S., Kingheim, K., Murphy, C., Gibson, J., Odyniec, B., Clerisme, C., et al. (2005). Faith in Action: Examining the Role of Faith Based Organizations in Addressing HIV/AIDS. Washington, D.C.: Global Health Council.

Women's Health Project. (2004). The Sexual Rights Campaign. Extraido el 19 de febrero del 2006 de la siguiente URL: http://www.wits.ac.za/whp/rights_campaign.htm

World Association for Sexual Health (WAS). (2006). Declaration of Sexual Rights. 14th World Congress of Sexology, 26 de agosto de 1999. Extraido el 23 de marzo del 2006 del sitio de la World Association for Sexual Health: http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp

Yamin, A. E. (2004). Promising but Elusive Engagements: Combining Human Rights and Public Health to Promote Women's Well Being. Health and Human Rights: An International Journal, 8(1), 62 92.

Zola, I.K. (1988) Four Steps on the Road to Invalidity: The Denial of Sexuality, Anger, Vulnerability and Potentiality. Australian Disability Review. Extraido el 23 de marzo del 2006 del sitio http://www.disabilitymuseum.org/lib/docs/815.htm?page=print

Zuhur, S. (2005). Gender, Sexuality and the Criminal Laws in the Middle East and North Africa: A Comparative Study (Women for Women's Human Rights (WWHR) New Ways). Extambul, Turquía: women for women's human rights (WWHR) new ways.

Capítulo

2

Avanzar hacia la igualdad y la equidad de género

*La salud sexual exige igualdad, equidad y respeto, independientemente del género. Las inequidades y los desequilibrios de poder relacionados con el género entorpecen las interacciones humanas armónicas y constructivas y, por consiguiente, el logro de la salud sexual.**

Introducción

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 3 exhorta a la promoción de la igualdad de género y a la autonomía de las mujeres. Cuando se emitió la Declaración del Milenio la meta principal seleccionada para medir el progreso hacia el logro del ODM 3 se fundaba en las disparidades de género en el acceso a la educación. El Grupo de Estudio del Milenio de las Naciones Unidas (2005) sobre Educación e Igualdad de Género amplió la gama de indicadores de progreso para incluir a la salud y la nutrición, el acceso a oportunidades en la fuerza laboral y la participación en el gobierno. Más aún, el Grupo de Estudio ha reconocido claramente que "El logro del Objetivo 3 requiere que se garanticen a las niñas y las mujeres los derechos de salud sexual y reproductiva" (UN, 2005, p. 53). En este documento técnico y en otros sitios se ha demostrado claramente y sin lugar a equívocos que el suministro de escolaridad y educación sobre sexualidad, así como el acceso universal de las niñas y las mujeres a los servicios clínicos es un requisito necesario para cumplir los ODM. Sin embargo, la prestación de estos servicios, tan cruciales como son, no

* Este capítulo está basado en la información proporcionada por la Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México, una amplia revisión de la literatura y el Documento de Antecedentes escrito por Elizabeth Castillo Vargas and Adriane Little Tuttle. (Ver Apéndices IV y V)

basta para facultar a las mujeres para que ejerzan el derecho a la igualdad de género. La igualdad verdadera para las niñas y las mujeres, a fin de lograr el derecho a la salud sexual, exigirá no solo el acceso a la educación y los servicios sino que requerirá además niveles de autonomía cada vez mayores en la expresión sexual y la igualdad de poder dentro de las relaciones sexuales. El logro del derecho humano a la salud sexual exige que las niñas y las mujeres gocen de autonomía para entrar en las relaciones sexuales por decisión propia y en pie de igualdad con sus parejas.

El ODM 3 utiliza el término "igualdad de género". No obstante, también se ha usado con frecuencia el término equidad. En algunos casos, equidad e igualdad se usan indistintamente. La igualdad se ha definido como el tratamiento igualitario para las mujeres y los hombres en las leyes y las políticas, y el acceso igualitario a los recursos y los servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general (OMS 2001). En otras palabras, "la igualdad de género" exige que hombres y mujeres disfruten por igual de los bienes, las oportunidades, los recursos y las recompensas que se valoran socialmente". Sin embargo, si se quiere atender a cabalidad y adecuadamente la necesidad de las niñas y las mujeres de lograr los derechos de salud sexual y reproductiva también es necesario reconocer que hombres y mujeres tienen diferentes experiencias y necesidades con respecto a la sexualidad y la salud sexual, lo que constitutye la equidad. . Por consiguiente, para lograr la salud sexual, todas las personas, pero en particular las niñas y las mujeres, necesitan gozar de igualdad, equidad y respeto.

> La equidad de género es el proceso de tratar con justicia a las mujeres y a los hombres. Para lograr la justicia, a menudo es necesario contar con estrategias y medidas que compensen las desventajas históricas y sociales de las mujeres que impiden a las mujeres y a los hombres desenvolverse en igualdad de condiciones. La equidad conduce a la igualdad. La igualdad de género exige que las mujeres y los hombres disfruten por igual de los bienes, las oportunidades, los recursos y las recompensas que se valoran socialmente. Donde hay desigualdad en materia de género, por lo general, las mujeres son excluidas o están en situación desfavorable con relación a la toma de decisiones y al acceso a los recursos económicos y sociales. Por consiguiente, un aspecto fundamental de la promoción de la igualdad de género es la autonomía de las mujeres, haciendo hincapié en identificar y corregir los desequilibrios de poder y dar a las mujeres más autonomía para manejar sus propias vidas. La igualdad de género no significa que los hombres y las mujeres se conviertan en lo mismo; significa solamente que el acceso a las oportunidades y los cambios de la vida no dependan ni estén limitados por su sexo. El logro de la igualdad de género exige el empoderamiento de las mujeres para garantizar que la toma de decisiones a los niveles privado y público y el acceso a los recursos ya no se inclinan a favor de los hombres, de manera que tanto mujeres como hombres puedan participar plenamente como personas iguales en la vida productiva y reproductiva (FNUAP 2005).

Por consiguiente, tanto la igualdad de género como la equidad deben formar la base de la programación de salud sexual y reproductiva que abordará los desequilibrios de poder relacionados con la sexualidad y permitirá a las niñas y las mujeres lograr plenos derechos de salud sexual y reproductiva.

Según la OMS (2003),

> Los ODM reconocen explícitamente que el género —lo que una sociedad dada cree acerca de las funciones y actividades propias de hombres y mujeres y los comportamientos que resultan de estas creencias— puede tener una repercusión primordial sobre el desarrollo, y ayuda a promoverlo en algunos casos, mientras que en otros los retrasa seriamente.

La necesidad de promover el empoderamiento de las mujeres en la esfera de la salud reproductiva fue reconocida por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) (UN, 1995). Más aún, la violencia de género y la coacción sexual, el tráfico sexual, la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz forzado se han identificado como algunas de las manifestaciones de la desigualdad en materia de género que deben abordarse para cumplir los ODM (UN, 2006). Muchas de las desigualdades más básicas en materia de género que prevalecen en casi todas las culturas están arraigadas profundamente en actitudes y normas afianzadas hacia el comportamiento sexual. Se ha puesto de manifiesto en la bibliografía sobre la salud sexual y el desarrollo mundial que el aumento del acceso de las mujeres y las niñas a la salud sexual y reproductiva es un factor favorable esencial para alcanzar la meta de igualdad de género (por ejemplo, UN, 2005; 2006).

No obstante, el acceso a los servicios es insuficiente. Es necesario también reconocer que las normas y prácticas de género desiguales aceptadas en las relaciones sexuales no pueden aislarse de la igualdad de género en las relaciones sociales, económicas y políticas más amplias. En otros capítulos de esta declaración y documento técnico, se han demostrado ampliamente la mutilación genital femenina, la violencia sexual contra las niñas y las mujeres, el tráfico sexual de niñas y mujeres (véase capítulo 3), así como las cargas desproporcionadas de la infección por el VIH/sida y de las ITS que soportan las mujeres (véase capítulo 6). Estas expresiones de la desigualdad en materia de género relacionadas con la sexualidad no pueden resolverse sin abordar decididamente las normas relacionadas con el género que controlan la sexualidad y el comportamiento sexual y que están afianzadas en la mayoría de las culturas.

Varios marcos teóricos ponen de relieve los vínculos entre las desigualdades en materia de género y la sexualidad (Butler, 1990; Weeks, 2003). La teoría de los guiones (Gagnon, 1990) aporta un marco útil para estudiar y analizar la construcción cultural de las funciones de género y se ha usado eficazmente para examinar la desigualdad en materia de género en las relaciones sexuales (Véase O'Sullivan, Harrison, Morrell et al, 2006). La modificación de los guiones sexuales desiguales por razón de género puede empezar con una afirmación de los derechos humanos básicos de las niñas y las mujeres a la salud sexual y la igualdad de género.

El desequilibrio de poder: los guiones sexuales representan la desigualdad de género

Los desequilibrios de poder relacionados con el género pueden estar relacionados con las asociaciones sexuales (número, momento, elección y posición social de las parejas); actos sexuales (su naturaleza, frecuencia, voluntarios/involuntarios); los significados sexuales dados a comportamientos específicos (roles de género masculinos/femeninos relacionados con la sexualidad, imágenes ideales de virilidad y feminidad, creencias acerca de la virginidad, etc.); impulso y disfrute sexual (cómo contribuyen a la identidad sexual, diferencias entre los sexos en las percepciones del placer sexual) (Dixon-Mueller, 1993; Spicehandler, 1997). Estos desequilibrios de poder intervienen en un guión culturalmente dominante para la interacción sexual entre los hombres y las mujeres y, en la mayoría de los contextos, el guión coloca el control de la actividad sexual en manos de los hombres. Según lo expresa Dixon-Mueller (1993), "los guiones sexuales interpersonales se interpretan en el contexto de estructuras sociales jerárquicas en las que algunas personas tienen el poder para determinar las vidas sexuales y reproductivas de otros" (p. 279).

Los elementos psicológicos y sociales del comportamiento reproductivo se configuran hasta cierto punto por la fisiología y los factores determinantes psicológicos. No obstante, todo el comportamiento relacionado con el género, incluida principalmente la actividad sexual, está configurado por las tradiciones y las expectativas culturales. Son estas fuerzas las que determinan en gran medida el guión para el comportamiento sexual. En resumen, el guión sexual es la guía en cuanto a experiencias y conductas que cada uno de nosotros aprende de nuestra cultura acerca de cómo vivir la sexualidad (Gagnon, 1990). En la mayoría de las sociedades, el género y el comportamiento sexual están estrechamente vinculados y los guiones para la forma en que se espera que se comporten sexualmente los hombres y las mujeres están claramente definidos. Tal como sugiere Gagnon,

> Ahora se reconoce que los guiones para los encuentros sexuales desde la fase de apertura hasta la separación de la pareja están totalmente relacionados con el género, y se espera convencionalmente que los hombres se comporten enérgicamente, que den el primer paso y que sean quienes dirigen los pasos siguientes, y que sean versados en las formas de la práctica sexual. ...Se espera que las mujeres sean más pasivas, más obedientes en el comienzo de las interacciones sexuales y que se muestren satisfechas y receptivas a medida que avanzan esas interacciones.

O'Sullivan et al., (2006) advierten que si bien son posibles algunas generalizaciones en cuanto a la aplicabilidad de este guión..., "es importante señalar que hay que entender que esas generalizaciones dependen de paradigmas de género y de contextos socioculturales específicos" (p. 100). Dada la amplia gama de normas sociales y culturales en todo el mundo, el guión básico para la actividad sexual heterosexual es notablemente uniforme a través de todas las culturas con respecto al desequilibrio de poder relacionado con el género que ese guión aprueba. Al actuar según este

guión sexual dominante los niños/hombres y las niñas/mujeres suelen estar ajustándose a conceptualizaciones, por lo general rígidas, de masculinidad y feminidad de las que a menudo es muy difícil alejarse para hacer cambios personales aunque sean muy sutiles sin exponerse al desprecio, la humillación, la estigmatización, o a situaciones peores. Wiederman (2005) describe la naturaleza limitante de estos guiones. Para los niños y los hombres, el guión les exige que deben estar orientados hacia las metas, tener el control, y ser enérgicos en la búsqueda de la actividad sexual y del placer para sí mismos. Las niñas y las mujeres desempeñan su función complementaria en el guión al mostrar la sujeción, asignando mayor importancia a las inquietudes emocionales y relacionales con respecto al placer físico, pero finalmente ceden el control y se someten a los deseos masculinos.

> La idea de que las normas de las mujeres representan usualmente una barrera que cada hombre debe superar se ajusta bien a los aspectos competitivos y orientados a los logros de los roles de género masculino. La masculinidad exige que la persona sea proactiva y capaz de superar a su adversario; lamentablemente esta es una postura que muchos hombres jóvenes adoptan con respecto a las relaciones sexuales tempranas. En muchos casos, las diferencias en los roles sexuales de hombres y mujeres establecen una dinámica de extremos polares; mientras el hombre más presiona para conseguir el sexo, más a la defensiva tiene que mostrarse la mujer, y viceversa. Para muchas parejas, puede parecer como si el hombre está obsesionado con el sexo y ella es completamente indiferente o desinteresada (Wiederman, 2005, p. 498).

No solo estas ideas predominantes limitan la capacidad de la gente para forjar relaciones mutuamente beneficiosas, sino que también colocan a las mujeres y las niñas en una posición desfavorecida con respecto a la salud sexual y reproductiva. Dixon-Mueller (1993) da algunos ejemplos pertinentes:

> ...las definiciones culturales de masculinidad y feminidad influyen en las percepciones de la gente acerca de utilizar o no un método anticonceptivo —o de métodos particulares como los condones o la esterilización— como poco varonil o no femenino, algo muy distante de si los métodos se consideran seguros o eficaces. ¿Cómo influyen las percepciones de la gente acerca de lo que es masculino o femenino o de la naturaleza de sus relaciones sexuales, o del significado de actos sexuales particulares en sus decisiones acerca de los métodos anticonceptivos o la interrupción del embarazo? ¿A su vez, cómo influye el uso de métodos anticonceptivos o la experiencia del aborto —que es la separación del acto del coito de sus consecuencias reproductivas— en las percepciones de la gente de su propia masculinidad o de la feminidad de su pareja, de la calidad de sus relaciones, del significado de sus actos sexuales? (279).

Amaro (1995) indica que las diversas formas en que los roles de género determinados culturalmente influyen y definen las relaciones interpersonales en las que ocurren los comportamientos sexuales y la naturaleza carente de equidad de género de estas relaciones, a menudo expone a las niñas y a las mujeres a riesgos mucho mayores de padecer resultados negativos de salud sexual, en particular la infección por el VIH. Por ejemplo, Amaro cita el análisis hecho por Pleck, Sonestein y Ku (1993) de los datos de la encuesta en gran escala de hombres adolescentes afroamericanos, latinos y blancos en los Estados Unidos, que encontraron que los que tuvieron el puntaje más alto en ideología masculina tradicional tenían menos probabilidades de tener relaciones sexuales en el contexto de una relación íntima, más probabilidades de considerar las relaciones hombre-mujer como conflictivas, menos probabilidades de usar condones, y menos probabilidades de creer que la prevención del embarazo es una responsabilidad del hombre.

En muchos lugares del mundo se han hecho estudios que han analizado y mostrado las relaciones entre los estereotipos de los roles de género relacionados con la sexualidad y el poder en la relación y sus consecuencias para la salud sexual (Pulerwitz, Amaro, De Jong et al., 2002), Ghana (Ampofo, 2001), Sudáfrica (Varga, 2003), México (Marston, 2004), Nicaragua (Sternberg, 2000), y Tailandia (Tangmunkongvorakul, Kane y Wellings, 2005). Por ejemplo, Pulerwitz et al. encontraron que las mujeres jóvenes en los Estados Unidos que percibían que tenían bajos niveles de poder en sus relaciones, tenían mucho menos probabilidades de usar condones en comparación con las mujeres que experimentaban niveles altos de poder en la relación. En su estudio del acceso de los jóvenes a la atención de salud en Tailandia, Tangmunkongvorakul, Kane y Wellings encontraron que el acceso de las mujeres jóvenes a la atención de salud estándar relacionada con la salud sexual estaba obstaculizada por las normas de género dobles que favorecían a los hombres y que esto llevaba a las mujeres a buscar abortos clandestinos peligrosos.

Al describir las expectativas relacionadas con el género en cuanto al comportamiento relacionado con la sexualidad, Ilkaracan y Jolly (2007) dan otros ejemplos de la naturaleza opresiva de los guiones de género predominantes tanto para hombres como mujeres.

> …las influencias sociales en torno a la sexualidad nos afectan a todos. El género es una de esas influencias, es decir, las expectativas acerca de cómo las mujeres y los hombres, los niños y las niñas, se comportarán en forma diferente (así como las expectativas de que toda persona será hombre o mujer y no transgénero). Los que se ajustan a estas expectativas, como las niñas que experimentan la mutilación genital femenina o se encuentran en un matrimonio temprano, pueden sufrir para ajustar su sexualidad a canales limitados y desiguales. Es posible que los chicos también paguen un precio. Por ejemplo, en lugares tan diversos como Turquía, Pakistán y Brasil, muchos niños son llevados a los burdeles por sus padres, hermanos o amigos a una edad temprana sin estar dispuestos ni preparados para tal experiencia y a veces encuentran que es traumatizante (p. 4).

La investigación de Langen (2005) en Botswana y Sudáfrica presenta un ejemplo vívido de cómo el desequilibrio de poder debido al género en las interacciones sexuales reduce la capacidad de las mujeres para protegerse de la infección por el VIH. Langen dedujo de sus estudios que la comunidad de salud pública debe considerar a la salud sexual como "un asunto de los hombres" no solo de las mujeres porque los mensajes educativos sencillos como instruir a personas para que "usen un condón" son mucho menos eficaces si no abordan estos desequilibrios de poder debidos al género. Sin la participación de los hombres y los niños en la programación de salud sexual y reproductiva, no será posible empoderar genuinamente a las mujeres y las niñas. Es necesario educar a los hombres y los niños para que estén plenamente informados de las consecuencias de sus comportamientos sexuales y alentarlos a que asuman la responsabilidad de su propia salud sexual, así como de la salud sexual de su pareja.

La promoción de una sexualidad con equidad de género

Cada vez se reconoce más que los principios básicos de los derechos humanos se extienden a los derechos sexuales (WAS, 1999, WHO, 2004). Por consiguiente, el problema de la desigualdad en materia de género relacionada con la sexualidad se clasifica precisamente dentro de la esfera de los derechos humanos (Ilkkaracan y Jolly, 2007). Estas autoras señalan que la resistencia y la limitación al área de los derechos humanos con frecuencia se han basado en el argumento de que las tradiciones culturales, que suelen ser específicas para género y sexualidad, pueden utilizarse para limitar con legitimidad los derechos humanos básicos. Señalan además que la tradición cultural que se ha usado para justificar la discriminación contra gays y lesbianas, también ha servido para reducir la autonomía sexual de las mujeres. Sin embargo, la noción de que la tradición cultural debe limitar los derechos humanos está perdiendo fuerza en muchas partes del mundo y muchos expertos se han opuesto a ella (Mullally 2006). Si bien el respeto de la tradición cultural sigue siendo una aspiración justificable, hay sectores cada vez mayores de la comunidad mundial que se aproximan a un reconocimiento del derecho de las mujeres a la salud reproductiva y sexual como lo demuestra la definición ratificada por la CIPD de la salud reproductiva (UN, 1994), así como un reconocimiento de la importancia de la igualdad de género para el desarrollo mundial como lo demuestra el ODM 3. En otras palabras, cada vez mejoran más las condiciones para lograr mejoras significativas en la igualdad de género en cuestiones de sexualidad.

El cambio positivo es posible. Un programa innovador llevado a cabo en Río de Janeiro, Brasil se centraba en abordar las normas de género entre los hombres jóvenes como una estrategia para reducir el riesgo del VIH (Pulerwitz, Baker, Segundo y Nascimento, 2006). El programa combinó sesiones interactivas de educación en grupo para hombres jóvenes, dirigidas por facilitadores masculinos adultos, con una campaña de mercadeo social a escala comunitaria para promover el uso de condones que recalcaba mensajes equitativos de sexo. Entre los resultados positivos del

estudio de evaluación del programa fue que el apoyo a las normas de género desiguales entre los hombres jóvenes al inicio del estudio estaba asociado significativamente con comportamientos de riesgo de infección por el VIH. El programa pudo promover eficazmente normas equitativas de género y, por consiguiente, reducir el riesgo de contraer la infección por el VIH y las ITS. Un programa similar llevado a cabo con hombres de 18 a 29 años en Mumbai, India tuvo éxito en alentar a los hombres jóvenes a que hablaran en forma crítica de la dinámica de sexo y de los riesgos para la salud, y en promover las normas equitativas de género relacionadas con la sexualidad (Verma, Pulerwitz, Mahendra, et al., 2006). En su estudio de la dinámica de sexo en las relaciones sexuales principales de mujeres y hombres sudafricanos rurales de 18 a 24 años, O'Sullivan et al., (2006) encontraron que el guión sexual tradicional masculino de confianza en sí mismo y de control, por una parte, y el de pasividad femenina predominó, pero que unos hombres jóvenes y mujeres habían empezado a asimilar normas de sexo más equitativas para las relaciones sexuales. Los autores señalan que hay una falta de nuevos modelos de comportamiento para la relación sexual y que las voces de los hombres y las mujeres que expresan normas igualitarias podrían utilizarse como liderazgo de compañeros en los programas de promoción de la salud sexual.

Para las niñas y las mujeres que tienen acceso a la atención de salud, en particular cuando se trata de atención de salud reproductiva, los temas de las asociaciones sexuales, los actos sexuales, los significados sexuales, e impulsos/disfrute sexual deben abordarse con las personas como parte de los servicios ofrecidos. En algunas culturas, es posible que los hombres tengan mucho respeto por sus médicos y, por lo tanto, es posible colocar idealmente a estos profesionales para que hablen con hombres y niños acerca de normas de género equitativas para el comportamiento sexual. Para los jóvenes y los hombres que tal vez busquen atención de salud con menor frecuencia o no la busquen en absoluto, es posible utilizar la educación a través de la escuela, campañas para los medios de comunicación y líderes de opinión de la comunidad que tienen influencia en los hombres (por ejemplo, estrellas del deporte) para respaldar las normas sociales/culturales que promueven igualdad de sexo en la esfera sexual.

Conclusiones: promoción del cambio a todos los niveles de la sociedad

El proceso de lograr la igualdad de género ha sido gradual, con un progreso desigual a través de las muchas culturas diferentes del mundo. Sin embargo, no cabe la menor duda de que uno de los mayores cambios ocurridos en la trama social de la comunidad mundial durante el siglo XX fue una tendencia significativa al cuestionamiento de las estructuras sociales patriarcales rígidas y al acercamiento a sociedades más equitativas con respecto al género. En muchos aspectos, los avances que muchas culturas han logrado en la búsqueda de la igualdad de género han formado parte de un proceso más amplio de extender los derechos humanos fundamentales y básicos a las comunidades oprimidas y marginadas que han sufrido

discriminación por razones de raza, grupo étnico, religión, clase, sexo, orientación sexual, discapacidad y edad. Claramente, el proceso de lograr los derechos humanos básicos por todos los pueblos del mundo está dando sus primeros pasos. Y, en muchas culturas puede decirse lo mismo con respecto al derecho humano de la igualdad para las niñas y las mujeres. Al enunciar las prioridades clave para el desarrollo mundial, las Naciones Unidas definitivamente han reconocido el carácter fundamental de la igualdad de género, al hacer de ella uno de los ocho ODM. Es más, debe reconocerse que muchos de los ODM (es decir, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir la infección por el VIH/sida) están vinculados de diversas maneras al logro del derecho de las niñas y las mujeres a la salud sexual y reproductiva. Estos derechos, sin embargo, no pueden comprenderse plenamente sin la igualdad básica del poder dentro de las relaciones sexuales. Los programas clínicos relacionados con la salud sexual pueden y deben abordar estas desigualdades. Sin embargo, tales programas, por sí mismos, no pueden generar el cambio social profundo necesario para transformar los guiones a nivel comunal e individual que configuran todos los aspectos de nuestro comportamiento sexual.

El liderazgo en la promoción del cambio social con respecto a la sexualidad y la igualdad de género debe extenderse a todos los niveles de la sociedad. Los líderes de opinión políticos, religiosos y culturales deben abogar por la igualdad de género en todas las esferas de la vida incluidas las relaciones interpersonales y la sexualidad. Los padres y las madres deben enseñarles a sus hijos e hijas que igualdad significa que las niñas y las mujeres deben tener el mismo poder al determinar y negociar el comportamiento sexual con sus parejas y que esta igualdad de poder se extiende a todos los tipos de relaciones sexuales, incluidas las relaciones matrimoniales. Los programas de educación sobre la sexualidad impartidos a los jóvenes en las escuelas y otros entornos deben estar atentos a las cuestiones de género, y alentar a los participantes a que piensen en la sexualidad y las relaciones desde el punto de vista de los principios de los derechos humanos, incluida la igualdad de género. Los medios populares de entretenimiento (música, películas / televisión, video, Internet) a menudo abundan en imágenes sexuales y hay que alentar a los programadores de los medios de comunicación más conocidos para que creen representaciones de la igualdad de género, y que no refuercen los guiones sexuales tradicionales que perpetúan la desigualdad. En resumen, todos los niveles de la sociedad deben trabajar conjuntamente para lograr cambios significativos en la esfera de la sexualidad y la igualdad de género. Si no se abordan los desequilibrios de género en las relaciones sexuales, se paralizarán los esfuerzos más amplios para promover la salud sexual y para cumplir el ODM 3, en particular, pero también los Objetivos de Desarrollo del Milenio en general.

Acciones necesarias

2.1 Los postulados sobre derechos, que figuran en acuerdos y pactos internacionales, atinentes al derecho que tienen las niñas y las mujeres a igualdad, educación y servicios relacionados con la sexualidad, deben incluir explícitamente el derecho fundamental a la autonomía y la igualdad en las relaciones sexuales.

2.2 Las instancias normativas y los líderes de opinión pública deben hablar abiertamente de que un componente sustancial e importante de la desigualdad en materia de género se relaciona directamente con los desequilibrios de poder en las relaciones sexuales.

2.3 Los padres, las madres, las familias y las comunidades desempeñan funciones clave al contribuir a la formación de los roles de género en niños y niñas . Hay que alentarlos y asistirlos para que ayuden a sus hijos a desarrollar roles equitativos de género. El padre, en particular, puede contribuir a alentar a sus hijos varones a que adopten conceptos de masculinidad que no propicien la inequidad por razones de género.

2.4 Para alcanzar eficazmente sus objetivos, los programas de educación de la sexualidad, en particular los dirigidos a los jóvenes, deben abordar la dinámica de género en las relaciones sexuales y ayudar a los estudiantes a desarrollar y adoptar comportamientos equitativos de género.

2.5 Las representaciones en los medios de comunicación, ya sea por medio de la música o imágenes visuales, con frecuencia exponen en formas sutiles o descaradas, guiones sexuales dirigidos a los jóvenes. La presentación de guiones sexuales con equidad de género en los medios de gran circulación tiene el potencial de hacer una contribución importante a la igualdad de género en toda la sociedad. Por lo tanto, los gobiernos y el público en general deben instar con firmeza a la industria del entretenimiento a que se convierta en una fuerza para lograr cambios positivos con respecto a la sexualidad y el género.

2.6 Efectuar cambios en las leyes y en las políticas para conseguir que las mujeres y los hombres tengan acceso igualitario a los servicios de atención de salud sexual, sea cual fuere su nivel de ingresos, sin estigmas, discriminación ni sesgo por los proveedores y los servicios de salud.

Referencias

Amaro, H. (1995). Love, sex, and power: considering women's realities in HIV prevention. American Psychologist, 50, 437-447.

Ampofo, A.A. (2001). "When men speak women listen": gender socialization and young adolescents' attitudes to sexual and reproductive issues. African Journal of Reproductive Health, 5, 196-212.

Butler J. (1990) Gender Trouble. Routledge, Chapman and Hall. Nueva York

Dixon-Mueller, R. (1993). The sexuality connection in reproductive health. Studies in Family Planning, 24, 269-282.

Gagnon, J.H. (1990). The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. Annual Review of Sex Research, Vol. 1, 1-44.

Ilkkaracan, P. Jolly, S. (2007). Gender and Sexuality: Overview Report. Bridge. Brighton, Reino Unido: Institute of Development Studies, University of Sussex.

Langen, T.T. (2005). Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. African Health Sciences, 5, 188-197.

Marston, C. (2004). Gendered communication among young people in Mexico: implications for sexual health interventions. Social Science and Medicine, 59, 445-456.

Mullally S. (2006) Gender, Culture and Human Rights. Reclaiming Universality. Oxford, Reino Unido: Hart Publishing.

NSW Health. (2000). Gender Equity in Health. New South Wales, Australia: NSW Health Department.

O'Sullivan, L.F., Harrison, A., Morrell, R. et al. (2006). Gender dynamics in the primary sexual relationships of young rural South African women and men. Culture, Health & Sexuality, 8, 99-113.

Pleck, J.H., Sonestein, F.L., & Ku, L. (1993). Masculine ideology: its impact on adolescent males' heterosexual relationships. Journal of Social Issues, 49, 11-19.

Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W. et al. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. AIDS Care, 14, 789-800.

Pulerwitz, J., Barker, G., Segundo, M. & Nascimento, M. (2006). Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy. Horizons Final Report. Washington, DC.: Population Council.

Spicehandler, J. (1997). Issues to consider in operationalizing reproductive health. Advances in Contraception, 13, 345-350.

Sternberg, P. (2000). Challenging machismo: promoting sexual and reproductive health with Nicaraguan men. Gender Development, 8, 89-99.

Tangmunkongvorakul, A., Kane, R. & Wellings, K. (2005). Gender double standards in young people attending sexual health services in Northern Thailand. Culture, Health, and Sexuality, 7, 361-373.

U.N. (1995). Report of the International Conference on Population and Development, Cario, Sept. 1994. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

U.N. (2005). Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women. Achieving the Millennium Development Goals. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

U.N. (2006). Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

UNFPA (2005) The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nueva York, NY: UNFPA. Bajado de http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/493_filename_en_swp05.pdf

Varga, C.A. (2003). How gender roles influence sexual and reproductive health among South African adolescents. Studies in Family Planning, 34, 160-172.

Verma, R.K., Pulerwitz, J., Mahendra, V. et al. (2006). Challenging and changing gender attitudes among young men in Mumbai, India. Reproductive Health Matters, 14 (28), 135-143.

WAS. (1999). Declaration of Sexual Rights. World Association for Sexual Health. www.worldsexology.org

Weeks J. (2003) Sexuality. 2nd Edition. Routledge. Londres .Reino Unido

WHO (2001) TransformingHealth Systems: Gender and Rights inReproductive Health. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

WHO (2003). "En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health. Ginebra: Department of Gender and Women's Health, Organización Mundial de la Salud.

WHO. (2004). Progress in Reproductive health Research, 67, 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Wiederman, M.W. (2005). The gendered nature of sexual scripts. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 13, 496-502.

Capítulo

3

Condenar, combatir y reducir todas las formas de violencia relacionadas con la sexualidad

*La salud sexual no puede lograrse mientras las personas no estén libres de estigma, discriminación, abuso, coerción y violencia sexuales.**

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003) la "violencia sexual está presente en todas partes; ocurre en todas las culturas, en todos los niveles de la sociedad y en cada país del mundo" (p. 1). Las víctimas de la violencia sexual son jóvenes, personas mayores, hombres o mujeres, aunque las mujeres y las niñas sufren mucho más todos los tipos de violencia sexual. Las consecuencias individuales y sociales de la violencia sexual son vastas. Una reducción significativa, si no es posible lograr la erradicación, de la violencia sexual repercutirá directamente en el logro de la igualdad de género, en el mejoramiento de la salud infantil y materna, así como en la interrupción por varias formas, de la propagación epidemiológica de la infección por el VIH/sida. Como tal, la lucha contra la violencia sexual es un componente importante para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En este capítulo se describirá la función que tiene la reducción de la violencia sexual para cumplir los ODM, se definirá la violencia sexual, se resumirán tanto la prevalencia como las consecuencias de diversas formas de violencia sexual; además se abordarán y enumerarán estrategias y recomendaciones para reducir la violencia sexual.

* Este capítulo está basado en la información proporcionada por la Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México, una amplia revisión de la literatura y el Documento de Antecedentes escrito por Ine Vanwesenbeeck . (Ver Apéndices IV y V)

La función de la reducción de la violencia sexual para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En un informe reciente, la OMS (2005a) señaló que la vinculación entre la prevención de la violencia contra la mujer y los ODM es recíproca. Es decir, "el trabajo que se haga para alcanzar los ODM reducirá la violencia contra la mujer; y la prevención de la violencia contra la mujer contribuirá a logro de los ODM" (p.1). El mismo informe de la OMS reconoció también que la violencia sexual y la violencia infligida por el compañero íntimo (la violencia infligida por el compañero íntimo suele incluir actos sexuales forzados) como manifestaciones fundamentales del problema mundial de la violencia contra la mujer. Es necesario que los gobiernos y otras instituciones públicas declaren y reconozcan con términos claros y precisos que el logro del ODM 3 (Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer) y del ODM 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades) no es posible sin la reducción y la eliminación definitiva de la violencia sexual. Además, la violación de las niñas y las mujeres da lugar a embarazos no deseados que, según se indica en otras secciones de este documento, tienen consecuencias importantes para el cumplimiento de algunos de los ODM.

La violencia sexual tiene efectos negativos sobre la vida de las niñas y las mujeres de muchas formas, pero primero y ante todo, la violencia sexual impide a las niñas y a las mujeres ejercer los derechos humanos más básicos y esenciales. La violencia sexual contra las niñas y las mujeres no solo refleja la profunda desigualdad en materia de género que existe a nivel mundial, sino que la violencia sexual también actúa como una forma de hacer cumplir y de perpetuar la desigualdad en materia de género. El carácter fundamental de la igualdad de género para el desarrollo humano sostenible también se ha establecido firmemente y reconocido por gran parte de la comunidad internacional, entre ellas diversas conferencias y declaraciones de las Naciones Unidas, como la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, emitida en 1993. La *Declaración del Milenio de las Naciones Unidas* hace la vinculación a través del ODM 3. A pesar de que la violencia de género en último término debe abordarse como un tema fundamental de los derechos humanos, es pertinente abordarla en el contexto de la promoción del desarrollo sostenible para señalar sus consecuencias económicas. Según un informe del Banco Mundial (Bott, Morrison y Ellsberg, 2005) la "violencia de género acarrea costos considerables para las economías de los países en desarrollo, ya que ocasiona disminución de la productividad y los ingresos de los trabajadores, tasas reducidas de acumulación de capital humano y social, además de generar otras formas de violencia, tanto ahora como en el futuro" (p. 12). Dado el carácter fundamental de la violencia sexual como componente de la violencia de género, los temas planteados por la declaración de la WAS sobre la necesidad primordial de eliminar la violencia y el abuso sexuales, la comunidad internacional debe abordarlos y utilizarlos como un componente fundamental y necesario del proceso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Definición de la violencia sexual

La Organización Mundial de la Salud (2002) define la violencia sexual como cualquier acto sexual, intento de ejecutar un acto sexual, observaciones o insinuaciones sexuales no deseadas, o actos para traficar, o dirigidos de cualquier otro modo, contra la sexualidad de una persona utilizando la coacción, por cualquier persona independientemente de su relación con la víctima, en cualquier entorno, que incluye, pero no se limita al hogar y al trabajo (p.149).

La coacción sexual, que por sí misma puede considerarse como una forma de violencia, puede incluir la fuerza física, la intimidación psicológica, la extorsión u otras amenazas o quizá ocurra cuando la víctima no puede dar su consentimiento, por ejemplo, cuando está bajo los efectos de estupefacientes, dormida o está mentalmente incapacitada para comprender la situación. Otros términos estrechamente relacionados con la violencia sexual, usados a veces como sinónimos, son: violencia de género, violencia contra la mujer y violencia doméstica. La violencia perpetrada contra una persona debido a su sexualidad o a su comportamiento sexual, real o presunto, también puede considerarse una forma de violencia. Por lo tanto, la violencia física y la intimidación dirigidas a las personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero también constituyen una forma de violencia sexual.

La OMS (2002) especifica 11 tipos diferentes de actos de violencia sexual:

- violación en el matrimonio o en citas amorosas;
- violación por desconocidos;
- violación sistemática durante conflictos armados;
- insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual, lo que incluye exigir actividades sexuales a cambio de favores;
- abuso sexual de personas discapacitadas mental o físicamente; maltrato sexual de los niños;
- matrimonio o cohabitación forzados, lo que abarca el matrimonio de niños;
- negación del derecho a usar métodos anticonceptivos o de tomar medidas para protegerse contra enfermedades de transmisión sexual;
- aborto forzado;
- actos de violencia contra la integridad sexual de las mujeres, lo que comprende la mutilación genital femenina y los exámenes obligatorios relacionados con la virginidad;
- prostitución forzada y trata de personas para explotación sexual (p. 149-150)

La violencia sexual es casi siempre violencia por razones de género y está dirigida en forma desproporcionada a las niñas y las mujeres. Por ejemplo, la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer,* emanada de las Naciones Unidas incluye una definición de violencia contra la mujer que capta con precisión hasta qué punto la violencia sexual interviene en el daño a las mujeres. La Declaración define la violencia contra la mujer como:

- La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- La violencia física, sexual y sicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra." (UN, 1993).

Prevalencia de la violencia sexual

La prevalencia de diversas formas de violencia sexual es, en muchas regiones del mundo, difícil de determinar. La mayoría de los casos de violencia sexual no se notifican a la policía y no se registran debidamente en las investigaciones hechas por medio de encuestas. En otras palabras, el alcance de la violencia sexual no está bien documentado y su notificación es sumamente limitada. La mayoría de lo que conocemos acerca de la prevalencia e incidencia de la violencia sexual proviene de estadísticas policiales, entornos hospitalarios y de investigaciones basada en encuestas. Pero, hay una gama amplia de cifras presentadas, según el país, el entorno y la muestra estudiada, las definiciones de violencia sexual utilizadas y los métodos y procedimientos de recopilación de datos. Hay una enorme variación cultural en el grado en que las personas están dispuestas y tienen la capacidad de informar sobre la violencia sexual y existe la misma variación en el grado en que los departamentos de policía y gobiernos registran las cifras pertinentes.

Paradójicamente, es posible que las cifras presentadas sean más altas en los países donde la violencia sexual ha sido objeto de debate público, donde las actitudes hacia la sexualidad y la violencia sexual se han vuelto más francas y donde ha aumentado la toma de conciencia sobre la violencia sexual entre la población. En estos países, hay más probabilidades de que se notifiquen los actos de violencia sexual. La prevalencia de la violencia sexual quizá sea bastante mayor en los donde no se habla abiertamente de la sexualidad y la violencia sexual, donde el hecho de ser víctima de la violencia sexual es motivo de vergüenza y ostracismo y donde algunas formas de violencia sexual se aceptan en razón de las normas o sencillamente se aprueban. En el primer *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS* (2002) se observa que, a nivel mundial, el número de casos de violencia sexual notificados a la policía representa sólo la punta del iceberg de la verdadera prevalencia y que la investigación basada en encuestas capta apenas otro porcentaje pequeño de los casos reales. Por lo tanto, las estadísticas que se presentan a continuación deben considerarse con cuidado ya que en muchos casos subestiman considerablemente la magnitud del problema.

Abuso sexual de niños e iniciación sexual forzada

Además de las limitaciones ya tratadas, la prevalencia del abuso sexual de niños puede ser particularmente susceptible a la subnotificación. Por ejemplo, los niños pequeños no pueden reconocer si un acto sexual es inadecuado, en particular si el que lo perpetra es una persona que ellos conocen, y los niños discapacitados no tienen la capacidad para notificarlo (Sapp y Vandeven, 2005). No obstante, los datos disponibles sugieren cuál es el alcance del problema. Según Sapp y Vandeven (2005) un examen de la investigación disponible indica que, a nivel mundial, la prevalencia del abuso sexual de niños varía de 11 a 32% para las mujeres y de 4 a 14% para los hombres y que estudios realizados en los Estados Unidos han encontrado que 22,3% de mujeres y 8,5% de hombres dijeron haber sufrido abuso sexual. Un examen de los datos del África subsahariana mostró tasas de incidencia del abuso sexual de niños de 7 a 36% para las mujeres y de 3 a 29% para los hombres (Lalor, 2004). En un estudio sobre varios países del Caribe, alrededor de la mitad de las mujeres sexualmente activas dijeron que sus primeras relaciones sexuales habían sido forzadas (Halcon, Beuhring y Blum, 2000 citado en WHO, 2002).

Agresión sexual o violación

Según el análisis hecho por Tavara (2006) de estudios tanto del mundo en desarrollo como desarrollado para determinar la prevalencia de la violencia sexual, de 10 a 33% de mujeres en edad fecunda fueron obligadas a tener relaciones sexuales, por lo menos una vez en su vida. En una serie de estudios de países efectuados por las Naciones Unidas (citado en WHO, 2002), el porcentaje de mujeres que dijeron que habían sido agredidas sexualmente en los cinco años anteriores comprendían de 0,8 a 4,5% en África, 1,4 a 5,8% en América Latina, 0,3 a 2,7% en Asia y 2,0 a 6,0% en Europa oriental. Hay relativamente pocos datos en cuanto a la prevalencia de la violencia sexual contra los hombres. Según indican estudios de la OMS (2002) acerca del mundo desarrollado, de 5 a 10% de los hombres informaron sobre una historia de abuso sexual en la niñez y unos pocos estudios de población acerca del porcentaje de hombres que informan que nunca sufrieron una agresión sexual encontraron tasas de prevalencia de 3,6% en Namibia, 13,4% en Tanzanía a 20% en Perú.

La violencia sexual como un arma de guerra

La violación sistemática como instrumento de la guerra ha dejado a millones de niñas y mujeres muertas, traumatizadas, embarazadas por la fuerza o infectadas por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Se dispone de pocos datos exactos en cuanto al número de niñas y mujeres que han sido violadas como resultado de la guerra (Watts y Zimmerman, 2002; Gottschall, 2004). La violación como un instrumento de guerra ha existido en toda la historia humana. Utilizando una gama amplia de fuentes, Gottschall compiló una lista parcial de los países dónde se cometieron, durante el siglo XX, violaciones masivas por militares o fuerzas paramilitares. Esta lista incluye Afganistán, Argelia, Argentina, Bangladesh, Bélgica, Brasil, Birmania, Bosnia, Camboya, China, Congo, Croacia, Chipre, Timor Oriental, El Salvador,

Alemania, Guatemala, Haití, India, Indonesia, Italia, Japón, Corea, Kosovo, Kuwait, Liberia, Mozambique, Nicaragua, Pakistán, Perú, Filipinas, Rusia, Rwanda, Serbia, Sierra Leona, Somalia, Turquía, Uganda, Viet Nam, Zaire y Zimbabwe.

La violencia sexual por las parejas íntimas

La violencia infligida por el compañero íntimo, perpetrada por esposos, esposas, novias y novios y antiguas parejas es extremadamente común y un gran porcentaje de estas agresiones tiene forma de violencia sexual. Un examen hecho por la OMS (2002) de estudios de población de todo el mundo acerca del porcentaje de mujeres adultas que notificaron un acto sexual obligado, intentado o completado, por una pareja íntima en algún momento de su vida, encontraron tasas que varían desde 6,2% en Yokohama, Japón a 42,0% en Durango, México, 46,7% en Cusco, Perú, 29,9% en Bangkok, Tailandia y 25,0% en Midlands Province, en Zimbabwe. Un estudio más reciente de la OMS realizado en varios sitios (2005a), que incluyó a10 países encontró que el porcentaje de mujeres que dijeron haber sido agredidas sexualmente por una pareja llegaba a 6% en Japón, Serbia y Montenegro, mientras que en Etiopía esta cifra era de 59% y, en la mayoría de los sitios, este porcentaje oscilaba entre 10% y 50%. Una encuesta de hombres en Cape Town, Sudáfrica reveló que 15,3% de ellos dijeron que habían cometido actos de violencia sexual contra un compañero íntimo en el decenio anterior (Abrams, Jewkes, Hoffman y Laubsher, 2004).

La trata de personas y la prostitución forzada

Varios informes publicados por el Departamento de Estado de los Estados Unidos (citado en FNUAP, 2005) indican que la trata de personas es de 600.000 a 800.000 personas cada año, la mayoría para explotación sexual y se cree que cerca de 2.000.000 de niños, principalmente niñas, son esclavos del sexo en la industria del sexo comercial. Estas cifras no incluyen a las mujeres y a las niñas que se compran y se venden para la explotación sexual dentro de los países. Según la Organización Internacional para las Migraciones (citado en Watts y Zimmerman, 2002) el número de mujeres objeto de la trata de personas cada año, principalmente para la prostitución forzada, de diferentes regiones del mundo es enorme y de ellas 250.000 provienen de Asia, 100.000 de la antigua Unión Soviética, 175.000 de Europa oriental y central, 100.000 del Caribe y América Latina y 50.000 de África. La OMS (2002) señala que un gran número de esas mujeres y niñas objeto de la trata de personas son enviadas a América del Norte y Europa.

La mutilación genital femenina

Según la OMS (2000), entre 100 y 140 millones de niñas han sido víctimas de mutilación genital femenina (MGF) (es decir, la remoción parcial o total de los genitales externos por razones culturales, religiosas, u otras razones no terapéuticas) y hasta 2 millones de niñas son sometidas al procedimiento cada año. La práctica ocurre en 28 países africanos y se encuentra en partes del Oriente Medio y Asia.

Las consecuencias de la violencia sexual

La repercusión negativa de la violencia sexual sobre la víctima individual y sobre la sociedad es amplia y de gran alcance. La repercusión devastadora sobre la víctima causa traumatismo físico y psicológico que se presenta de innumerables maneras. Dado que la violencia sexual adopta muchas formas y, por consiguiente, afecta a las víctimas de muchas maneras, es difícil catalogar y resumir brevemente su repercusión en el individuo y la sociedad. A continuación, se abordan apenas algunas de las muchas consecuencias de la violencia sexual.

Consecuencias físicas

Al tratar la repercusión de la violencia sexual en la persona hay que reconocer desde el principio que la víctima bien puede morir en el transcurso de una agresión sexual o después de ella. Una agresión sexual violenta puede causar la muerte o la víctima puede ser asesinada posteriormente.

Según el grado de la fuerza física usada, el trauma físico, tanto genital como extragenital, puede o no ser evidente (Tavara, 2006). Los tipos más comunes de traumatismos genitales incluyen desgarros, hematomas, abrasiones, enrojecimiento e hinchazón del frenillo (horquilla) posterior, de los labios menores, del himen o de la fossa navicularis (WHO, 2003). Los traumatismos físicos no genitales a menudo incluyen hematomas, contusiones, laceraciones, marcas de ligaduras en los tobillos, muñecas y cuello, lesiones que dejan marcas (es decir, marcas de manos, marcas de dedos, marcas de cinturones, marcas de mordeduras) y traumatismo anal o rectal (WHO, 2003).

Las consecuencias físicas a corto plazo de la MGF incluyen dolor intenso, shock, hemorragia, retención de orina y ulceración de la región genital, mientras que las consecuencias a más largo plazo incluyen quistes y abscesos, formación de queloides en las cicatrices, daño a la uretra que da lugar a incontinencia urinaria, dispareunia y otras disfunciones sexuales y dificultades en el parto (WHO, 2000).

Salud mental y consecuencias psicosociales

Las consecuencias psicológicas de la violencia sexual varían considerablemente de una persona a otra. Sin embargo, quedan pocas dudas de que la repercusión psicológica de la violencia sexual en la víctima suele ser grave y debilitante. Estos resultados de corto y de largo plazo (que duran por muchos años) incluyen el síndrome del traumatismo de violación, trastorno por estrés postraumático, depresión, ansiedad, fobias sociales, mayor uso de drogas, comportamiento suicida, trastornos de los hábitos alimentarios y perturbaciones del sueño (WHO, 2003).

Varios estudios han revelado una asociación entre la agresión sexual y la aparición de disfunciones sexuales entre las víctimas que pueden persistir por años. En particular, un examen de la bibliografía indica que muchas mujeres experimentan una reducción significativa del placer y la satisfacción sexuales y que, a largo plazo, muchas mujeres presentan disfunciones sexuales relacionadas con el deseo y la excitación (Van Berlo y Ensink, 2000).

Violencia sexual e infección por el VIH/sida

Aunque en el mundo occidental a veces se cree que la infección por el VIH/sida afecta principalmente a los hombres que tienen relaciones homosexuales, es importante reconocer que a nivel mundial cerca de la mitad de los que viven con la infección por el VIH/sida son mujeres. En partes del mundo en desarrollo, como en el África subsahariana, la mayor parte de las personas con la infección por el VIH/sida son mujeres (WHO, 2005b). Está claro que muchos casos de infección por el VIH/sida están relacionados de una u otra manera con la violencia sexual contra la mujer. Los perpetradores de la violencia sexual rara vez usan condones y, debido a que la naturaleza de la violencia sexual suele ser físicamente coercitiva, ocurren traumatismos genitales que exponen a las víctimas a un riesgo sumamente alto de infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH (Tavara, 2006; WHO, 2003). Los estudios hechos en África demuestran claramente el vínculo entre la coacción sexual y el mayor riesgo de infección por el VIH para las mujeres (Population Council, 2004). Por ejemplo, un estudio de Sudáfrica (Dunkle et al, 2004, citado en WHO, 2005b) reveló que las mujeres cuya pareja sexual era violenta o controladora presentaban una tasa de infección por el VIH/sida, superior en 50% con respecto a otras mujeres y que los hombres abusivos tenían mayores probabilidades que los hombres no abusivos de ser seropositivos para el VIH.

Es importante entender que la violencia sexual aumenta de muchas maneras el riesgo de las mujeres de contraer el VIH.. Tal como lo señala el informe de la OMS (2001) sobre la violencia sexual y el VIH, "Esta violencia puede contribuir a un mayor riesgo para las mujeres de contraer la infección por el VIH, tanto de manera directa por el coito forzado como indirecta por la capacidad limitada de las mujeres para negociar las circunstancias en las que ocurrirán las relaciones sexuales y el uso de condones" (p. 7). El temor a la violencia puede impedir fácilmente a una mujer sugerir o insistir en el uso de condones (Maman, Campbell, Sweat y Gielen, 2000). Además, el riesgo de contraer una ITS o la infección por el VIH es particularmente alto para las mujeres que han sido objeto de la trata de personas para fines de explotación sexual (WHO, 2002).

Violencia sexual y embarazo no deseado

Con frecuencia, la violación da lugar al embarazo no deseado (Stewart y Trussel, 2000). Por ejemplo, un estudio efectuado en los Estados Unidos mostró que 5% de las víctimas de violación quedan embarazadas como resultado de la agresión (Holmes, Resnick, Kilpatrick y Best, 1996), mientras que un estudio de Etiopía determinó que 17% de las mujeres adolescentes que fueron violadas quedaron embarazadas (Mulugeta, Kassaya y Berhane, 1998 citado en Tavara, 2006). En muchas partes del mundo, las niñas y las mujeres que se encuentran embarazadas como consecuencia de la violación se ven obligadas a tener al hijo o arriesgar su vida con los "abortos clandestinos" (WHO, 2002, p. 162). Huelga decir que una niña o una mujer que ha dado a luz un niño como consecuencia de la violación no pudieron elegir el momento en que nacían sus hijos.

El contexto y las causas fundamentales de la violencia sexual

Una exposición completa de las causas múltiples de la violencia sexual está fuera del alcance de este breve informe. No obstante, casi todas estas causas tienen sus raíces en un factor inevitable y fundamental que debe captarse y afrontarse si se quiere lograr un progreso significativo para eliminar la violencia sexual. Primero y ante todo, debemos comprender bien y aceptar que la mayoría de las formas de violencia sexual están relacionadas y ocurren en el contexto de la desigualdad en materia de género y que la violencia sexual contra la mujer es más probable bajo los regímenes patriarcales relativamente fuertes. La investigación transcultural aporta datos probatorios de que mientras mayores desventajas para la mujer genere la asimetría en el poder entre los sexos en una cultura dada, mayores son las probabilidades de que ocurra el control de la sexualidad femenina, así como la violencia sexual contra la mujer (Wood y Eagly, 2002).

Es en este contexto de la desigualdad y el control en materia de género que debe entenderse la violencia sexual. Según lo resume la OMS (2003),

> La violencia sexual es un acto agresivo. Los factores fundamentales en muchos actos de violencia sexual son el poder y el control, no como suele percibirse, un ansia de sexo. Rara vez se trata de un crimen de pasión. Es más bien un acto violento, agresivo y hostil usado como un medio para degradar, dominar, humillar, aterrorizar y controlar a las mujeres. La hostilidad, la agresión y el sadismo mostrados por el agresor tienen por objeto amenazar la conciencia que tiene la víctima de sí misma (p. 9).

Estrategias para reducir y eliminar la violencia sexual

En todo el mundo, la violencia sexual está generalizada y arraigada profundamente. Por consiguiente, un método eficaz de reducir la violencia sexual debe tener una base amplia, abordar el tema a los niveles internacional, nacional, comunitario e individual de la sociedad.

Acción y promoción de la causa a nivel internacional y nacional

La comunidad internacional debe desempeñar una función primordial para reducir la violencia sexual. El reconocimiento internacional del alcance del problema y los efectos perjudiciales de la violencia sexual sobre el individuo y sobre la sociedad es un primer paso, pero ese reconocimiento debe estar seguido de la acción. Los tratados internacionales, como la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de*

discriminación contra la mujer (UN, 1979) establecen las normas para la legislación nacional y sirve de apoyo a una campaña para lograr las reformas legales. En particular, el cambio de un enfoque basado en las necesidades a un enfoque basado en los derechos a la salud sexual ha sido importante con relación a la violencia sexual. El marco de derechos humanos, entre otras cosas, ha ayudado a reconocer oficialmente la experiencia de violencia como una violación de los derechos humanos, ha ayudado a cuestionar la falsa dicotomía público/privado del derecho internacional, ha proporcionado un vocabulario feminista para los documentos políticos internacionales y ha desempeñado una función en la formación de coaliciones: "Las condiciones de la mujer en todas las regiones y las violaciones diversas a sus derechos humanos, que anteriormente estaban escondidas y eran silenciadas, han salido a la superficie, vinculando los movimientos locales a un movimiento mundial de mujeres que sigue creciendo (Obando, 2004, en línea). Para que se logren mayores progresos, los tratados futuros y las declaraciones internacionales que se centran en el desarrollo de los derechos humanos y socioeconómicos deben reconocerla explícitamente, nombrarla y abordar la violencia sexual como un impedimento significativo al bienestar y al progreso del ser humano.

Los gobiernos nacionales, ya que disponen de poder político y legal sustantivo, desempeñarán el papel más importante para la eliminación de la violencia sexual. Los gobiernos deben adoptar las políticas que reconocen explícitamente el problema de la violencia sexual. Deben introducir y sancionar la legislación vigente que hace que todas las formas de violencia sexual sean ilegales (por ejemplo, la MGF, violación en el matrimonio) e incluye el juicio y el castigo de los perpetradores de violencia sexual. Los gobiernos nacionales también deben lanzar campañas públicas de información para desalentar la violencia sexual y promover la igualdad de género. Tales campañas también deben alentar a las víctimas de la violencia sexual a que obtengan acceso a la atención de salud. También deben procurar educar y motivar a los niños y los hombres a que se opongan a la violencia sexual, tanto en su propia vida como en la vida de otros hombres.

En algunos casos, los gobiernos nacionales han dado pasos para reducir la violencia sexual (Kelly, 2005: WHO, 2002). Por ejemplo, algunos gobiernos han adoptado medidas relativamente sencillas para promover la notificación de la violencia sexual y mejorar la sensibilidad entre la policía y el poder judicial. Se han creado unidades especiales de violencia doméstica y unidades que se ocupan de los delitos sexuales, se han empleado examinadoras/investigadoras para hacer los exámenes forenses de las víctimas femeninas, se han utilizado mujeres como funcionarias de los tribunales y se crearon comisarías de policía y tribunales especiales para mujeres para los delitos de violación. La OMS (2002) observa que las reformas legales en muchos lugares han incluido ampliar la definición de lo que es la violación, reformar las reglas sobre las sentencias y la admisibilidad de los datos probatorios, y eliminación del requisito de que las declaraciones de las víctimas tienen que corroborarse.

Acciones de los sectores de la salud y la educación

Los establecimientos de asistencia sanitaria como los hospitales y los consultorios deben estar dotados en forma adecuada para recibir, evaluar, aconsejar y tratar a las víctimas de la violencia sexual. A menudo hacen falta servicios médicos/de salud adecuados y específicos para las necesidades de las víctimas de violencia sexual. Con frecuencia, los establecimientos no reciben como debe ser a las víctimas y los proveedores de atención sanitaria no siempre cuentan con la capacitación necesaria en violencia sexual y recopilación de datos probatorios forenses. La difusión generalizada y la aplicación amplia de las *Directrices de la OMS para la Atención Medico Legal de las Víctimas de la Violencia Sexual* (2003) representarían un gran paso hacia adelante en la atención de las víctimas de la violencia sexual.

Como se señaló anteriormente, la MGF es una forma de violencia sexual que perjudica la salud y el bienestar de millones de niñas y mujeres. Aunque está vinculada con tradiciones culturales y religiosas, a veces profundamente arraigadas, hay esperanza de que los grupos profesionales y comunitarios trabajando unidos puedan lograr avances significativos al desalentar la práctica de la MGF. La OMS (2002) describe una campaña realizada en Egipto en la cual el gobierno, las organizaciones de salud y los líderes religiosos se han unido en su oposición a la MGF. En los países africanos donde la MGF todavía es común, se necesitan iniciativas similares. Para alcanzar el éxito, será importante que los programas locales dirigidos a la MGF se adapten a los factores específicos culturales y religiosos que influyen en la práctica de la MGF. La participación de los líderes de opinión de la comunidad es vital si se quiere que dichos programas sean fructíferos.

Los programas de educación sobre la sexualidad para los jóvenes, donde los hay, muy a menudo se centran estrictamente en la infección por el VIH y las ITS, y en los temas básicos de la reproducción, pero no abordan directamente la igualdad de género ni la violencia sexual. Se ha logrado algún progreso en impartir cursos de educación sobre salud sexual de calidad a un número cada vez mayor de jóvenes en todo el mundo (véase capítulo 4). Esos programas brindan una oportunidad ideal de educar a los jóvenes, en una época de la vida en que se forman las actitudes y los valores básicos relativos a la sexualidad, acerca de problemas pertinentes para la prevención de la violencia sexual.

Acciones comunitarias

Hay una gama amplia de acciones comunitarias que incluyen a organismos de salud pública, grupos comunitarios, medios de comunicación, así como muchos otros que pueden desempeñar una función activa en la reducción de la violencia sexual. Son demasiado numerosos para abordarlos aquí adecuadamente (véase WHO, 2002, 2003), pero a continuación se mencionan varios ejemplos de esos cursos dirigidos a hombres.

Los medios de comunicación pueden usarse eficazmente para concientizar y hacer una campaña contra la violencia sexual. La OMS (2002) cita varios ejemplos de

Sudáfrica y Zimbabwe donde se han usado carteleras, radio y televisión para comunicar mensajes contra la violencia sexual. Además, hay que utilizar cada vez más a personajes públicos influyentes, como estrellas de los deportes, para expresar oposición a la violencia sexual y comunicar a los hombres jóvenes mensajes saludables en cuanto a la sexualidad y la igualdad de género. Algunas organizaciones deportivas como la Fédération Internationale de Football Associations (FIFA) están en una posición excelente para llegar hasta cientos de millones de niños y hombres en todo el mundo con mensajes educativos para combatir la violencia sexual. La participación de los medios de comunicación y las organizaciones deportivas en los esfuerzos para reducir la violencia sexual es muy promisoria ya que ellos tienen un potencial significativo para transformar fundamentalmente los valores y las costumbres que apoyan la cultura de la violencia sexual.

Acciones necesarias

3.1 Para ser eficaces, las leyes, políticas y programas destinados a reducir la violencia relacionada con la sexualidad deben abordar la desigualdad de género con respecto a los derechos humanos y la posición económica. Esto abarca la legislación para prohibir todas las formas de violencia sexual y acoso contra niños y niñas, las mujeres y las minorías sexuales.

3.2 Se requieren programas integrales de salud pública para aumentar la toma de conciencia sobre la necesidad de abordar la violencia sexual. También deben ponerse en práctica programas complementarios destinados a la prevención primaria de la violencia sexual. En todos los segmentos de la sociedad, deben ejecutarse programas de prevención de la violencia sexual.

3.3 Para reducir eficazmente el impacto de la violencia sexual es necesario reformar el ámbito de la atención de salud. Esto incluye la eliminación de todas las formas de discriminación relacionadas con el género u orientación sexual dentro de los sistemas de atención de salud y velar por que el personal de atención de salud y las instituciones en las que trabajan esas personas, estén preparadas adecuadamente para recibir y tratar a las víctimas de la violencia sexual.

Referencias

Abrahams, N., Jewkes, R., Hoffman, M., & Laubsher, R. (2004). Sexual violence against intimate partners in Cape Town: prevalence and risk factors reported by men. Bulletin of the World Health Organization, 82, 330-337.

Bott, S., Morrison, A. & Ellsberg, M. (2005). Preventing and Responding to Gender-based Violence in Middle and Low Income Countries: A Global Review and Analysis. World Bank Policy Research Working Paper 3618. Washington, DC: Banco Mundial.

Gottschall, J. (2004). Explaining wartime rape. The Journal of Sex Research, 41, 129-136.

Holmes, M.M., Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G. & Best, C.L. (1996). Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 175, 320-324.

Kelly, L. (2005). Promising Practices Addressing Sexual Violence. Expert paper prepared for an expert group organized by the UN Division for the Advancement of Women, 17 al 20 de mayo del 2005, Viena, Austria.

Laylor, K. (2004). Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: a literature review. Child Abuse and Neglect, 28, 439-460.

Maman, S., Campbell, Sweat, MD. & Gielen, AC. (2000). The intersections of HIV and Violence: directions for future research and interventions. Social Science and Medicine, 50, 459-478.

Obando, A.E. (2004). How Effective is a Human Rights Framework in Addressing Gender-Based Violence? WHRnet, extraido el 22 de marzo del 2006 del sitio http://www.choike.org/nuevo_eng/informes/3982.html.

Population Council (2004). The Adverse Health and Social Outcomes of Sexual Coercion: Experiences of Young Women in Developing Countries. Nueva Delhi: The Population Council.

Sapp, M.V. & Vandeven, A.M. (2005). Update on childhood sexual abuse. Current Opinion in Pediatrics, 17, 258-264.

Stewart, F.H., & Trussell, J. (2000). Prevention of pregnancy resulting from rape: a neglected preventive health measure. American Journal of Preventive Medicine, 19, 228-229.

Tavara, L. (2006). Sexual violence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 20, 395-408.

UN (1979). Convention on the Elimination of All forms of Discrimination Against Women. United Nations Division for the Advancement of Women. Department of Economic and Social Affairs. Nueva York: Naciones Unidas.

UN (1993). United Nations General Assembly. Declaration on the Elimination of Violence Against Women. (A/RES/48/104). Nueva York: Naciones Unidas.

UNFPA (2005). State of the World Population 2005. The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nueva York: United Nations Population Fund.

Van Berlo, W. & Ensink, B. (2000). Problems with sexuality after sexual assault. Annual Review of Sex Research. Vol. 11, 235-257

Watts, C. & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. Lancet, 359, 1232-1235.

Wood, W. & Eagly, A.H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: implications for the origins of sex differences. Psychological Bulletin, 128, 699-727.

WHO (2000). Female Genital Mutilation. Fact sheet No 241. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

WHO (2001). Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

WHO (2002). World Report on Violence and Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

WHO (2003). Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

WHO (2005a). WHO Multi-country Study On Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

WHO (2005b). Addressing Violence Against Women and Achieving the Millennium Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Pilsen

Capítulo

4

Proveer acceso universal a la información completa y educación integral de la sexualidad

*Para lograr la salud sexual, todas las personas, incluidos los jóvenes, deben tener acceso a la información completa y a la educación integral de la sexualidad, así como a los servicios de salud sexual en todo el ciclo de vida.**

Introducción

Como ya se ha indicado en varios puntos de este documento, el mejoramiento, el mantenimiento y la promoción de la salud sexual desempeñarán una función significativa e imprescindible para la consecución de muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Las ocho metas expuestas en el enunciado de la declaración Salud Sexual para el Milenio están sumamente interrelacionadas. El acceso universal a la educación integral de la sexualidad está estrechamente vinculado con los otros objetivos de salud sexual estipulados en la declaración y dicho acceso es imprescindible para lograrlos, ya que todos tienen componentes educativos. La concientización individual y de la comunidad, así como el conocimiento y la aceptación de los temas de salud sexual son requisitos para lograr cambios positivos. El acceso universal a la educación integral y consistente de la sexualidad es un componente esencial para la formulación de cualquier estrategia fructífera de promoción de la salud sexual en el nuevo Milenio.

* Este capítulo está basado en la información proporcionada por la Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México, una amplia revisión de la literatura y el Documento de Antecedentes escrito por Doortje Braeken and Melissa Cardinal. (Ver Apéndices IV y V)

Según se afirma en el enunciado de la declaración, la educación integral de la sexualidad es un proceso que debe ocurrir a todo lo largo de la vida. Nuestra necesidad de educación sexual no empieza ni termina con la pubertad. Los diversos períodos del desarrollo a lo largo de la vida -niñez, adolescencia, edad adulta temprana, edad madura y vejez- se caracterizan por tareas y necesidades de desarrollo relativas a la sexualidad diferentes pero de igual importancia lo que implica necesidades diferenciales de educación sexual (Delamater y Friedrich, 2002). Sin embargo, los jóvenes merecen una atención especial en nuestro llamado para un acceso universal a la educación integral de la sexualidad , en particular con respecto a la propuesta de que la generalización de los programas de educación de la sexualidad efectuará una contribución significativa a los ODM. Esta atención es importante también porque la educación sobre sexualidad de alta calidad impartida a los niños y los jóvenes les brinda una base de conocimientos, actitudes y aptitudes esenciales para el logro de la salud sexual óptima; estos conocimientos, actitudes y aptitudes pueden evolucionar a la par de sus necesidades que cambian a lo largo de la vida.

Debido a que en el mundo desarrollado el acceso de los jóvenes a la escolaridad es casi universal, las escuelas suelen considerarse como el foro ideal para impartir la educación sexual. En el mundo en desarrollo, por otro lado, el acceso a la escolaridad tradicionalmente ha estado seriamente limitado y las oportunidades son desiguales según el género, los ingresos y la ubicación geográfica. Por consiguiente, la educación sexual impartida en las escuelas, es poco prometedora para llegar hasta una diversidad de jóvenes en muchas comunidades. Sin embargo, esto está cambiando. Según lo documenta Loyd (2006), en su ponencia de antecedentes para el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, cada vez es más común en los países en desarrollo que los jóvenes, especialmente las mujeres, asistan a la escuela hasta los años de la pubertad y a través de ella. Según ilustra Loyd, la asistencia a la escuela por sí misma puede tener consecuencias beneficiosas para la salud sexual y reproductiva. También cabe señalar que el aumento acelerado de la asistencia a la escuela, aunque el acceso dista mucho de ser universal, brinda una oportunidad extraordinaria de mejorar la educación integral sobre sexualidad. Es crucial que a medida que se crean y amplían, se renuevan y reforman los sistemas escolares, la educación integral sobre la sexualidad se imparta a todo lo largo del programa de estudios y sea uno de sus componentes fundamentales. La justificación para la inclusión dependerá, en parte, de que se demuestren los vínculos entre educación de la sexualidad, salud sexual y reproductiva y el desarrollo de la comunidad, según lo estipulado en los ODM.

Con respecto a la educación general, la finalidad principal de educar a los niños es prepararlos para la vida. En consecuencia, los enseñamos a leer, escribir, a resolver problemas, a pensar en forma creativa, etc. Estas son las aptitudes que ellos usarán a lo largo de su vida. Con respecto a la educación de la sexualidad más específicamente, la información, actitudes y aptitudes que las personas adquieren como niños y jóvenes influirán en sus decisiones y repercutirán en su salud sexual general en la edad adulta. La niñez, la pubertad y la adolescencia son períodos fundamentales para el desarrollo de la sexualidad. El conocimiento básico, las actitudes formativas

y las prácticas saludables que se aprenden antes o a medida que empieza la actividad sexual tienen muchas más probabilidades de transferirse sistemáticamente y hasta la edad adulta. Por ejemplo, hay indicios de que los jóvenes que usan condones la primera que vez tienen relaciones sexuales tienen más probabilidades de usar condones cuando son mayores, en comparación con los que no usaron un condón en su primera relación sexual (Klavs, Rodrigues, Wellings, et al., 2005; Shafii, Stovel, Davis et al., 2004). Por lo tanto, es vital llegar hasta los jóvenes con educación sexual integral antes de que sean sexualmente activos porque para muchos jóvenes en todo el mundo, las primeras relaciones sexuales, sean voluntarias o no, pueden ocurrir y ocurren en cualquier momento después del inicio de pubertad. Es también importante que la educación integral sobre la sexualidad impartida en la escuela se vincule a la educación informal y complementaria que ocurre en la comunidad y en el hogar.

Educación integral de la sexualidad en el contexto de la diversidad sexual mundial

Decir que la comunidad mundial dista mucho de estar unificada con respecto a los valores sexuales, costumbres, creencias y modelos de comportamiento es afirmar lo que es obvio. Esta diversidad merece el reconocimiento y la consideración sostenida en la formulación de estrategias y políticas destinadas a elaborar y ejecutar programas integrales de educación sobre la sexualidad que contribuyan a escala mundial al logro de los ODM.

> Los asuntos relacionados con el sexo y la reproducción son delicados—porque se entrelazan con cuestiones de cultura e ideología de instituciones sociales e identidades personales. En muchos países, diversos grupos culturales tienen diferentes acuerdos y posiciones en materia de servicios de salud sexual y reproductiva (y en la prestación asociada de esos servicios). Es posible que se limiten tanto la atención como las discusiones públicas a fin de evitar las divisiones políticas o porque hay un estigma asociado con el tema. La salud sexual y reproductiva solo se ha convertido en un tema adecuado para la discusión y el consenso internacionales en los últimos 10 a 15 años (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006, p. 4).

Esta observación nos da apenas una idea de los contextos específicos culturalmente únicos en los que se insertan los programas de educación de la sexualidad para los jóvenes —o no se insertan— en todo el mundo. La sustancia y el carácter de estos programas, o la falta de ellos, suelen ser un reflejo claro y exacto de las creencias culturales acerca de la sexualidad que existen en la comunidad. Está claro que las posturas religiosas, políticas y sociales-morales sobre la sexualidad dividen a la comunidad mundial y esto es un obstáculo fundamental para adoptar un método unificado y compartido destinado a formular y poner en práctica los cursos de educación integral de la sexualidad que contribuirían a repercutir, no solo en la

epidemia de infección por el VIH/sida sino también en un sinnúmero de otros problemas, como la igualdad de género y la planificación de la familia. Hace falta una unidad internacional muy básica en cuanto al enfoque y al reconocimiento de la necesidad de educación integral de la sexualidad para sustentar los acuerdos internacionales pertinentes a la salud sexual y reproductiva y a los derechos, para garantizar el financiamiento de los programas, compartir la pericia y lograr que las comunidades se comprometan, participen y se apropien activamente de la programación. Dada la vasta diversidad cultural de las creencias relacionadas con la sexualidad, ¿dónde empezamos a elaborar una estrategia mundial para la educación integral de la sexualidad?

Germain y Woods (2005) al escribir acerca de la necesidad de un método integrado para la prevención de la infección por el VIH dicen que: "La política mundial no hace que las estrategias de prevención de la infección por el VIH sean fáciles ni directas de llevar a la práctica" (p. 59). Proponen, de acuerdo a lo pautado por la Estrategia de Prevención propuesta por el ONUSIDA en el 2005, que los programas de prevención se fundamenten en los componentes de derechos humanos, en su alcance y en una base de datos probatorios. A continuación se presenta una plataforma que incorpora estos tres componentes para proponer el acceso universal a la educación sexual integral y de alta calidad.

Los derechos humanos y sexuales

Los compromisos contraídos por los gobiernos con organizaciones de derechos humanos y organizaciones no gubernamentales con respecto a los derechos sexuales como derechos humanos nos proporcionan un punto de partida sustantivo y viable para abogar por el acceso universal a la educación integral de la sexualidad en un marco más amplio de la promoción de la salud sexual. Según se indica en otra parte de este documento, la publicación de la OMS (2002; 2006) *Definición Práctica de los Derechos Sexuales* establece que los derechos sexuales basados en leyes nacionales y documentos de derechos humanos internacionales ya reconocidos abarcan el derecho de todas las personas, libre de coacción, discriminación y violencia a, entre otras cosas, obtener información acerca de la sexualidad y recibir educación de la sexualidad.

La promoción del acceso universal a la educación integral sobre la sexualidad es inseparable de la exigencia del respeto y la promoción de los derechos humanos y sexuales, además de ser un componente fundamental para lograr esta meta. El reconocimiento de los derechos básicos humanos y sexuales debe sentar las bases filosóficas para adoptar una perspectiva mundial acerca de la educación integral sobre la sexualidad. Como se señala con más detalle a continuación, hay que tener cuidado para no introducir presunciones externas en cuanto al significado y la finalidad de la sexualidad humana ni la definición precisa de la educación integral sobre sexualidad que van más allá de los derechos básicos que han servido de base para los acuerdos internacionales. Estos conceptos deben definirse dentro de las comunidades etnoculturales específicas en las que se va a impartir la educación sobre sexualidad.

Alcance

Al describir la educación integral sobre la sexualidad, SIECUS (2001) especifica varios conceptos fundamentales como desarrollo humano, relaciones, destrezas personales, comportamiento sexual, salud sexual y sociedad y cultura. Muy a menudo el término educación integral de la sexualidad sugiere que los programas destinados a la reducción de riesgos sexuales abordan tanto el retraso de la primera relación sexual, la abstinencia y el uso del condón u otros métodos anticonceptivos como medidas preventivas viables. En este sentido, el término educación integral sobre sexualidad sencillamente se usa como una manera de distinguir esos programas de los denominados programas "de abstinencia exclusiva" que solo promueven la abstención de la actividad sexual y no abordan otras opciones, como el uso de condones, para las personas que ya están o que estarán sexualmente activas. Sin embargo, la educación integral de la sexualidad es un término mucho más amplio que supone un enfoque basado en los derechos y que tiene en cuenta al género y es sensible a las diferencias culturales.

En conjunto, los derechos enunciados por la OMS (2002; 2006) en la *Definición Práctica de los Derechos Sexuales* recalcan el acceso a la información sobre sexualidad y la toma de decisiones autónoma. Según ya se ha dicho, y para fines de esta sección, el concepto de educación integral sobre la sexualidad comprende y respeta los derechos humanos básicos, suministra información amplia y exacta y brinda oportunidades de desarrollo de motivaciones y habilidades que les permiten a las personas tomar decisiones autónomas y fundamentadas acerca de su salud sexual y reproductiva. En muchos países occidentales y en algunas naciones en desarrollo estas ideas, y lo que implican para elementos específicos de los programas de educación sobre la sexualidad, están bien enunciados y son apropiados para esas culturas (véase, por ejemplo, SIECUS, 1991; Salud Canadá, 2003; Ministerio de Educación, Chile, 2002). La Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2000) ha hecho de la educación integral de la sexualidad a la población en general una de sus metas para promover la salud sexual. Las recomendaciones de la OPS incluyen un esquema específico con nueve puntos acerca del significado y la finalidad de la educación integral sobre la sexualidad que es compatible con una perspectiva de derechos humanos sexuales y puede aplicarse eficazmente a esa región. En muchos otros países y regiones, todavía no se han especificado conceptos culturalmente específicos y apropiados de la educación integral sobre la sexualidad como base para una programación que llegue a un gran número de jóvenes. Las iniciativas para hacerlo serán esenciales para el establecimiento del acceso universal a la educación integral sobre sexualidad.

En algunos países, pero especialmente en los Estados Unidos, están generalizados el financiamiento amplio y la promoción de los programas de educación sobre la sexualidad basados en la abstinencia exclusiva. Si estamos de acuerdo en que la fundación ética de la educación integral de la sexualidad tiene sus raíces en los derechos humanos y los derechos sexuales básicos que confieren a cada individuo el derecho indiscutible a la toma de decisiones autónoma

e informada, es evidente que los programas de abstinencia exclusiva quedan fuera de esta perspectiva ética básica. Los programas que, por su diseño, retienen la información necesaria para que los individuos puedan tomar decisiones voluntarias y fundamentadas son poco éticos y desde la perspectiva de la educación sobre la sexualidad presentada aquí, constituyen una violación de los derechos humanos. Ha quedado demostrado reiteradamente que los programas de abstinencia exclusiva son ineficaces para fomentar y mantener el cambio de comportamiento. Además, una gran mayoría de los programas de educación sexual basados en la abstinencia exclusiva han demostrado su ineficacia para prevenir la actividad sexual o reducir la infección por el VIH, las ITS o el embarazo no deseado. Si bien es cierto que unos pocos programas de abstinencia exclusiva han demostrado que modifican las actitudes hacia la abstinencia y el comportamiento sexual por períodos cortos (hasta seis meses), ninguno de los programas de abstinencia exclusiva evaluados dio lugar a que los participantes retrasaran el inicio de las relaciones sexuales por períodos de tiempo más largos, en comparación con los grupos testigo o los grupos que reciben educación sobre salud sexual amplia (Bennett y Assefi, 2005). A pesar del respaldo del gobierno federal de los Estados Unidos, lo que incluyó cientos de millones de dólares en financiamiento, un examen reciente de las evaluaciones del programa destinadas a determinar la repercusión de las intervenciones de abstinencia exclusiva ejecutadas en los Estados Unidos reveló que no solo son ineficaces, sino potencialmente perjudiciales para la salud del público.

> Los programas de abstinencia exclusiva dan pocos indicios de tener una repercusión sostenida (a largo plazo) en las actitudes y las intenciones. Lo que es peor aun, muestran algunas repercusiones negativas en la disposición de los jóvenes a usar métodos anticonceptivos, entre ellos los condones, para prevenir resultados negativos de salud sexual derivados de las relaciones sexuales. Es importante señalar que apenas en un estado de los Estados Unidos, un programa demostró éxito a corto plazo en retrasar la iniciación sexual; ninguno de estos programas ofrece pruebas de éxito a largo plazo para retrasar la iniciación sexual entre los jóvenes expuestos a los programas, ni ningún dato probatorio de éxito para disminuir otros comportamientos que inducen a correr riesgos en relación con la sexualidad. Los programas basados exclusivamente en la abstinencia dan pocas pruebas de tener una repercusión sostenida (a largo plazo) en los participantes (Hauser, 2004, p. 4).

En vista de las pruebas que se acaban de mencionar, el financiamiento y la ejecución de programas de abstinencia exclusiva deben considerarse como una mala utilización de valiosos recursos, humanos y financieros, que podrían asignarse a la planificación, puesta en práctica y evaluación de una programación coordinada, eficaz en función de los costos y basada en datos probatorios. El enfoque de abstinencia exclusiva restringe el suministro de información a una estrategia específica

para la infección por el VIH, las ITS y la prevención de embarazos no deseados, y excluye decididamente la información que puede ser utilizada por quienes ya tienen una vida sexual activa o la tendrán inevitablemente. Por lo tanto, el enfoque de abstinencia exclusiva es excluyente y refleja un punto de vista estrecho y específico. El enfoque integral, por otro lado, es conceptualmente inclusivo en lugar de exclusivo, presenta información sobre estrategias múltiples (incluida la abstinencia de la actividad sexual, el retraso de la primera relación, la reducción del número de compañeros sexuales, así como la actividad sexual más segura) para prevenir la infección por el VIH, las ITS y los embarazos. En contraposición a los programas de abstinencia exclusiva, los programas integrales de educación sobre la sexualidad procuran que las decisiones acerca de tener o no relaciones sexuales, de si la persona quiere tener hijos y cuándo los quiere tener, además de las decisiones acerca de cómo protegerse uno mismo y a su pareja de la infección por el VIH y las ITS, sean decisiones fundamentadas basadas en elecciones que todas las personas, incluidos los jóvenes, tienen derecho a tomar basadas en su propios valores autodefinidos, así como en los valores de sus familias y comunidades. En contraposición con la ineficacia de los programas de abstinencia exclusiva para alcanzar sus objetivos conductuales, hay indicios de que los programas de educación sobre la sexualidad más integrales pueden ayudar a los jóvenes que todavía no son sexualmente activos, a retrasar la primera relación sexual (por ejemplo, Jemmott, Jemmott y Fong, 1998). El hecho de que la educación integral sobre la sexualidad tenga probabilidades de ser más eficaz que los programas de abstinencia exclusiva al capacitar a los jóvenes para que retrasen la primera relación sexual, bien podría deberse a que los programas integrales de educación sobre la sexualidad bien formulados incluyen a los jóvenes en el proceso de toma de decisiones informadas, con lo cual ellos pueden elegir activamente opciones para proteger y mejorar su salud sexual. Los programas de abstinencia exclusiva desaniman a los jóvenes de sopesar las opciones y tomar decisiones basadas en sus propias realidades, necesidades, tradiciones y valores.

La educación de la sexualidad basada en la evidencia.

Los objetivos de la prevención de la infección por el VIH, las ITS y los embarazos no planificados están incluidos en todas las conceptualizaciones de los programas integrales de educación sobre la sexualidad para los jóvenes en todo el mundo. Sin duda, es en el logro de estos objetivos que el acceso universal a la educación integral sobre la sexualidad contribuye significativamente al cumplimiento de los ODM.

Cada vez hay mayor número de datos probatorios inequívocos derivados de estudios publicados sometidos a arbitraje editorial que evalúan la repercusión conductual de intervenciones de salud sexual bien diseñadas que conducen a la conclusión definitiva de que esos programas pueden reducir significativamente los comportamientos sexuales de riesgo entre los jóvenes (para consultar esta bibliografía véase Alford, 2003; Bennett y Assefi, 2005, Jemmott y Jemmott, 2000; Kirby, 2000; 2001; 2005).

Con respecto a la prevención de la infección por el VIH/sida concretamente, hay también datos probatorios definitivos claros de que las intervenciones educativas tienen el potencial para reducir significativamente el comportamiento sexual de alto riesgo entre las personas, incluidos los jóvenes. Albarracin, Gillete, Earl et al. (2005) efectuaron un examen y metanálisis integral de 354 intervenciones de prevención de la infección por el VIH ejecutadas desde 1985 al 2003 en 33 países diferentes. Conjuntamente, las intervenciones mostraron que habían aumentado los conocimientos sobre el VIH, así como las actitudes positivas hacia un mayor uso de los condones, cambio de las normas y las intenciones, mejoramiento de las aptitudes conductuales y aumento del uso real de los condones. El análisis de Albarracín et al., también reveló que hay estrategias eficaces de educación sobre prevención para diferentes grupos, incluidos los jóvenes. De manera más general, hay un cuerpo extenso de investigación en evaluación de la prevención de la infección por el VIH y las ITS que indicaba resultados conductuales positivos para intervenciones que se dirigían a adolescentes, jóvenes callejeros, pacientes de consultorios de ITS, mujeres, hombres activos heterosexualmente, que tienen relaciones homosexuales con hombres, y a las comunidades (CDC, 2001; McKay, 2000).

La mayor parte de la bibliografía dedicada a evaluar la prevención de la infección por el VIH, las ITS y el embarazo, en relación con los jóvenes, examina las intervenciones ejecutadas en el mundo desarrollado (es decir, Estados Unidos y Europa). Sin embargo, están aumentando los datos probatorios acerca de la eficacia de las intervenciones de prevención que se ejecutan en el mundo en desarrollo. En un examen reciente de estudios controlados en el mundo tanto en desarrollo como desarrollado que utilizaron diseños experimentales o casi experimentales para evaluar la repercusión de los programas de salud sexual y educación sobre el VIH en el comportamiento sexual de los jóvenes, Kirby, Laris, y Rolleri (2005) analizaron programas de Brasil, Tailandia, Kenia, Nigeria, Belice, México, Chile, Tanzanía y Namibia que ayudaron a las personas a retrasar la primera relación sexual, a reducir su número de compañeros sexuales o a aumentar el uso de condones. Wang, Hertog, Meir, et al. (2005) informaron acerca de un programa integral de educación sobre la sexualidad en China que dio lugar a un mayor uso del condón y de los métodos anticonceptivos.

La bibliografía que aporta evidencias acerca de la eficacia de la educación integral sobre la sexualidad es convincente, pero no debe interpretarse como una sugerencia de que todos los programas existentes o previstos serán eficaces para alcanzar sus objetivos. Una de las lecciones cruciales que debemos aprender de la experiencia anterior es que no hay ninguna forma genérica y multifuncional de educación sobre la sexualidad que pueda aplicarse eficazmente a todos los públicos o contextos. Debemos aprender tanto de nuestros éxitos como de nuestros fracasos para crear los programas más eficaces posibles. Afortunadamente, ya hemos aprendido mucho acerca de los componentes necesarios para la educación eficaz sobre la sexualidad. Por ejemplo, un examen y análisis de la bibliografía existente (por ejemplo, Albarracin et al., 2005; Fisher y Fisher, 1998; Kirby, 2005) sugiere que los programas tienen grandes probabilidades de lograr sus objetivos conductuales si contienen los siguientes diez componentes clave:

1. Incluir una asignación realista y **suficiente en cuanto al tiempo para la enseñanza y los recursos financieros necesarios.**
2. Impartir a los educadores la **capacitación necesaria y darles el apoyo administrativo** necesario para ejecutar el programa eficazmente.
3. Emplear **métodos didácticos adecuados, incluida la utilización de modelos teóricos** para elaborar y aplicar la programación (por ejemplo, Modelo de IMB, Teoría cognoscitiva social, Modelo transteórico, Teoría de la acción razonada).
4. **Utilizar investigación sobre inducción para evaluar las características, las necesidades y los estilos de aprendizaje óptimos de los estudiantes.** Esto incluye adaptar la instrucción a los antecedentes etnoculturales, la orientación sexual y la etapa del desarrollo del estudiante.
5. **Abordar específicamente los resultados negativos de salud sexual**, como la infección por el VIH, las ITS y los embarazos no deseados
6. Exponer y reforzar sistemáticamente **los mensajes de prevención relacionados con la fijación de límites sexuales** (por ejemplo, retrasar la primera relación, abstinencia), el uso habitual de condones y otras formas de anticonceptivos.
7. Incluir en el programa actividades que **aborden el contexto social y ambiental de la persona**, incluidas las presiones sociales para incurrir en hábitos sexuales perjudiciales.
8. **Incorporar la información, motivación y aptitudes necesarias** para exponer eficazmente y mantener los comportamientos sexuales saludables.
9. Proporcionar **ejemplos claros y oportunidades para practicar (por ejemplo, representaciones de roles), la fijación de límites sexuales, negociación del uso del condón y otras aptitudes de comunicación**. En los programas eficaces, las personas son participantes activos, no receptores pasivos de la información.
10. Utilizar **herramientas apropiadas de evaluación** para evaluar los puntos fuertes y los débiles del programa, a fin de mejorar la programación subsiguiente.

Acciones necesarias

4.1 Hacer obligatoria la educación integral de la sexualidad basada en derechos, sensible al género y culturalmente apropiada, como un componente indispensable de los programas de estudios escolar a todos los niveles y aportar los recursos que sean necesarios.

4.2 Trabajar con organismos de la comunidad para llegar hasta los jóvenes que no están en la escuela y a otras poblaciones de alto riesgo, con educación integral de la sexualidad.

4.3 Emitir directrices para conseguir que los programas y servicios de educación de la sexualidad se basen en el principio de la toma autónoma.de decisiones plenamente fundamentada.

4.4 Garantizar que los programas de educación de la sexualidad se fundamenten en evidencias e incluyan las características de eficacia comprobada. Esto debe hacerse de manera que permita la creatividad y se atiendan las necesidades específicas de la comunidad al formular y evaluar programas innovadores.

Referencias

Alford, S. (2003). Science and Success: Sex Education and Other Programs That Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and Other Sexually Transmitted Infections. Washington, DC: Advocates for Youth.

Albarracin, D., Gillette, J.C., Earl, A. et al. (2005). A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. Psychological Bulletin, 131, 856-897.

Bennett, S. & Assefi, N., (2005). School-based pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of Adolescent Health, 36, 72-81.

CDC (2001). Compendium of HIV Prevention Interventions with Evidence of Effectiveness. HIV/AIDS Prevention Research Synthesis Project. Atlanta, Georgia: Division of HIV/AIDS Prevention, Centers for Disease Control and Prevention.

Delamater, J. Friedrich, W. (2002). Journal of Sex Research, 39, 10-14.

Germain, A. & Woods, Z. (2005). Women's sexual and reproductive health and rights: a key to ending HIV/AIDS. Development, 48, 56-60.

Fisher, W. & Fisher, J. (1998). Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: theory and method. Annual Review of Sex Research, 9, 39-76.

Hauser, D. (2004). Five Years of Abstinence-Only-Until Marriage Education: Assessing the Impact. Washington, D.C.: Advocates for Youth.

Health Canada. (2003). Canadian Guidelines for Sexual Health Education. Ottawa, ON: Health Canada.

Jemmott, J. & Jemmott, L. (2000). HIV behavioral interventions for adolescents in community settings. In J.L. Petersen & R.J. DiClemente (Eds.) Handbook of HIV Prevention (pp. 103-124). Nueva York: Plenum Publishers.

Jemmott, J., Jemmott, L. & Fong, G. (1998). Abstinence and safer sex HIV risk reduction interventions for African American adolescents: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 279, 1529-1536.

Kirby, D. (2005). Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Kirby, D. (2001). Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregancy. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.

Kirby, D. (2000). School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents. In J.L. Petersen & R.J. DiClemente (Eds.). Handbook of HIV Prevention (pp. 83-101). Nueva York, NY: Plenum Publishers.

Klavs, I., Rodrigues, L., Wellings, K., et al. (2005). Increased condom use at sexual debut in the general population of Slovenia and association with subsequent condom use. AIDS, 19, 1215-1223.

Loyd, C. (2006). Schooling and adolescent reproductive behavior in developing countries. Background paper to Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. UN Millennium Project.

McKay, A. (2000). Prevention of sexually transmitted infections in different populations: a review of behaviourally effective and cost-effective interventions. The Canadian Journal of Human Sexuality, 9, 95-120.

Ministerio de Educación, Chile. (2002) Oportunidades para la Educación Sexual en el Nuevo Curriculum. Santiago de Chile: Ministerio de Educación.

PAHO (2000). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Organización Panamericana de la Salud.

Shafii, T., Stovel, K., Davis, R., & Holmes, K. (2004). Is condom use habit forming? Condom use at sexual debut and subsequent condom use. Sexually Transmitted Diseases, 31, 366-372.

SIECUS. (1991). Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Kindergarten – 12th Grade. Nueva York, NY: SIECUS.

UN Millennium Project. (2006). Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. UN Millennium Project.

WHO. (2002a) Working Definitions. Extraido el 20 de enero del 2006 del sitio de la Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

WHO. (2006). Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28 al 31 de enero del 2002, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Bajado el 28 de marzo del 2007 del sitio http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/index.html

Capítulo

5

Asegurar que los programas de salud reproductiva reconozcan el carácter central de la salud sexual

*La reproducción es una de las dimensiones fundamentales de la sexualidad humana y, como tal, puede contribuir a fortalecer las relaciones y a la satisfacción personal, cuando se desea y se planifica. La salud sexual abarca la salud reproductiva. Deben ampliarse los programas actuales de salud reproductiva para abordar las diversas dimensiones de la sexualidad y la salud sexual de manera integral**

Introducción

La sexualidad es uno de los aspectos más fundamentales de nuestra vida y, no obstante, por mucho tiempo ha sido el socio silencioso en la programación de la salud sexual y reproductiva. El reconocimiento de que la promoción de la salud reproductiva es un componente importante y legítimo del desarrollo sostenible de comunidades y sociedades ha sido lento, desigual y tenue. Más aún, haber unido conceptualmente a la salud sexual con la salud reproductiva bajo el término común de salud sexual y reproductiva ha sido especialmente inadecuado, en particular en el diálogo del desarrollo internacional. El consenso y la ejecución de una programación de salud sexual y reproductiva de calidad a menudo se han sacrificado ante los intereses políticos, religiosos e ideo-

* Este capítulo está basado en la información proporcionada por la Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México, una amplia revisión de la literatura y el Documento de Antecedentes escrito por Angela Heimburger/Victoria Ward . (Ver Apéndices IV y V)

lógicos; el resultado final, que es considerable, pero prevenible, ha sido el aumento de la morbilidad, la mortalidad y la violación de derechos humanos fundamentales.

Este capítulo presenta un panorama del reconocimiento cada vez mayor de que el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas (ODM). Luego se expone la falta de un enfoque positivo a la sexualidad humana en la programación de salud reproductiva, la importancia de integrar plenamente la sexualidad y la salud sexual dentro de esa programación y la necesidad de capacitar adecuadamente a los proveedores de atención de la salud en sexualidad humana y salud sexual.

El reconocimiento de que el acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es esencial para el desarrollo mundial

La 4.a Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, Egipto en 1994 y que contó con la presencia de representantes de gobiernos de 179 países se ha descrito con exactitud como un "momento decisivo" en el consenso y la aceptación internacional de los conceptos de los derechos reproductivos y la salud sexual y reproductiva (Haslegrave, 2004). Los asistentes a la conferencia no solo exigieron conjuntamente el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para 2015, sino que la definición de salud reproductiva emanada de la Conferencia representó un salto cualitativo en el reconocimiento y la comprensión de la verdadera amplitud de la salud reproductiva y del grado en que la salud sexual y la salud reproductiva constituyen una entidad única que no puede ser segmentada. La definición de salud reproductiva formulada en la CIPD parecía haber aclarado, sin que quedaran dudas, que la salud sexual no puede pasarse por alto ni separarse del concepto de salud reproductiva. No solo se reconoció legítimamente que la salud reproductiva es crucial para el proceso de desarrollo, sino que se reconoció también que la salud sexual está entretejida inextricablemente con ella. Vale la pena repetir aquí la definición completa de salud reproductiva que surgió de la CIPD:

> La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva, por consiguiente, supone que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura, que tienen capacidad para reproducirse y libertad para tomar decisiones si desean tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. Implícito en esta última condición está el derecho de los hombres y las mujeres a informarse y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos que prefieran para regular la fecundidad que no estén contra la ley, y el derecho a tener acceso a servicios apropiados de atención de salud que permitan a las mujeres experimentar el em-

> barazo y el parto sin riesgos y les brinde a las parejas las mejores probabilidades de tener un bebé sano. De acuerdo con la definición anterior de salud reproductiva, la atención de salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. También incluyen la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (UN, 1995).

Uno de los aspectos significativos de la definición de salud reproductiva emanada de la CIPD es que no sólo incorporaba la salud sexual en cuanto al control de la fecundidad y la prevención de las ITS y la infección por el VIH/sida, sino que también conceptualizaba a la salud sexual en cuanto al "mejoramiento de la vida y las relaciones personales" y de una "vida sexual satisfactoria y sin riesgos". En otras palabras, la definición de salud reproductiva emanada de la CIPD va más allá de considerar la salud sexual sencillamente como un asunto de prevención de problemas y la definió gradualmente en términos positivos. Esto representó un cambio importante con respecto al enfoque tradicional a la sexualidad orientado negativamente, para pasar a un enfoque más positivo, de mejoramiento de la vida que desde hacía mucho tiempo defendían los trabajadores de promoción de la salud que abordaban el tema de la salud reproductiva.

A pesar de los adelantos al conceptualizar lo sexual y lo reproductivo indicado por la definición de la CIPD, como han observado Correa y Parker (2004), "… desde El Cairo, la sexualidad se ha pasado cada vez más por alto (o eliminado) de la agenda de salud reproductiva" (p. 20). Viene a complicar aun más la situación, la aparente falta de importancia que se asigna a la salud reproductiva de manera más general en la agenda mundial de desarrollo, como queda demostrado por la omisión de la salud sexual y reproductiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (Glasier et al., 2006). Esta omisión ocurrió a pesar de que no quedan dudas de que los adelantos en materia de salud sexual y reproductiva son sumamente necesarios si se quieren alcanzar los objetivos generales de los ODM. Se han dado diversas explicaciones para esta pérdida de importancia o eliminación total del tema de la salud sexual y reproductiva, que varían desde la idea de que la conceptualización de la CIPD acerca de la salud reproductiva fue demasiado ambiciosa, hasta la asignación de la prioridad más alta a la infección por el VIH/sida en el programa de acción sanitaria mundial. Otros han sido más directos. Glasier et al., (2006) declara enfáticamente que:

> Los servicios de salud sexual y reproductiva están ausentes o son de mala calidad y están subutilizados en muchos países, porque la exposición de temas como las relaciones sexuales y la sexualidad incomodan a algunas personas. La influencia cada vez mayor de fuerzas conservadoras políticas, religiosas y culturales en todo el mundo amenaza socavar el progreso logrado desde 1994 y es quizás el mejor ejemplo de la intrusión perjudicial de la política en la salud pública (p. 1).

Afortunadamente, han ocurrido varios sucesos positivos desde la exclusión de la referencia explícita a la salud sexual y reproductiva en la Declaración del Milenio. En primer lugar, varias organizaciones no gubernamentales influyentes han publicado informes extensos, basados en la investigación que demuestran la importancia de abordar la salud sexual y reproductiva para cumplir los ODM. Entre estos informes se encuentra el emanado del Alan Guttmacher Institute, de título: *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health* (Singh, Darroch, Vlassoff y Nadeau, 2003) y el de Family Care International (2005), *Millenium Development Goals and Sexual and Reproductive Health*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha desempeñado una función clave al restablecer el carácter fundamental de la salud reproductiva con su *Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets* (WHO, 2004a): y más recientemente, *Accelerating Progress Towards the Attainment of International Reproductive Health Goals: A Framework for Implementing the WHO Global Reproductive Health Strategy* (WHO, 2006). Lo que es más importante aun es que los líderes mundiales reconocieron oficialmente que el acceso a los servicios de salud reproductiva según lo estipuló la CIPD era necesario para avanzar hacia la consecución de los ODM, según se ha descrito en el documento de *World Summit Outcome* (UN, 2005).

Por último, esta labor ha culminado en el informe de las Naciones Unidas (2006) *Opciones públicas, decisiones privadas: salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Este informe reconoce clara y explícitamente que el mejoramiento del acceso y de la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva contribuirán significativamente a combatir la infección por el VIH/sida, a la promoción de la igualdad de género, a mejorar la salud maternoinfantil y a combatir la pobreza. El informe recomienda específicamente incorporar la salud sexual y reproductiva tanto en las campañas de reducción de la pobreza como en los sistemas nacionales de salud, además de presentar un esquema de las estrategias para alcanzar estas metas.

En resumen, aunque los años que siguieron al momento decisivo de la conceptualización por la CIPD de la salud reproductiva, que colocó a la salud sexual en el centro y dentro de ella, se caracterizaron por la desilusión, en particular debido a la exclusión de la salud sexual y reproductiva de los ODM, en años recientes se ha observado un progreso significativo en la reasignación de importancia a la salud sexual y reproductiva como parte esencial del proceso de desarrollo mundial. Además, se ha observado que tanto el acceso como la prestación de los servicios de salud reproductiva han mejorado en muchas partes del mundo en desarrollo (Haslegrave, 2004; Langer, 2006; UN, 2006). Por ejemplo, Haslegrave señala que:

> Países como México, Ghana, Sudáfrica y Tailandia, para citar solo algunos ejemplos, han mostrado un éxito considerable al integrar la atención de salud sexual y reproductiva en la atención primaria de salud. Así, han demostrado que lo sexual y lo reproductivo deben verse en el contexto de la salud en general y no como un componente más. La salud sexual y reproductiva debe tratarse así para conseguir que siga considerándose como parte de los servicios de salud "establecidos" (p. 16).

Glasier et al. (2006) observan que ahora se reconoce cabalmente que la salud sexual y reproductiva es esencial para cumplir los ODM, que la Cumbre Mundial reafirmó los objetivos del acceso universal a la atención de salud reproductiva para el 2015, y que si estos dos sucesos se traducen en acciones, es posible lograr un progreso significativo en la promoción de la salud sexual.

La falta de vinculación entre la atención de salud reproductiva y un enfoque positivo frente a la sexualidad

Según pone de manifiesto la definición de la CIPD de la salud reproductiva, esta implica mucho más que la función reproductiva, el control de la fecundidad y la prevención de la infección por el VIH y las ITS; incluye también el "perfeccionamiento de la vida y las relaciones personales". En cuanto a su repercusión en el desarrollo humano, la función de la sexualidad humana se extiende mucho más allá de la reproducción, ya que desempeña una función fundamental en las relaciones interpersonales como una expresión de la intimidad y el afecto, y la sexualidad es potencialmente una fuente de placer inmenso que contribuye significativamente a la calidad de vida de muchas personas. La sexualidad y la salud sexual son pertinentes a lo largo de toda la vida, no solo durante los años fecundos. La sexualidad y la salud sexual son esenciales para todas las personas independientemente de que sean homosexuales, bisexuales o heterosexuales y si se reproducen o no. En realidad, la sexualidad no debe verse como un componente de la salud reproductiva ni un agregado a ella. Más bien, una visión más acertada de la salud reproductiva es considerarla como un aspecto clave de una salud sexual más amplia y más abarcadora.

La integración de la sexualidad en la salud pública generalmente y la salud reproductiva específicamente sirve para conceptualizar y definir la sexualidad como un asunto de salud y bienestar y no como algo que debe verse en cuanto a moralidad (véase Giami, 2002). Si bien los enfoques de salud pública a la sexualidad no han excluido las inquietudes morales y han recalcado la importancia del comportamiento equitativo y mutuamente respetuoso, la aceptación de los programas de salud sexual y reproductiva sigue encontrando resistencia ideológica. Según lo indica Langer (2006) con respecto a los éxitos y contratiempos para la CIPD:

> El aumento del conservadurismo en algunos países donantes ha entorpecido significativamente los esfuerzos para impulsar la agenda internacional sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales. En efecto, contrariamente a las pruebas científicas, las fuerzas conservadoras interpretan el llamamiento del Programa de Acción de la CIPD a favor de la información y los servicios para los jóvenes como una incitación a la promiscuidad y el comportamiento irresponsable. ...Esta situación expone a millones de mujeres, hombres y jóvenes a la infección por el VIH/sida, a embarazos no deseados, y a los abortos peligrosos e ilegales (p.1553).

La falta de vinculación entre la salud sexual y la salud reproductiva está fundamentada, sin lugar a dudas, en una conceptualización tradicional profundamente arraigada, orientada negativamente, acerca de la naturaleza y la finalidad de la sexualidad humana. Dentro de este paradigma, la sexualidad y la salud sexual no suelen tratarse con franqueza entre los proveedores de atención sanitaria y sus clientes. A nivel de política pública, en muchos casos, las iniciativas dirigidas explícitamente a la salud sexual son por sí mismas un tema tabú.

A otro nivel, pero igualmente importante, cuando y donde se ha reconocido el concepto de salud sexual y reproductiva como un aspecto legítimo de la salud pública, se ha orientado principalmente a una conceptualización de sexualidad humana que recalca resultados negativos en lugar de resultados positivos como la actividad y las relaciones sexuales satisfactorias. Es evidente que asignar importancia únicamente a la prevención de resultados negativos está más de acuerdo con las perspectivas ideológicas que temen que la integración de resultados positivos subvertirá las concepciones tradicionales de moralidad sexual. En muchos aspectos, esto ha conducido a que se elimine cualquier aspecto relacionado con sexualidad de muchos programas de salud reproductiva. Parker, DiMauro, Filiano y Garcia (2004) tratan la distinción entre los derechos sexuales negativos y los derechos sexuales positivos; los derechos sexuales negativos se ocupan de librar a las personas *de*, por ejemplo, la violencia y el abuso, mientras que los derechos sexuales positivos se refieren a la libertad *para*, por ejemplo, la expresión y el placer sexuales. Parker et al., señala que ha sido mucho más fácil impulsar los derechos sexuales negativos que los derechos sexuales positivos. Para lograr la integración plena de la salud sexual con la salud reproductiva es necesario que la programación equilibre debidamente los derechos sexuales positivos y los negativos.

Otra dificultad que predispone al campo de la salud sexual y reproductiva a que se asigne más importancia a los resultados negativos es que los resultados negativos son, en la mayoría de los casos, mucho más fáciles de cuantificar y medir en comparación con los resultados positivos. Por ejemplo, la incidencia y prevalencia de las infecciones de transmisión sexual pueden medirse objetivamente de varias maneras, mientras que las evaluaciones son necesariamente subjetivas cuando las hace la persona con respecto a su propio bienestar sexual, cuando se trata de mejoras en la satisfacción sexual y las relaciones son mucho más difíciles de medir. Según el informe de Naciones Unidas (2006) sobre la salud sexual y reproductiva, el logro de la buena salud es mucho más que sencillamente evitar las enfermedades, y esto sucede más con respecto a la sexualidad que en otros aspectos de salud:

> En efecto, gran parte de nuestra identidad personal así como nuestras relaciones sociales y personales dependen de esta parte de nuestras vidas —que está estrechamente relacionada con nuestra salud y bienestar general. Las herramientas de medición de hoy no pueden captar esos aspectos positivos de la salud y el bienestar (p. 32).

Volver a colocar a la sexualidad en la salud sexual y reproductiva

Como señala Parker, et al., (2004), "Actualmente, las feministas, activistas homosexuales y lesbianas, así como las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de la infección por el VIH/sida están luchando para ampliar la definición de derechos sexuales a la habilitación y hasta la celebración de la diversidad sexual y el placer sexual" (p. 368). Y, se han observado algunos éxitos: la importancia asignada a la sexualidad positiva en la definición emanada de la CIPD de salud reproductiva, es el primero y más importante de todos. Aunque no se trata de una política oficial de la organización, es alentador que las definiciones prácticas de la OMS (2004b) de los derechos sexuales incluyen el derecho de "llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera" (p. 3), ya que esto puede mejorar la importancia asignada a los resultados positivos de la salud sexual por los programadores de salud sexual y reproductiva que recurren a la OMS en busca de orientación. Cada vez estamos observando más equilibrio entre los resultados negativos y los resultados positivos en los enfoques a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la publicación *Canadian Guidelines for Sexual Health Education*, de Health Canada (2003) conceptualizan la educación sobre salud sexual como orientada tanto al comportamiento de salud sexual para prevenir problemas sexuales (por ejemplo, el embarazo no deseado, las ITS y la infección por el VIH, el acoso o el abuso sexual, la disfunción sexual), así como al "perfeccionamiento de la salud sexual" (por ejemplo, autoestima y autoimagen positivas en aceptación de su propia sexualidad, integración de la sexualidad en las relaciones mutuamente satisfactorias) (p. 15).

Igualmente significativa es la concientización y comprensión cada vez mayor de que el "placer y la prevención" van de la mano. El reconocimiento, la aceptación y la incorporación en los programas dirigidos a la prevención de problemas de salud sexual y reproductiva del hecho de que las personas experimentan deseo sexual y buscan placer sexual contribuirán a la eficacia de esos programas (Philpott, Knerr y Boydell, 2006; Philpott, Knerr, y Maher, 2006). Los programas y los servicios que abordan el tema de la salud reproductiva deben reconocer cabalmente y tener en cuenta la realidad de que la salud reproductiva está vinculada profunda e inextricablemente a la sexualidad y que nuestra sexualidad es una expresión de nuestro deseo humano de placer y de interconexión con otros.

El reconocimiento cada vez mayor de que la salud sexual y la salud reproductiva son inseparables, como demostró la CIPD, y que la promoción de la salud sexual y reproductiva es importante cuando se hacen esfuerzos por cumplir los ODM, como lo demuestra el documento de las Naciones Unidas (2006) *Opciones públicas, decisiones privadas*, son sucesos muy positivos. Pero, como se señaló anteriormente, la mayoría de las sociedades en todo el mundo consideran al sexo con una orientación negativa y hay mucha ansiedad con respecto a la sexualidad. Por eso, no resulta sorprendente que, como consecuencia, muchos proveedores de atención de salud reproductiva y sus clientes se sientan incómodos ante la perspectiva de tratar un tema que a menudo ha sido sumamente tabú. A pesar del hecho de que este silencio impuesto cultu-

ralmente en torno a la sexualidad ha servido para aumentar los resultados potencialmente negativos de no abordar la sexualidad en los programas de salud reproductiva, son pocos los proveedores de atención de salud reproductiva que se han capacitado específicamente para abordar los temas de la sexualidad con sus clientes.

RECOMENDACIONES DE LA OPS PARA LA CAPACITACION EN SEXUALIDAD HUMANA DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA

- Conocimientos básicos de sexualidad humana
- Conocimientos amplios en reproducción humana y los medios para su regulación que tienen en cuenta las inquietudes más amplias sobre los derechos sexuales
- Conciencia sobre las actitudes personales hacia su propia sexualidad y la de otras personas, lo que debe incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones y prácticas sexuales
- Conocimientos básicos para identificar y aconsejar sobre problemas de salud sexual, y si es necesario, referir a las personas al profesional apropiado.

PAHO 2000 (p.44)

Conclusiones

La salud reproductiva, a pesar de contratiempos notables, han avanzado considerablemente en los últimos años. La definición de la CIPD de la salud reproductiva estableció claramente la interconexión inherente entre la salud sexual y la salud reproductiva. Aunque la exclusión de la salud reproductiva de los ODM fue lamentable, la omisión ha sido sustancialmente rectificada por el reconocimiento de las Naciones Unidas (2005; 2006) de que la promoción de la salud sexual y reproductiva es necesaria para cumplir los ODM. El documento de las Naciones Unidas, *Opciones públicas, decisiones privadas: salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio* suministra una estrategia operativa y una serie integral de recomendaciones, a saber:

- Integración de los análisis y las inversiones relacionados con la salud sexual y reproductiva en la estrategias nacionales de reducción de la pobreza
- Integración de servicios de salud sexual y reproductiva en los sistemas de salud fortalecidos
- Recopilar sistemáticamente los datos pertinentes para la salud sexual y reproductiva

- Participar en la iniciativa de impacto rápido sobre salud reproductiva del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas
- Responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de poblaciones especiales con necesidades no atendidas (por ejemplo, adolescentes, hombres)

Estas recomendaciones son loables y necesarias y el éxito en el logro de los ODM dependerá significativamente de hasta qué punto ellas se reflejen en la política que se traduce en hechos concretos. Es más, la pertinencia para la vida de la gente, así como la eficacia y el éxito de estas iniciativas dependerán del grado en que la sexualidad y los asuntos de salud sexual se reconozcan y se integren con la salud reproductiva en la programación.

Acciones necesarias

5.1 Las declaraciones de gobiernos, de política transnacional y de política con respecto al financiamiento de la salud reproductiva y la obligatoriedad de los servicios deben incluir, de conformidad con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), de 1994, referencias específicas a la salud sexual.

5.2 La programación de salud sexual y reproductiva debe incluir un compromiso claro de que esa programación reflejará e incorporará a cabalidad las definiciones de trabajo de la OMS de los derechos sexuales.

5.3 La programación de salud sexual y reproductiva debe reconocer y reflejar los aspectos positivos de la sexualidad humana y estar orientada de manera equilibrada hacia los resultados positivos así como negativos.

5.4 Todos los proveedores de servicios de salud reproductiva deben recibir, mediante capacitación antes del servicio y en servicio, el conocimiento, las destrezas y las condiciones para el nivel de confort con objeto de abordar eficazmente en su trabajo la sexualidad y la salud sexual.

Referencias

Family Care International. (2005). Millennium Development Goals and Sexual and Reproductive Health. Nueva York, NY: Family Care International.

Giami, A. (2002). Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. Annual Review of Sex Research, 13, 1-35.

Glasier, A., Gulmezoglu, A.M., Schmid, G.P. et al. (2006). Sexual and reproductive health: a matter of life and death. The Lancet, (publicado en línea el 1 de noviembre del 2006).

Haslegrave, M. (2004). Implementing the ICPD Programme of Action: What a Difference a Decade Makes. Reproductive Health Matters, 12, 12-18.

Health Canada. (2003). Canadian Guidelines for Sexual Health Education. Ottawa, ON: Health Canada.

Langer, A. (2006). Cairo after 12 years: success, setbacks, and challenges. The Lancet, 368, 1552-1554.

PAHO. (2000). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Parker, R., Dimauro, D., Filiano, B., & Garcia, J. (2004). Global transformations and intimate relations in the 21st century: social science research on sexuality and the emergence of sexual health and rights frameworks. Annual Review of Sex Research, 14, 362-398.

Philpott, A., Knerr, W., & Boydell, V. (2006). Pleasure and prevention: when good sex is safer sex. Reproductive Health Matters, 14 (28), 23-31.

Phippott, A., Knerr, W., Maher, D. (2006). Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy. The Lancet, 368, 2028-2031.

Singh, S., Darroch, J.E., Vlassoff, M., & Nadeau, J. (2003). Adding It All Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care. Nueva York, NY: The Alan Guttmacher Institute.

UN. (1995). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 1994. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

UN. (2005). World Summit Outcome. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

UN. (2006). Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Nueva York, NY: Naciones Unidas.

WHO. (2004a). Reproductive Health Strategy to Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

WHO. (2004b). Progress in Reproductive Health Research, No. 67, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

WHO. (2006). Accelerating Progress Towards the Attainment of International Reproductive Health Goals: A Framework for Implementing the WHO Global Reproductive Health Strategy. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Capítulo

6

Detener y revertir la propagación de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

*El acceso universal a la prevención eficaz, la orientación y las pruebas voluntarias, a la atención y el tratamiento integrales de la infección por el VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) son igualmente esenciales para la salud sexual. Es necesario reforzar de inmediato los programas que garantizan el acceso universal.**

Introducción

La importancia de abordar el problema de la infección por el VIH/sida como un componente fundamental y necesario del proceso de desarrollo mundial es reconocida claramente y aceptada por la comunidad internacional como lo demuestra *la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas* (UN, 2000) y los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que incluyen una referencia específica a la necesidad de detener y revertir la propagación de la pandemia de infección por el VIH. La mayoría de las más de 4 millones de infecciones por el VIH que actualmente se contraen cada año son de transmisión sexual, principalmente por las relaciones sexuales sin protección. Este hecho sitúa a la promoción de la salud sexual, en particular a través de intervenciones destinadas a reducir el riesgo de exposición al virus sin obstaculizar la satisfacción sexual y el bienestar, en el centro y al frente del esfuerzo más amplio para controlar la epidemia de infección por el VIH/sida y cumplir los ODM.

* Este capítulo está basado en la información proporcionada por la Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México, una amplia revisión de la literatura y el Documento de Antecedentes escrito por Sarah Hawkes. (Ver Apéndices IV y V)

Este capítulo empieza por documentar el grado y la repercusión que tienen las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por el VIH en la comunidad mundial haciendo hincapié en el mundo en desarrollo. Se presentarán pruebas de los cambios conductuales logrados y de la eficacia en función de los costos de los programas de prevención y control de las ITS y la infección por el VIH. En particular, se recalca la eficacia de las intervenciones para reducir los riesgos sexuales de las ITS y la infección por el VIH. La insuficiencia de programas eficaces, además del acceso limitado a los métodos de prevención (por ejemplo, condones) representan un obstáculo importante a las iniciativas para controlar y revertir las epidemias de las ITS y la infección por el VIH, que son alarmantes en el mundo en desarrollo. Se trata la importancia de respetar el derecho a la toma de decisiones informada y el empoderamiento de los jóvenes, las mujeres y los hombres en todos los aspectos del financiamiento, ejecución y promoción de la prevención de las ITS y la infección por el VIH. Este capítulo finaliza con recomendaciones que emanan de este debate presentadas conjuntamente con las recomendaciones de política del ONUSIDA (2007) para la prevención de la infección por el VIH.

La infección por el VIH: las cifras narran la historia

En el *Informe sobre la Epidemia Mundial de sida*, (UNAIDS, 2006) se presenta un informe integral sobre las estadísticas mundiales de infección por el VIH. Las cifras indican claramente en qué grado la infección por el VIH/sida representa un reto enorme para la salud mundial y un obstáculo inmenso al desarrollo. Según la OMS (2006) y el ONUSIDA (2006) se calcula que para fines del 2005, entre 33,4 millones y 46,0 millones de personas estaban viviendo con el VIH; unos 4,1 millones de adultos y niños contrajeron por primera vez la infección con el VIH en el 2005 y aproximadamente 2,8 millones de personas murieron de sida. En el África subsahariana, la región con la mayor carga de infección por el VIH/sida, se calcula que 24,5 millones de personas de 15 a 49 años de edad están infectadas por el VIH. Si bien parece haber descendido la prevalencia de la infección por el VIH en varios países africanos como Kenya y Zimbabwe, en otros países se ha nivelado en lo que el ONUSIDA denomina como "niveles excepcionalmente altos"; mientras que en otros países africanos, particularmente en Sudáfrica donde 18,8% de los habitantes adultos son seropositivos para el VIH, la epidemia se sigue ampliando (UNAIDS, 2006). Con respecto al África subsahariana, es importante señalar que la mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH ocurren en personas menores de 25 años (Monasch y Mahy, 2006). En el Caribe se notifica una situación similar, la segunda región más afectada en el mundo después del África subsahariana (en cuanto a prevalencia entre los habitantes adultos) (PAHO, 2007).

Según el ONUSIDA (2006), en Asia, a finales del 2005, vivían con el VIH 8,3 millones de personas de 15 a 49 años de edad. Dos terceras partes vivían en la India. Cerca de 1,6 millones de personas en América Latina y 1,5 millones en Europa oriental y Asia central vivían con el VIH. La prevalencia del VIH en las diversas regiones del mundo a fines del 2005 era de 6,1% en el África subsahariana, de 1,6% en el Caribe, de 0,8% en Europa oriental y Asia central, de 0,5% en América

Latina, de 0,5% en América del Norte, Europa occidental y central, de 0,4% en Asia, de 0,3% en Oceanía y de 0,2% en África del Norte y el Oriente Medio. En términos generales, estas estadísticas demuestran que el VIH es una enfermedad que afecta de manera desproporcionada a los países pobres y en desarrollo.

Las infecciones de transmisión sexual: un problema de salud mundial considerable, pero que suele descuidarse

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) causan una parte considerable de la morbilidad y la mortalidad en el mundo en desarrollo debido a sus efectos perjudiciales sobre la salud reproductiva y del niño, y por su función al facilitar la transmisión del VIH (Aral, Over, Manhart y Holmes, 2006). Las ITS son cofactores importantes en el aumento de la epidemia de infección por el VIH porque intensifican la susceptibilidad de las personas infectadas con una ITS a la infección por el VIH cuando se exponen al virus y también porque aumentan el grado de infectividad de las personas con infección por el VIH al causar un aumento de la concentración del VIH en las secreciones genitales. Cada año se contraen cerca de 340 millones de infecciones de transmisión sexual curables (gonorrea, clamidiosis, sífilis, chancro blando, tricomoniasis) y en los países en desarrollo, las complicaciones de las ITS se encuentran entre las cinco principales razones por las que los adultos buscan atención de salud (WHO, 2001). Las tasas de incidencia de las ITS curables son especialmente elevadas en el mundo en desarrollo. Por ejemplo, en 1995, las tasas de incidencia de las ITS curables fueron de 254 por 1000 en el África subsahariana, 160 en Asia meridional y el Sudeste Asiático, 145 en América Latina y el Caribe, pero de solo 91 en América del Norte (OMS). Las ITS víricas (virus del papiloma humano [VPH], virus del herpes simple) se encuentran entre las infecciones humanas más comunes y también tienen considerables resultados negativos para la salud. La lista de los resultados negativos resultantes de las ITS es larga e incluye la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico, el dolor pelviano crónico en las mujeres, infecciones debidas al aborto espontáneo, partos prematuros, infecciones neonatales e infantiles, ceguera infantil, infertilidad tanto en mujeres como hombres, cáncer cervicouterino, otros cánceres genitales, insuficiencia hepática /cáncer del hígado y trastornos del sistema nervioso central (Aral, et al). Las complicaciones de las ITS afectan en forma desproporcionada a las mujeres y los niños, en particular en los países en desarrollo donde las mujeres carecen relativamente de autonomía y el acceso a la atención de salud es limitado. El cáncer cervicouterino, causado principalmente por el VPH, es una de las causas principales de defunciones debidas al cáncer en mujeres a nivel mundial, y las tasas más elevadas de cáncer cervicouterino se encuentran en el mundo en desarrollo (Schiffman y Castle, 2005).

La prevención de la infección por el VIH/sida y de las infecciones de transmisión sexual: un requisito para el desarrollo mundial

Las infecciones de transmisión sexual, la infección por el VIH y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En muchos países en desarrollo la infección por el VIH tiene un efecto tan profundamente paralizante en la sociedad en general, que inhibe la capacidad de las instituciones sociales clave como escuelas, establecimientos de asistencia sanitaria, organismos de aplicación de la ley, servicios civiles y sociales para funcionar adecuadamente, si es que no se interrumpen totalmente. Se ha calculado que en los países en desarrollo la infección por el VIH y las ITS ocasionan 17% de pérdidas económicas resultantes de la mala salud (Mayaud y Mabey, 2004). La repercusión devastadora de la infección por el VIH/sida en el desarrollo económico de África está bien documentada. Se calcula que la epidemia de infección por el VIH ya ha reducido las tasas promedio de crecimiento económico en 2 a 4% por año a través de África (Dixon, McDonald y Roberts, 2002).

La prevención de las ITS es una prioridad importante de salud pública por derecho propio y puede vincularse a los ODM de muchas maneras como, por ejemplo, el vínculo entre el acceso a servicios eficaces de prevención y tratamiento de las ITS y una repercusión beneficiosa subsiguiente en la salud maternoinfantil. Por ejemplo, debido a que anualmente hay unos dos millones de embarazadas afectadas por infecciones activas de sífilis, se calcula que hasta 80% de estos embarazos se verán perjudicados por la infección (Schmid, 2004). La reducción de la prevalencia de las ITS también contribuye a los ODM ya que está bien establecido que las personas que padecen ITS ulcerosas o no ulcerosas se encuentran, por varios órdenes de magnitud, expuestas a mayor riesgo de infección cuando se exponen al VIH (Fleming y Wasserheit, 1999). La falta de acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS alimenta la epidemia de la infección por el VIH en muchos países en desarrollo. En otras palabras, la programación eficaz de prevención y control de las ITS no solo tendrá una repercusión beneficiosa por sí misma, sino que contribuirá a frenar la incidencia de la infección por el VIH/sida.

Las iniciativas para cumplir el ODM 6 a fin de revertir y detener la propagación de la infección por el VIH exigirán el compromiso de recursos enormes pero limitados. Por consiguiente, es crucial que los programas de prevención y control de las ITS y la infección por el VIH se ejecuten de manera eficiente y sean eficaces en función de los costos.

Las intervenciones de prevención de las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH son eficaces en función de los costos

Se han realizado varios análisis de rentabilidad sumamente complejos acerca de la ejecución de una gama de estrategias para combatir la infección por el VIH en África (Creese, Floyd, Alban y Guinness, 2002; Hogan, Baltussen, Hayashi, et al., 2005;

Stover, et al., 2006). Hogan et al, evaluaron la rentabilidad de las intervenciones de prevención de la infección por el VIH en el África subsahariana y en Asia Sudoriental como campañas mediáticas, pruebas voluntarias y consejos, educación de compañeros y tratamiento de las ITS para profesionales del sexo, tratamiento de las ITS para la población general, educación en la escuela sobre las ITS y la infección por el VIH, prevención de la transmisión de la madre al hijo, tratamiento antirretrovírico y determinó que en grados variables y según el entorno, estas intervenciones pueden ser eficaces en función de los costos. En su análisis de la repercusión y los costos de diferentes estrategias de prevención de la infección por el VIH en África, Saloman, Hogan, Stover et al., (2005) llegaron a la conclusión de que un enfoque integral que combina la prevención y el tratamiento será el más eficaz en cuanto a las infecciones evitadas y el uso eficaz de los recursos. De su investigación sobre la repercusión mundial del reforzamiento de los programas de prevención de la infección por el VIH/sida en el mundo en desarrollo, Stover et al., concluyeron que,

> Nuestros análisis indican que sería aconsejable que tanto los gobiernos nacionales como los países donantes procurasen que los programas de prevención se refuercen cuanto antes, porque la inversión temprana en la prevención permitirá no solo prevenir una mayor proporción de infecciones futuras sino también reducir los costos futuros para el tratamiento y la atención en una cantidad superior al costo de los programas de prevención (p. 1476).

Las intervenciones evaluadas que se centran en el tratamiento de las ITS en África han sido eficaces para reducir las ITS y una de esas intervenciones realizada en Tanzanía redujo en 38% la prevalencia de la infección por el VIH en la población adulta (Auerbach, Hayes y Kandathil, 2006). El análisis de rentabilidad más amplio indica que el tratamiento de las ITS puede reducir considerablemente la carga sobre la salud de la infección por el VIH/sida (Hogan, Baltussen, Hayashi, et al., 2005). Tanto las ITS como el VIH se transmiten principalmente a través del contacto sexual y, por consiguiente, las intervenciones de educación sobre la prevención para el VIH y las ITS se están enfocando a los mismos comportamientos. Como resultado, es tanto posible como necesario que se coordinen las iniciativas relacionadas con el VIH y las ITS (UNAIDS, 2001).

Las intervenciones basadas en la evidencia para la prevención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual.

Se necesitan múltiples estrategias de prevención

A partir de su resumen de la evidencia hasta la fecha en cuanto a la eficacia de las iniciativas de prevención de la infección por el VIH, Auerbach, Hayes y Kandathil (2006) afirman que "hay una cantidad grande de datos probatorios resultantes de la investigación experimental y de observación, así como de la experiencia práctica

en la vida real, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Estas evidencias apoyan la ejecución y el aumento de varias intervenciones y estrategias". Hay un reconocimiento generalizado de que la reducción de la carga de las ITS y la infección por el VIH en los países en desarrollo requerirá la ejecución de una gama de estrategias de prevención, pruebas y tratamiento (Grupo de Trabajo Mundial en Prevención del VIH, 2003). Entre las estrategias que contribuyen potencialmente a esta meta se encuentran las intervenciones conductuales de prevención de las ITS y la infección por el VIH, pruebas voluntarias y consejería , terapia antirretrovírica, programas de tratamiento para los usuarios de drogas inyectadas y para la seguridad de las inyecciones, integración de la prevención de la infección por el VIH en programas de planificación familiar para reducir la transmisión de la madre al hijo, circuncisión masculina, uso habitual y correcto de condones, tratamiento eficaz para las ITS y pruebas para garantizar el suministro de sangre seguro (Auerbach, Hayes, y Kandathil, 2006; Bunnell, Mermin, De Cock, 2006, UNAIDS, 2006). A fin de que sean eficaces, estas estrategias específicas para las ITS y la infección por el VIH deben aplicarse conjuntamente con los programas más amplios destinados a abordar las desigualdades sociales, económicas y de género que contribuyen a la epidemia de infección por el VIH en el mundo en desarrollo. Tal como lo han señalado reiteradamente los observadores de la epidemia de infección por el VIH/sida en África y Asia, con respecto a las iniciativas de prevención en particular, muchas mujeres y niñas no están en posición para actuar de acuerdo a los mensajes de prevención relacionados con la abstinencia o el uso de condones, porque esto no está bajo su control (por ejemplo, Murphy, Greene, Mihailovic y Olupot-Olupot, 2006). Otros métodos para la prevención de las ITS y la infección por el VIH que se están estudiando actualmente tal vez mejoren la capacidad de las niñas y las mujeres para protegerse de la infección. Estos incluyen diafragmas y preservativos femeninos mejorados; microbicidas, medicamentos para la profilaxis antes de la exposición y, finalmente, vacunas eficaces (Grupo de Trabajo Mundial sobre la Prevención del VIH, 2006).

Las intervenciones para la reducción de los riesgos sexuales se encuentran en el centro de la prevención de las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH

Valdiserri, Ogden y McCray (2003) para resumir la prevención de la infección por el VIH afirman que consiste en intervenciones para el cambio de comportamientos, en orientación y pruebas de detección del VIH, intervenciones a nivel de la comunidad encaminadas a cambiar las normas sociales (por ejemplo, campañas mediáticas, mercadeo social dentro de un grupo destinatario), intervenciones de nivel estructural (por ejemplo, cambios en políticas sociales y leyes relacionadas con los comportamientos de riesgo para el VIH), además de diagnóstico y tratamiento de las ITS. Hay datos probatorios para apoyar todas estas posibilidades de intervención; sin embargo, la educación en prevención de la infección por el VIH centrada en preparar a las personas con información y destrezas para evitar contraer el VIH a través de la transmisión sexual la que se encuentra, y debe encontrarse, en el núcleo de los objetivos más amplios de prevención de la infección por el VIH. La investigación ha indicado sistemática-

mente que las intervenciones bien formuladas y ejecutadas son eficaces para reducir el comportamiento de riesgo sexual de contraer una ITS o la infección por el VIH. En otras palabras, "la prevención de la infección por el VIH funciona…" (UNAIDS, 2006). El ONUSIDA indica que ha habido iniciativas de prevención eficaces en Brasil, Tailandia, Uganda, Camboya, Zimbabwe, Haití, Kenia y la República Unida de Tanzanía.

En general, las intervenciones que procuran cambiar el comportamiento para la reducción de los riesgos sexuales tratan de ayudar a las personas a que retrasen el inicio de las relaciones sexuales, reduzcan el número de compañeros sexuales o aumenten el uso de condones u otros métodos para que los riesgos de la actividad sexual sean menores. Por varias razones, es difícil evaluar con precisión la repercusión de las intervenciones conductuales en el comportamiento humano, en especial en el comportamiento sexual. No obstante, en el curso de la epidemia de infección por el VIH, se han realizado miles de evaluaciones de las intervenciones para el cambio de comportamiento. Si bien esos estudios han variado en su rigor metodológico, las revisiones meta analíticas y sistemáticas de la bibliografía de evaluación de la reducción de los riesgos sexuales de infección por el VIH dan apoyo científico decidido a la eficacia conductual de estas intervenciones. Estos exámenes establecen que las intervenciones para la reducción de los riesgos sexuales de infección por el VIH/sida han tenido éxito con personas que viven en los países en desarrollo (Merson, Dayton y O'Reilly, 2000), jóvenes escolares en los países en desarrollo (Kirby, Obasi y Laris, 2006), personas con infección por el VIH (Crepaz, Lyles, Wolitski, et al., 2006), hombres que tiene relaciones homosexuales (Herbst, Sherba, Crepaz, et al., 2005), adolescentes (Johnson, Carey, Marsh, et al., 2003), consumidores de drogas (Semaan, De Jarlais, Sogolow, et al., 2002), adultos (Neumann, Johnson, Semaan, et al, 2002) y mujeres (Mize, Robinson, Bockting y Scheltema, 2002).

A pesar del progreso sustantivo en nuestros conocimientos para diseñar y ejecutar intervenciones eficaces de prevención de las ITS y la infección por el VIH, todavía estamos lejos de donde deberíamos estar en cuanto a dar acceso a los programas de prevención que necesita la mayoría. Según observa el ONUSIDA (2006),

> El crecimiento constante de la epidemia de sida proviene, no de las deficiencias de las estrategias de prevención disponibles sino de que el mundo no utiliza las herramientas sumamente eficaces a su alcance para desacelerar la propagación de la infección por el VIH. Unos 25 años después de que se reconoció la epidemia por primera vez, la mayoría de la gente que se encuentra en alto riesgo de infección por el VIH todavía no ha recibido los beneficios de las iniciativas de prevención de la infección por el VIH, debido a que muchas instancias normativas se abstienen de adoptar los métodos de eficacia comprobada (p. 124).

La necesidad de contar con intervenciones y programas eficaces de prevención de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual en el mundo en desarrollo

Según el ONUSIDA (2007), las intervenciones de prevención de la infección por el VIH y las ITS deben tratar a las personas con respeto y dignidad. El compromiso y la participación voluntarios de las personas y las comunidades los facultarán para que actúen constructivamente y en su propio nombre.

A) La necesidad de garantizar el acceso amplio a intervenciones eficaces

A pesar del progreso gradual, las intervenciones de prevención de las ITS y la infección por el VIH con pruebas fehacientes de su eficacia todavía solo llegan hasta una minoría de quienes las necesitan.

En su informe anual más reciente sobre la epidemia mundial de sida, el ONUSIDA (2006) indica que se han logrado algunos avances gradualmente para aumentar las intervenciones de prevención de la infección por el VIH, pero observa que "… mientras algunos países han aumentado significativamente la cobertura de prevención, los programas de prevención todavía solo llegan a una minoría pequeña de los necesitados" (p. 11). En un informe titulado *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*, el Grupo de Trabajo Mundial sobre la Prevención del VIH (2003), por medio de datos proporcionados por el ONUSIDA, indica que, a nivel mundial, entre las personas en riesgo de contraer el VIH, solo 5% de ellas tuvieron acceso a intervenciones destinadas a prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo, 12% tuvieron acceso a pruebas voluntarias y consejos, 24% tuvieron acceso a educación sobre el sida y sólo 42% tuvieron acceso a condones. Más específicamente, en el África subsahariana, 8% de los jóvenes que no asisten a la escuela y poco más de un tercio de los jóvenes en las escuelas tenían acceso a los programas de prevención; 6% tenían acceso a pruebas voluntarias y consejos y sólo 14% tenían acceso a los servicios de ITS. En Asia Oriental y la región del Pacífico, los programas de cambio de comportamientos para la prevención de la infección por el VIH llegan a solamente 5% de los profesionales del sexo, a 3% de los jóvenes que no asisten a la escuela y a 10% de los hombres que tiene relaciones homosexuales. En Europa oriental y Asia central, los programas de cambio del comportamiento llegan a 40% de jóvenes de las escuelas y a 3% de los jóvenes que no asisten a la escuela; esos programas alcanzan a solo 4% de los profesionales del sexo y a 9% de hombres que tienen relaciones homosexuales. El ONUSIDA ha caracterizado la situación en África subsahariana de manera más optimista, al señalar que cada vez es mayor el número de personas expuestas cada año a la programación de prevención de la infección por el VIH, pero el ONUSIDA también advierte que "…los programas de prevención todavía llegan solo a una minoría pequeña de los necesitados" (p. 11).

Según el informe más reciente del Grupo de Trabajo Mundial sobre la Prevención del VIH *Bringing HIV Prevention to Scale: An Urgent Global Priority* (2007), no se utiliza el potencial total de las estrategias de prevención actuales. A continuación se dan algunos ejemplos convincentes, como el hecho de que:

> Solo 9% de los actos sexuales de riesgo en todo el mundo se realizan utilizando un condón y el suministro mundial de condones es muchísimo menor de lo que se necesita: menos de 20% de las personas con una infección de transmisión sexual pueden recibir tratamiento, y la prevención llega a apenas 9% de los hombres que tiene relaciones homosexuales, a 8% de los consumidores de drogas y a 20% de trabajadores sexuales (p. 2)

En último término, la reducción de la carga paralizante del VIH en los países en desarrollo dependerá del acceso generalizado de los jóvenes a la educación eficaz de prevención de las ITS y la infección por el VIH. En las zonas del mundo con epidemias generalizadas de VIH, como el África subsahariana y el Caribe, la modalidad principal de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales heterosexuales, en particular entre los jóvenes (Monasch y Roeland, 2006). En el África subsahariana, casi la mitad de todas las nuevas infecciones por el VIH ocurren entre las personas jóvenes de 15 a 24 años y las mujeres de este grupo de edad representan la mayor parte de las personas infectadas (UNAIDS, 2006). Aunque ha habido progreso gradual en la puesta en práctica de la educación en prevención de las ITS y la infección por el VIH en el mundo en desarrollo, la mayoría de los jóvenes de estos países no tienen acceso adecuado a estos programas. En particular, en las escuelas no se imparte educación sobre prevención de la infección por el VIH. Tal como lo resumen Monasch y Roeland, entre 30 países con epidemias generalizadas en el África subsahariana que participaron en una encuesta mundial de infección por el VIH, once de ellos informaron que la educación sobre el sida no formaba parte de su programa de estudios de la escuela primaria y en seis de los países, las educación sobre el sida no formaba parte del programa de estudios de secundaria. Monasch y Roeland también señalan que gran parte de la educación sobre el sida que se imparte a los jóvenes probablemente sea ineficaz debido a una falta de capacitación de los instructores y al malestar que experimentan cuando tienen que dar clases acerca de la infección por el VIH y la sexualidad.

B) La necesidad de aumentar el acceso a los condones

Los resultados de la bibliografía sobre las intervenciones de prevención de las ITS y la infección por el VIH indican claramente que el aumento en el uso de los condones se encuentra entre los resultados más probables, positivos y sustantivos de las intervenciones para reducir los riesgos sexuales. Por consiguiente, el éxito de las intervenciones para el cambio de comportamientos relacionados con las ITS y la infección por el VIH en el mundo en desarrollo dependerá inevitablemente del grado en que los condones se encuentren fácilmente al alcance de las personas des-

tinatarias de las intervenciones. El ONUSIDA (2006) señala que el "uso de los condones de manera correcta y habitual reduce el riesgo de transmisión sexual del VIH en 80-90% —una tasa de eficacia que supera las tasas notificadas para muchas de las vacunas utilizadas en el mundo" (p. 127). Un análisis de la bibliografía de prevención de la infección por el VIH indica claramente que la promoción del uso de condones es un elemento importante de las intervenciones para el cambio de comportamiento destinadas a reducir el riesgo de infección por el VIH. Un metanálisis de más de 350 estudios de evaluación que evalúan las intervenciones de promoción del uso de condones encontró que los programas que contenían información educativa, además de elementos relacionados con las actitudes y el comportamiento resultaron eficaces para aumentar el uso de los condones (Albarracin, Gillette, Earl, et al. 2005). Hay también un cuerpo inequívoco de evidenciade investigación que demuestran que la educación de prevención de las ITS y la infección por el VIH que incluye la promoción de los condones no da lugar a la actividad sexual más frecuente ni a un aumento de los compañeros sexuales (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson y Carey, 2006). Es más, un análisis de rentabilidad de las intervenciones para reducir la incidencia del VIH en África llegó a la conclusión de que, junto con el tamizaje de la sangre, la prevención de la transmisión maternoinfantil, y el suministro del tratamiento para las ITS, la distribución de condones a ciertos destinatarios debe ser un aspecto prioritario para el financiamiento de la prevención de la infección por el VIH en África (Creese et al, 2002). Sin embargo, según los organismos de las Naciones Unidas, el suministro mundial de condones es inferior en 50% con respecto a lo que se necesita y que el financiamiento de las adquisiciones y la distribución de condones debe por lo menos triplicarse si se quiere detener la epidemia de infección por el VIH/sida (UNICEF, WHO, UNAIDS, 2007).

C) La necesidad de contar con financiamiento suficiente para la programación de prevención de las ITS y la infección por el VIH que respete el derecho a la toma de decisiones informada

Aunque el compromiso político de hacerle frente al VIH se ha fortalecido y ha aumentado el financiamiento para los programas de país, la iniciativa para prevenir la aparición de nuevas infecciones no ha sido completamente exitosa. La importancia casi exclusiva asignada al acceso a los tratamientos, si bien ha ayudado a salvar muchas vidas, ha minimizado un hecho preocupante. Según el ONUSIDA (2006) por cada paciente que inició un tratamiento antirretroviral, otras seis personas contrajeron el VIH. Esta es una situación inadmisible considerando la disponibilidad de medios eficaces para prevenir cada uno de los modos de transmisión, en particular la transmisión sexual.

La investigación sobre intervenciones conductuales para la prevención de la infección por el VIH realizada en los últimos 25 años ha aportado adelantos sustanciales en la ciencia de prevenir la infección por el VIH (Valdiserri, Ogden y McCray, 2003). Sabemos mucho acerca de cómo crear intervenciones eficaces de prevención del VIH y las ITS. Sin embargo, según señalan Ferguson, Dick y Ross (2006), en el 2007 podrían gastarse unos $10 mil millones en prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH/sida en el mundo en desarrollo; "Lamentablemen-

te, gran parte de este gasto no se ha asignado de acuerdo a las pruebas científicas de eficacia" (p. 318). En vista de las pruebas científicas acumuladas en cuanto a la eficacia relativa de la abstinencia sexual y las intervenciones de reducción de los riesgos sexuales basadas en el uso del condón, en general, resulta inquietante que algunos países donantes, como los Estados Unidos a través de su programa de la PEPFAR (Oficina del Coordinador de la Ayuda Mundial para el sida de los Estados Unidos, 2006), dirige los fondos desproporcionadamente hacia intervenciones de abstinencia sexual para las que el apoyo empírico es relativamente pequeño y que pueden negar a los beneficiarios del programa, en particular a los jóvenes, la información que tiene el potencial de salvar vidas, además del acceso a los condones. Dada la magnitud y las consecuencias de la epidemia de infección por el VIH/sida, se trata nada menos que de un imperativo moral de que el financiamiento gubernamental y no gubernamental de los esfuerzos de prevención de la infección por el VIH en el mundo en desarrollo se destine a programas fundamentados enevidencia. Al mismo tiempo, estos programas deben respetar el derecho a la toma de decisiones fundamentadas en relación con la salud sexual.

El método conocido por sus siglas en inglés como ABC (abstinence, be faithful, condoms), que se basa en la abstinencia, la fidelidad y el uso de condones para prevenir la infección por el VIH/sida, promovido y financiado por la PEPFAR, y que sirvió de base para una campaña exitosa realizada en Uganda destinada a reducir la prevalencia de la infección por el VIH en ese país, ha sido objeto de intensos debates con respecto al grado en que cada uno de los componentes del método ABC ha contribuido a la disminución (por ejemplo, Green, Halperin, Nantulya y Hogle, 2006; Murphy, Greene, Mihailovic y Olupot-Olupot, 2006; Okware, Kinsman, Onyango, et al., 2006). Aunque es improbable que se aclaren esas dudas definitivamente, parece que los tres componentes desempeñaron una función y según sugieren Greene et al., "…tiene sentido epidemiológico abordar los tres comportamientos designados como ABC en lugar de promover solo uno o dos componentes de 'ABC' " (p. 342). En efecto, la programación de promoción de la salud sexual debe, en principio, alinearse con un método integral de educación de la sexualidad que se adapte a las necesidades locales de la comunidad. El enfoque integral de educación de la sexualidad indica que las personas deben recibir información de amplia base y oportunidades de adquirir destrezas que les permitan tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de su salud sexual. Este enfoque incluye necesariamente información sobre las estrategias de reducción del riesgo sexual de retrasar la primera relación (A), reducir a número de compañeros sexuales (B), y adoptar prácticas sexuales menos peligrosas (C). Sin embargo, es también de vital importancia que el financiamiento y la puesta en práctica de los programas basados en el método ABC reflejen el principio de la toma de decisiones fundamentada y, por consiguiente, sean equilibrados en su presentación.

Si bien el financiamiento de la PEPFAR ha sido crucial para el éxito de la programación sobre la infección por el VIH/sida en África, hay una inquietud legítima con respecto a saber hasta qué punto, lo que parecen ser requisitos de financiamiento con una motivación ideológica de la PEPFAR, excluyen una ejecución equilibrada de la

programación que sea compatible con el enfoque integral de educación sobre la sexualidad. En otras palabras ¿infringen los requisitos de financiamiento de la PEPFAR el principio de la decisión fundamentada en la toma de decisiones sobre la salud sexual que se considera con mucha razón un derecho humano? Según Murphy et al. (2006),

> La orientación de la PEPFAR para la aplicación del método ABC contiene reglas que los equipos de país deben seguir al elaborar y aplicar sus estrategias de prevención sexual, entre ellos los parámetros en los mensajes de prevención que pueden entregarse a los jóvenes. En concreto, aunque los fondos pueden usarse para distribuir información apropiada para la edad acerca de ABC a jóvenes en la escuela, cuyas edades van de 10 a 14 años, los fondos no pueden usarse para suministrar información sobre condones a estos jóvenes ni para distribuir condones en ningún entorno escolar, y mucho menos a los jóvenes que no asisten a la escuela. Y todavía hasta 16% de todas las mujeres en Uganda tienen relaciones sexuales antes de los 15 años de edad (p. 1446).

Se ha sugerido que los requisitos de financiamiento de la PEPFAR relacionados con la promoción de la abstinencia y la exclusión de la información sobre los condones, así como la reducción de su disponibilidad reflejan una ideología sexual particular y no una práctica sólida de salud pública basada en datos probatorios. Es aquí que los requisitos de la PEPFAR probablemente no coinciden con un enfoque integral de educación sobre la sexualidad basado en el derecho a la toma de decisiones informada y en una presentación equilibrada de las estrategias de reducción de riesgos. La tensión ideológica entre estos dos enfoques la expresa muy bien Blum (2004) quien escribe que,

> Para varios partidarios de la abstinencia hay una oposición fundamental a cualquier contacto sexual fuera del contacto heterosexual que ocurre en un matrimonio mutuamente monógamo, así como la oposición a los condones y una oposición moral/religiosa a los métodos anticonceptivos. Para muchos de los que desafían la educación basada en la abstinencia exclusiva no es la abstinencia sino su carácter exclusivo lo que es sumamente problemático. En el centro de esta polémica se encuentran los derechos y las libertades en cuestiones de reproducción frente a la moralidad de las relaciones sexuales fuera del matrimonio y el papel que pueden desempeñar los métodos anticonceptivos para fomentar esas relaciones (p. 431).

Como señala Green et al., (2006), el debate sobre el enfoque conocido como ABC "…parece más relacionado con las guerras culturales en los Estados Unidos que con la realidad social africana" (p. 335) y según sugiere Blum (2004), "Sin embargo, la próxima tragedia para África sería convertirse en el campo de batalla para la política reproductiva estadounidense" (p. 431).

Con respecto a las perspectivas morales hacia el comportamiento sexual humano que se transmiten o se reflejan en los programas de educación de prevención de las ITS y la infección por el VIH, es necesario hacer una distinción fundamental entre las prerrogativas de gobiernos y organismos externos que financian intervenciones y las prerrogativas de las comunidades que las ejecutarán. Las fuentes de financiamiento, independientemente de si son gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales o personas, están ejerciendo una prerrogativa legítima si insisten en que los fondos donados contribuyan a los programas que respetan derechos básicos de salud sexual y reproductiva, así como las declaraciones y acuerdos de las Naciones Unidas. Sin embargo, las fuentes de financiamiento no están ejerciendo una prerrogativa legítima si insisten en que los programas reflejen la ideología sexual de las fuentes de financiamiento, incluidas las normas para comportamientos sexuales preferidos o aceptables como la abstinencia sexual fuera de matrimonio heterosexual. A su vez, las comunidades que aceptan y ejecutan los programas de prevención de las ITS y la infección por el VIH financiados por donantes externos deben respetar los derechos de salud sexual y reproductiva de los beneficiarios del programa.

D) La necesidad de reducir y eliminar la desigualdad social relacionada con la orientación sexual y el género

Muchas culturas tienen prejuicios, normas y leyes profundamente destructores, hacia las minorías sexuales. Estos actos discriminatorios constituyen algunos de los principales factores contribuyentes al aumento del comportamiento de riesgo sexual. Por ejemplo, debido al intenso rechazo, odio, estigmatización y violencia intensos dirigidos a las minorías sexuales, en particular a los hombres homosexuales, lesbianas, bisexuales y personas transgénero, las personas se ven obligadas a ocultar su verdadera personalidad y a vivir su vida en un estado de alienación y temor. Ese ambiente no solo les resta poder con respecto a la disminución del riesgo de las ITS y la infección por el VIH, sino que dificulta mucho la posibilidad de llegar hasta las minorías sexuales con servicios y educación eficaces sobre prevención. Es más, las personas que viven atemorizadas debido a su orientación sexual tienen mucho menos probabilidades de tener acceso al sistema de atención de salud, lo que aumenta aun más sus riesgos. A menudo, la renuencia a acudir a la atención de salud es perpetuada por el personal médico y de salud que reacciona ante las minorías sexuales con escarnio y rechazo. No cabe la menor duda de que esto debe cambiar. Hay un vínculo claro y directo entre el empoderamiento de las mujeres en el mundo en desarrollo, la reducción de la carga de la infección por el VIH/sida en esas sociedades y la consecución de todos los ODM. En diversos niveles, la desigualdad en materia de género contribuye a la propagación de las ITS y la infección por el VIH. Por ejemplo, las relaciones sexuales forzadas o por coacción dirigidas contra profesionales del sexo, la trata de niñas y mujeres, así como niñas y mujeres en relaciones íntimas desempeñan una función significativa en la transmisión y la epidemia mundial de las ITS y la infección por el VIH (WHO, 2000). Varios estudios realizados en el África subsahariana han revelado claramente que los desequilibrios de poder por motivos de género (Langen, 2005) y la violencia de género (Dunkle et al., 2004) aumentan el riesgo de las mujeres de contraer la infección por el VIH.

Las mujeres que dependen económicamente de sus compañeros y les tienen temor, y que a menudo desempeñan un papel servil en la actividad sexual se encuentran en una posición desventajosa para pedir o exigir el uso de condones.

Si bien es cierto que gran parte del empoderamiento de las mujeres debe ocurrir en la esfera específica de la sexualidad y la toma de decisiones sobre la salud sexual, en último término el cambio debe empezar y concluir a un nivel sistémico más amplio. Según concluyó Langen (2005) a partir de su estudio de las mujeres en Sudáfrica y Botswana "a través de todos los niveles de la sociedad, hay una necesidad de ver un cambio de paradigmas sociales que transformen las relaciones entre mujeres y hombres, para pasar de un paradigma de desigualdad y predominio como ocurría en las sociedades patriarcales, a la igualdad, el respeto y la consideración del uno hacia el otro" (p. 188). Por ejemplo, un compromiso más fuerte con el acceso universal e igualitario a la educación para las niñas no solo les permitirá a las mujeres avanzar económicamente y compartir el liderazgo social y político de la comunidad, sino que ello también está vinculado de numerosas formas a la reducción de las ITS y de la infección por el VIH. Según observa el ONUSIDA (2006), los "niveles más altos de educación en las niñas están asociados con el matrimonio a una edad mayor, con una disminución de la fecundidad, con un mejor comportamiento relacionado con la búsqueda de atención de salud, con menos vulnerabilidad a la mutilación genital y con menor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual" (p. 136).

En Uganda, un país del África subsahariana donde numerosas estrategias de prevención y cambio estructural han coincidido con una disminución significativa en la infección por el VIH/sida, es evidente la vinculación entre los adelantos hacia la igualdad de género y una disminución en la incidencia de la infección por el VIH. Según las palabras del presidente de Uganda, Yoweri Museveni,

> Permítanme decirles lo obvio. En la lucha contra la infección por el VIH/sida, hay que incluir a las mujeres. En el África subsahariana, todavía no se ha empoderado a la mayoría de las mujeres y los hombres dominan las relaciones sexuales. Para combatir esta epidemia, hay que facultar a las mujeres para que adopten las decisiones acerca de su vida sexual, y a las mujeres de Uganda se les ha facultado para que participen en todos los niveles de gobernanza. Esto les ha permitido actuar con más seguridad en su vida que nunca antes. Para combatir el sida eficazmente, debemos empoderar a las mujeres (citado en Murphy et al., 2006, p. 1444).

Acciones necesarias

El éxito para detener y con el tiempo revertir la repercusión de las ITS y la infección por el VIH en la comunidad mundial y, en particular, en el mundo en desarrollo, exigirá un esfuerzo de cooperación a los niveles internacional, nacional y comunitario. Para las zonas que han sufrido más los efectos de la infección por el VIH/sida

y que están luchando invariablemente con la pobreza generalizada, la comunidad internacional debe aprovechar y agregar a su considerable, pero todavía lamentablemente insuficiente asignación de fondos y recursos, la interrupción y la reversión de la propagación de las ITS y la infección por el VIH. La experiencia de Uganda nos indica que el liderazgo nacional eficaz es imprescindible para una estrategia eficaz contra la infección por el VIH/sida.

> La ejecución de un programa nacional fuerte de prevención de la infección por el VIH abarca más que la selección de una combinación apropiada de medidas programáticas. También exige un marco fuerte de política nacional que fomente los comportamientos sin riesgos, reduzca la vulnerabilidad, potencie al máximo la accesibilidad y eficacia de los servicios de prevención de la infección por el VIH, promueva la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y reduzca el estigma y la discriminación (UNAIDS, 2006, p. 145).

Los esfuerzos para reducir la repercusión de las ITS y la infección por el VIH serán en gran parte inútiles a menos que las comunidades asuman funciones activas para apoyar y dirigir programas que se ocupen de las ITS y la infección por el VIH. En resumen, las comunidades no pueden limitarse sencillamente a aceptar los programas; deben apropiarse de ellos. En particular, los líderes de opinión de la comunidad que van desde autoridades religiosas y cívicas hasta personalidades culturales y figuras deportivas deben unirse para guiar a sus comunidades hacia los cambios necesarios, sociales y del comportamiento, que se requieren para detener y revertir la repercusión de las ITS y la infección por el VIH en las comunidades.

6.1 El financiamiento y los recursos actuales para la prevención de las ITS y la infección por el VIH en el mundo en desarrollo son significativos pero insuficientes para el cumplimiento de los ODM. Por consiguiente, es necesario aumentar el financiamiento para la prevención de las ITS y la infección por el VIH.

6.2 A pesar de los considerables esfuerzos de distribución, muchas personas en el mundo en desarrollo no tienen acceso regular a los condones. Por consiguiente, es necesario mejorar los niveles actuales de los programas de distribución de condones.

6.3 Deben aumentarse los esfuerzos para conseguir que se formulen y se lleven a la práctica los programas de prevención de las ITS y la infección por el VIH, de acuerdo a los conocimientos y la investigación más actualizados sobre la eficacia de los programas.

6.4 El financiamiento y las decisiones sobre los programas para la prevención de las ITS y la infección por el VIH deben basarse en los principios de los derechos humanos, no en los puntos de vista ideológicos de los donantes ni de quienes formulan los programas. Esto incluye el derecho de las personas a tomar decisiones plenamente fundamentadas acerca de su salud sexual.

6.5 Para ser eficaz, la programación destinada a la prevención de las ITS y la infección por el VIH debe abordar las desigualdades sociales relacionadas con la orientación sexual y el género. Está claro que la interrupción y la reversión de la epidemia de ITS y de la infección por el VIH en el mundo en desarrollo no pueden ocurrir sin aumentar considerablemente la capacidad de las mujeres para participar por igual en la vida económica y política y para ejercer directamente el control sobre su salud sexual y reproductiva

El ONUSIDA (2005; 2006) ha formulado recomendaciones amplias e integrales para apoyar los planes nacionales de prevención de la infección por el VIH, que incluyen 12 acciones esenciales de política para la prevención de la infección por el VIH que son las siguientes:

- Velar por la promoción, la protección y el respeto de los derechos humanos y por que se tomen medidas para eliminar el estigma y la discriminación.
- Establecer y mantener el liderazgo de todos los sectores de la sociedad, incluidos gobiernos, comunidades afectadas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas, el sector de educación, medios de comunicación, el sector privado y sindicatos.
- Incluir a las personas con el VIH en el diseño, aplicación y evaluación de las estrategias de prevención, atendiendo sus necesidades especiales de prevención.
- Abordar las normas y las creencias culturales, reconociendo tanto la función clave que desempeñan para apoyar los esfuerzos de prevención como el potencial que tienen para favorecer la transmisión del VIH.
- Promover la igualdad de género y abordar las normas y las relaciones de género para reducir la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección por el VIH, involucrando a los hombres y los niños en este esfuerzo.
- Promover los conocimientos generalizados y la toma de conciencia sobre la forma de transmisión del VIH y cómo puede evitarse la infección.
- Promover las vinculaciones entre la prevención de la infección por el VIH y la salud sexual y reproductiva.
- Apoyar la movilización de respuestas comunitarias en todo el proceso continuo de la prevención, la atención y el tratamiento.
- Promover los programas dirigidos a las necesidades de prevención de la infección por el VIH de los grupos y las poblaciones clave afectadas.

- Movilizar y fortalecer la capacidad financiera, humana e institucional a través de todos los sectores, en particular en los de salud y de educación.
- Examinar y reformar los marcos jurídicos para eliminar las barreras a la prevención eficaz de la infección por el VIH, basada en datos probatorios, eliminar el estigma y la discriminación y proteger los derechos de las personas con la infección por el VIH, vulnerables a ella o en riesgo de contraerla.
- Conseguir que se hagan inversiones suficientes en investigación y desarrollo y promoción de la causa para nuevas tecnologías de prevención.

Referencias

Albarracin, D., Gillette, J.C., Earl, A.N., et al. (2005). A test of major assumptions about behavior change: a comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. Psychological Bulletin, 131, 856-897.

Auerbach, J.D., Hayes, R.J., & Kandathil, S.M. (2006). Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. In Ross, D.A., Dick, B., & Ferguson, J. (eds.). Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (pp. 43-78).

Aral, S.O., Over, M., Manhart, L., & Holmes, K.K. (2006). Sexually transmitted infections. In D.T. Jamison et al. (eds.). Disease Control Priorities in Developing Countries. Nueva York: Oxford University Press/Banco Mundial. (pp. 311-330).

Blum, R.W. (2004). Uganda AIDS prevention: A,B,C and politics. Journal of Adolescent Health, 34, 428-432.

Bunnell, R., Mermin, J., De cock, K.M. (2006). HIV prevention for a threatened continent: Implementing positive prevention in Africa. Journal of the American Medical Association, 296, 855-858.

Crepaz, N., Lyles, C.M., Wolitski, R.J. et al. (2006). Do prevention interventions reduce HIV risk behaviors among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. AIDS, 20, 143-157.

Creese, A., Floyd, K., Alban, A., & Guinness, L. (2002) .Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. Lancet, 359,1635-1642.

Dixon, S., McDonald, S., & Roberts, J. (2002). The impact of HIV and AIDS on Africa's economic development. British Medical Journal, 324, 232-234.

Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., et al., (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. Lancet, 363, 1415-1421.

Ferguson, J., Dick, B., & Ross, D. (2006). Conclusions and recommendations. Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries. WHO Technical Report Series 938. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Fleming, D.T. & Wasserheit, J.N. (1999). From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sexually Transmitted Infections, 75, 3-17.

Green, E., Halperin, D.T., Nantulya, V. & Hogle, J.A., (2006). AIDS and Behavior, 10, 335-346.

Global HIV Prevention Working Group. (2003). Access to HIV Prevention: Closing the Gap. Washington, DC: Henry Kaiser Family Foundation.

Global HIV Prevention Working Group (2007). Bringing HIV Prevention to Scale: An Urgent Global Priority. Bill and Melinda Gates Foundation and the Henry Kaiser Family Foundation.

Herbst, J.H., Sherba, R.T., Crepaz, N. et al., (2005). A meta-analytic review of HIV behavioral interventions for reducing sexual risk behavior of men who have sex with men. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 39, 228-241.

Hogan, D.R., Baltussen, R., Hayashi, C., et al. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. British Medical Journal, 331, 1431-1437.

Johnson, B.T., Carey, M.P. Marsh, K.L. et al. (2003). Interventions to reduce sexual risk for the human immunodeficiency virus in adolescents, 1985-2000: a research synthesis. Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 157, 381-388.

Kirby, D., Obasi, A., & Laris, B.A. (2006). The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. In Ross, D.A., Dick, B., & Ferguson, J. (eds.). Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence From Developing Countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (pp. 103-150).

Langen, T.T. (2005). Gender power imbalance on women's capacity to negotiate self-protection against HIV/AIDS in Botswana and South Africa. African Health Sciences, 5, 188-197.

Merson, M.H., Dayton, J.M., & O'Reilly, K. (2000). Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. AIDS, 14 (Suppl 2: S68-84).

Mize, S.J., Robinson, B.E., Bockting, W.O., Scheltema, K.E. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of

HIV prevention interventions for women. AIDS Care, 14, 163-180.

Monasch, R. & Mahy, M. (2006). Young people: the centre of the HIV epidemic. In Ross, D.A., Dick, B., & Ferguson, J. (eds.). Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence From Developing Countries. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. (pp. 15-41).

Murphy, E.M., Greene, M.E., Milailovic, A., Olupot-Olupot, P. (2006). Was the "ABC" approach (abstinence, being faithful, using condoms) responsible for Uganda's decline in HIV? PloS Medicine, 3, 1143-1447.

Neumann, M.S., Johnson, W.D., Semaan, S., et al. (2002). Review and meta-analysis of HIV prevention intervention research for heterosexual adult populations in the United States. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 30 (Suppl 1: S106-117).

Office of the U.S. Global AIDS Coordinator. (2006). Action Today, A Foundation for Tomorrow: The President's Emergency Plan for AIDS Relief. Washington, D.C.: Department of State Publication 11316.

Okware, S., Kinsman, J., Onyano, S. et al. (2005). Revisiting the ABC strategy: HIV prevention in Uganda in the era of antiretroviral therapy. Postgraduate Medical Journal, 81, 625-628.

Pan American Health Organization. (2007) HIV in the Americas. OPS/OMS, Washington, D.C., 2007

Salomon, J.A., Hogan, D.R., Stover, J. et al. (2005). Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. PLOS Medicine, 2(1), e16.

Schmid, G. (2004). Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. Bulletin of the World Health Organization, 82, 402-409.

Semaan, S., Des Jarlais, D.C., Sogolow, E. (2002). A meta-analysis of the effect of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 30 (Suppl. 1: S73-93).

Smoak, N.D., Scott-Sheldon, L.A., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2006) Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: a meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 41, 374-384.

Stover, J., Bertozzi, S., Gutierrez, J-P. et al. (2006). The global impact of scaling up HIV/AIDS prevention programs in low- and middle-income countries. Science, 311, 1474-1476.

UN. (2000). Resolution 55/2. United Nations Millennium Declaration. 55.ª Período de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

UNAIDS. (2001). Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention. Ginebra: UNAIDS

UNAIDS. (2005). Intensifying HIV Prevention: UNAIDS Policy Position Paper. Ginebra: UNAIDS.

UNAIDS. (2006). 2006 Report on the Global AIDS Epidemic. Ginebra: UNAIDS.

UNAIDS. (2007). Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention. Ginebra: UNAIDS.

UNICEF, WHO, UNAIDS. (2007). Towards Universal Access: Scaling up Priority HIV Interventions in the Health Sector. Progress Report. Ginebra.

Valdiserri, R.O., Ogden, L.L., & McCray, E. (2003). Accomplishments in HIV prevention science: implications for stemming the epidemic. Nature Medicine, 9, 881-886.

WHO. (2000). Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

WHO. (2001). Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Capítulo

7

Identificar, abordar y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales

*Debido a que las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales repercuten en la calidad de vida, es fundamental reconocer, prevenir y tratar las preocupaciones, las disfunciones y los trastornos sexuales.**

Introducción

Cada día aumenta el reconocimiento de que la salud sexual es un componente fundamental de la salud y el bienestar generales, y que por lo tanto, el funcionamiento sexual adecuado debe considerarse como un aspecto legítimo y primordial de la salud. No obstante, casi todas, cuando no todas, las culturas en todo el mundo se han mostrado renuentes a reconocer abiertamente a la función sexual como un asunto legítimo de salud, aun cuando nuestra comprensión médico/científica de la salud y la sexualidad ha progresado enormemente, en particular durante el último siglo. En otras palabras, aunque nuestra comprensión de la función sexual y del papel que desempeña en el funcionamiento general tanto individual como de las relaciones y la felicidad ha evolucionado, nuestra integración de la función sexual en el ámbito más amplio de la salud ha quedado a la zaga a nivel del discurso social, de salud pública y político. Si bien la identificación y el tratamiento de las disfunciónes y los trastornos sexuales no han sido prioritarios en la agenda de la política sanitaria, es importante

* Este capítulo está basado en la información proporcionada por la Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México, una amplia revisión de la literatura y el Documento de Antecedentes escrito por Emil Ng. (Ver Apéndices IV y V)

reconocer la necesidad de abordar las preocupaciones sexuales, las disfunciónes y los trastornos sexuales en una iniciativa de amplia base destinada a mejorar significativamente la salud y el bienestar de una población.

Cada vez es más frecuente que las instituciones de salud pública reconozcan no solo la importancia de integrar la salud sexual en la programación general de salud sino que están comprendiendo además que la salud sexual es algo más que la prevención de la infección por el VIH y las ITS y la salud reproductiva e incluye aspectos como la función sexual. Por ejemplo, el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004) ha empezado a abordar la salud sexual y este aumento del interés se debe, en parte, a la importancia que tienen las disfunciónes sexuales para la salud pública.

Por lo general, se ha creído que las disfunciónes sexuales eran principalmente un tema de interés en los países de América del Norte y de Europa Occidental, y que eran menos importante en otras partes del mundo. Históricamente, esta percepción se ha reforzado porque la mayoría de los estudios que investigan la prevalencia y la repercusión de las disfunciónes sexuales se han efectuado en países occidentales. Sin embargo, en los últimos años la investigación sobre las disfunciónes sexuales se ha ampliado extraordinariamente para abarcar a diversas poblaciones de todo el mundo. Por ejemplo, *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* evaluaba la función sexual en adultos de 29 países de todo el mundo, entre ellos países no occidentales como Argelia, Sudáfrica, Turquía, Marruecos, China, Indonesia, Malasia, Filipinas y Tailandia. La conclusión de este estudio, además de otras consideraciones, es que a pesar de la enorme variación cultural en los países estudiados, se obtuvo un resultado constante y es que el bienestar sexual estaba correlacionado con la felicidad general, tanto en hombres como en mujeres (Laumann, Paik y Glasser, 2006).

El vínculo entre la función sexual y la salud y el bienestar generales

Está claro que las disfunciones sexuales están firmemente correlacionadas con otras condiciones de salud. Es decir, hay categorías comunes de factores de riesgo asociados con la disfunción sexual para hombres y mujeres (Lewis, Fugl-Meyer, Bosch, 2004). La direccionalidad de causa y efecto entre las disfunciones sexuales y otros trastornos de salud, todavía tiene que ser dilucidada plenamente, al igual que muchas categorías de la disfunción sexual, pero está claro que hay una asociación interactiva cercana. En efecto, las personas que sufren de disfunciones sexuales tienen mayores probabilidades de sufrir otras enfermedades (por ejemplo, depresión) y las personas con otros trastornos como las enfermedades cardiovasculares tiene mayores probabilidades de padecer de disfunción sexual (por ejemplo, disfunción eréctil). En cualquier caso, hay una estrecha relación que demuestra que el funcionamiento sexual adecuado debe considerarse como un componente importante, no solo de la salud sexual sino de la salud y el bienestar generales. Según Sadovsky y Nusbaum (2006):

> Los problemas sexuales tienen una repercusión negativa evidente tanto sobre la calidad de vida como sobre el estado emocional, sea cual fuere la edad de la persona. El conocimiento acerca de disfunciones sexuales específicas entre los hombres puede revelar una variedad de afecciones patológicas concomitantes hasta ahora diagnosticadas como: i) la depresión y otras enfermedades emocionales; ii) el estrés psicosocial; iii) las enfermedades cardiovasculares, así como factores de riesgo afines reales como la hipertensión, la diabetes, y la hiperlipidemia; iv) hiperprolactinemia; y nivel bajo de testosterona sérica. Ciertas disfunciones sexuales específicas en mujeres pueden revelar afecciones patológicas como:i) la depresión y otros…trastornos psicosociales; ii) niveles bajos de estrógeno o testosterona séricos; y iii) trastornos vaginales o pelvianos (p. 3).

Dada la función de la sexualidad en aspectos fundamentales de la vida, entre ellos la reproducción y las relaciones, no es sorprendente que los problemas del funcionamiento sexual estén correlacionados con un menor bienestar subjetivo. Los problemas sexuales se han vinculado con una disminución de la calidad de vida, poca satisfacción física, poca satisfacción emocional y poca felicidad general (Sadovsky y Nusbaum, 2006). La *National Health and Social Life Survey* de los Estados Unidos encontró asociaciones significativas entre la disfunción sexual y la sensación de bienestar general (Laumann, Paik y Rosen, 1999). Los autores deducen de los datos que "Con la asociación fuerte entre la disfunción sexual y el deterioro de la calidad de vida, este problema merece que sea reconocido como una inquietud importante de salud pública" (p. 544).

La vinculación exacta entre la satisfacción sexual y la satisfacción con las vida en pareja es compleja; sin embargo, la investigación muestra que las personas con mayor satisfacción en la vida en pareja también expresan mayor satisfacción sexual (Byers, 2005; Yeh, Lorenzo, Wickrama, et al. 2006). Yeh et al., dedujeron de su estudio longitudinal de 283 parejas casadas estadounidenses que "Los que estaban satisfechos con sus relaciones sexuales tendían a estar satisfechos y felices en su matrimonio y la calidad del matrimonio era mejor, lo que a su vez, contribuía a reducir la inestabilidad matrimonial" (p. 342). Este nexo entre la satisfacción sexual y la satisfacción con las relaciones no se limita a las parejas en América del Norte. *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* mostró que 82% de hombres y 76% de mujeres estaban de acuerdo con la afirmación de que el "sexo satisfactorio es esencial para mantener una relación" (Nicolosi, Laumann, Glasser et al., 2004). Según indican West, Vinikoor y West (2004) sobre la base de su examen de investigación sobre la prevalencia y los factores predictivos de disfunción sexual en la mujer,

> Para la persona que sufre de una disfunción sexual, hay un costo personal para ella y para su pareja con respecto a su relación. Pero quizá haya costos sociales también, según se refleja en las tasas de divorcio, violencia doméstica, familias donde falta el padre o la

madre y en las relaciones futuras. Estos costos auxiliares rara vez se miden, pero sin una mejor comprensión de su magnitud, la disfunción sexual femenina, como un resultado de salud, seguirá siendo subestimada, en detrimento de la persona o de la sociedad (p. 167).

La prevalencia de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales

La determinación de la prevalencia de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales depende mucho de la definición utilizada y de las metodologías empleadas para evaluarlos.

Las preocupaciones sexuales

Hay una gran falta de datos para indicar el número de personas que tienen preguntas e preocupaciones acerca de su funcionamiento sexual. Sin embargo, las preguntas y las preocupaciones están en todas partes. Es común que personas de todas las edades perciban que carecen de información exacta e integral sobre una gama amplia de cuestiones relacionadas con la sexualidad, entre otras:

- Transmisión de la infección por el VIH y las ITS
- Orientación e identidad sexual
- Papeles de género
- Función sexual
- Frecuencia y normalidad apropiadas de diferentes comportamientos sexuales
- Infertilidad
- Métodos anticonceptivos y aborto
- Violencia sexual y abuso
- Aspectos de la enfermedad mental y física relacionados con la sexualidad
- Tratamientos médicos para problemas y disfunciones sexuales
- Repercusión de los medicamentos sobre la función sexual
- Repercusión de las discapacidades físicas y del desarrollo en la sexualidad y la relaciones
- Masturbación
- Anatomía sexual/reproductiva
- Imagen corporal
- Tamaño y apariencia de las mamas y de los órganos genitales

A menudo, la falta de información exacta sobre estos y otros aspectos de la sexualidad conduce a preocupaciones o a incertidumbre y ansiedad que pueden tener repercusiones graves sobre la autoestima, la identidad, el bienestar y la capacidad para participar en las relaciones íntimas. La mayoría de estas preocupaciones podrían ser tratadas por medio de la educación sexual integral u otros foros para suministrar información básica que disipe los mitos y la información incorrecta. En algunos

casos, no basta con suministrar información objetiva debido a que las preocupaciones quizá sean sintomáticas de ansiedades y temores subyacentes más profundos. Lamentablemente, muchas personas se sienten incómodas mencionando estas preocupaciones a su proveedor de atención sanitaria, y sienten que su proveedor de atención sanitaria no sería lo suficientemente sensible ni se sentiría bien tratando estos temas (Marwick, 1999).

Las disfunciones sexuales

Varias definiciones tanto para la función como para la disfunción sexual pueden encontrarse en la bibliografía médica sobre sexología y para su medición se ha utilizado una amplia gama de definiciones. No obstante, hay un consenso generalizado de que el funcionamiento sexual adecuado consta de tres etapas básicas, a saber: el deseo, la excitación y el orgasmo. También hay trastornos por dolor sexual. Por lo tanto, la disfunción sexual puede definirse, al menos en parte, como una deficiencia o trastorno en una de estas etapas (Winze y Carey, 2001). Las disfunciones sexuales más comunes son las siguientes (Lewis, Fugl-Meyer, Bosch, Fugl-Meyer, Laumann, Lizza y Martín-Morales, 2004):

CLASIFICACIÓN DE DISFUNCIONES SEXUALES

- Disfuncion sexual de interés /deseo (hombres y mujeres)
- Disfunciones sexuales femeninas:
  - Trastornos de la excitación sexual
  - Disfuncion de la excitación sexual genital
  - Disfunción subjetiva de la excitación sexual
  - Disfunción combinada de excitación sexual genital y subjetiva
  - Trastorno de excitación sexual persistente
  - Disfunción orgásmica
  - Dispareunia
  - Vaginismo
  - Trastorno de aversión sexual
- Disfunciones sexuales masculinas
  - Disfunción eréctil
  - Eyaculación temprana
  - Eyaculación tardía
  - Disfunción orgásmica
  - Aneyaculación

2a Consulta Internacional sobre Disfunciones Sexuales. Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Bosch, R. Fugl-Meyer, A.R., Laumann E.O., Lizza, E., Martín-Morales, A. (2004).

En la mayoría de los estudios de población se les ha preguntado a los entrevistados si han experimentado problemas relacionados con estas etapas. Los resultados de esos estudios indican que los problemas del funcionamiento sexual son muy comunes en las poblaciones adultas. Un examen de los datos epidemiológicos existentes indica que cerca de 40 a 45% de las mujeres adultas y 20 a 30% de los hombres adultos tienen al menos una disfunción sexual (Lewis, Kersten, Fugl-Meyer, et al., 2004). En *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* se indica que entre las personas sexualmente activas de 40 a 80 años de edad, 28% de los hombres y 39% de las mujeres notificaron al menos un problema con el funcionamiento sexual en el año anterior. Para los hombres, los problemas más comunes eran eyaculación temprana (14%), dificultades eréctiles (10%), mientras para las mujeres las más comunes eran la falta de interés sexual (21%), incapacidad de alcanzar el orgasmo (16%) y dificultades de lubricación (16%) (Nicolosi et al., 2004). Cabe señalar que los participantes estaban sexualmente activos y es probable que las tasas notificadas de disfunción sexual hubieran sido más altas si se hubieran incluido las personas que no estaban sexualmente activas. La aparición de la disfunción sexual suele estar relacionada con la edad, registrándose un aumento de la prevalencia a medida que las personas se hacen mayores. Sin embargo, esto no es siempre el caso. Por ejemplo, en el *National Health and Social Life Survey* de los Estados Unidos, los problemas como la incapacidad para alcanzar el orgasmo y el dolor durante el coito eran más comunes entre las mujeres más jóvenes (18 a 39) que entre las mujeres mayores (40 a 59) (Lauman, Paik y Rosen, 1999). Estudios recientes han revelado altos niveles de disfunción sexual en las mujeres en Nigeria (Ojomo, Thacher y Obadofin, 2006), Malasia (Sidi, Puteh, Abdullah y Midin, 2006) y Ecuador (Yánez, Castelo-Branco, Hidalgo y Chedraui, 2006), lo que indica que los problemas de la función sexual son verdaderamente un fenómeno mundial que trasciende las culturas.

Los trastornos sexuales

Los trastornos sexuales se clasifican generalmente en parafílicos y no parafílicos (Coleman, 1991). Las parafilias están clasificadas claramente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (APA) (DSM-IV). En la lista figuran ocho parafilias:

CLASIFICACIÓN DE PARAFILIAS

- pedofilia
- exhibicionismo,
- voyeurismo,
- masoquismo sexual,
- sadismo sexual,
- fetichismo travestista,
- fetichismo,
- froterismo.

EUSEBIO, COMO SE LLAMA EL DSM 1V EN ESPAÑOL: Se llama Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana versión 4

Money (1986) ha identificado más de 40 tipos diferentes de parafilias, entre ellas la zoofilia (bestialidad), asfixiofilia (cortar el paso de oxígeno para mejorar la excitación o el orgasmo) y necrofilia (relaciones sexuales con personas muertas). Las parafilias se caracterizan por una preocupación obsesiva con un comportamiento sexual socialmente poco convencional que incluye a objetos no humanos, a niños o a otras personas que no pueden expresar su consentimiento, o el sufrimiento o la humillación de uno mismo o de su pareja. Estos comportamientos también son considerados por la mayoría de las personas como socialmente anómalos. Es importante observar que para satisfacer los criterios clínicos que definen un parafilia, la persona tiene que presentar fantasías que causan excitación sexual, deseos sexuales y comportamientos que generan perturbaciones clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes. Muchos hombres y mujeres, por ejemplo, practican el travestismo en grados variables, pero no experimentan excitación sexual que cause dificultades. Esas personas han podido integrar sus actividades en su identidad general y sus relaciones interpersonales. Por naturaleza, el comportamiento parafílico interfiere con la sensación de bienestar de una persona y su capacidad para tener o forjar relaciones de amor recíproco.

Hay una falta de datos epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos parafílicos; sin embargo, están bien reconocidos como síndromes clínicos y algunos de ellos originan violencia sexual, abuso e interferencia en las relaciones íntimas. Los trastornos parafílicos son mucho más comunes en los hombres que en las mujeres (APA, 2000). La falta de datos epidemiológicos se debe en parte a la ausencia de definiciones y criterios clínicos claros. Además, muchas personas pueden tener comportamientos sexuales problemáticos pero no satisfacen el umbral clínico de los trastornos parafílicos. Aun muchos agresores sexuales, que han infringido las normas y las leyes de su sociedad, no necesariamente satisfacen los criterios clínicos de la parafilia, aunque quizá estén sufriendo y necesitan tratamiento para algún otro tipo de trastorno psiquiátrico, (Miner y Coleman, 2001).

Aunque no están clasificados per se en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV TR)*de la American Psychiatric Association (APA, 2000), hay un reconocimiento cada vez mayor de que hay otro conjunto de trastornos sexuales similares a las parafilias, que se refieren a comportamientos sexuales convencionales, pero que de igual manera incluyen fantasías que causan excitación sexual, deseos sexuales y comportamientos que causan dificultades clínicamente significativas en el funcionamiento social, ocupacional, o en otras áreas importantes (Coleman, Raymond y McBean, 2003). Los datos epidemiológicos son aun más deficientes acerca de este tipo de trastorno, pero ellos se han descrito ampliamente en la bibliografía especializada. A este tipo de trastorno sexual se le ha llamado hipersexualidad, hiperfilia, erotomanía, perversión, ninfomanía, satiriasis y, más recientemente, comportamiento sexual compulsivo (CSC) o adicción sexual (Coleman, 1991). Si bien algunos de estos son términos exóticos y la nosología y etiología es muy debatida entre los profesionales de esta especialidad, no cabe duda de que se trata de un problema grave de salud mental, sexual y física. El comportamiento sexual compulsivo (CSC) puede ser im-

pulsivo, obsesivo y compulsivo, dirigido, fuera de control y ocasionar problemas. No hay una categoría clara para este tipo de CSC en la nomenclatura del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), pero se da un ejemplo bajo el término trastorno sexual no especificado de otro modo: "el problema resultante de un modelo de relaciones sexuales repetidas que incluyen una sucesión de amantes considerados por la persona solo como cosas para usarse" (APA, 1994). Hay al menos 7 subtipos de CSC no parafílico (Coleman, Raymond y McBean, 2003):

SUBTIPOS DE COMPARTAMIENTO SEXUAL COMPULSIVO NO PARAFÍLICO

- cambio de parejas compulsivo y múltiples parejas
- fijación compulsiva en una pareja inasequible
- autoerotismo compulsivo (masturbación)
- uso compulsivo de la pornografía
- uso compulsivo de Internet para finalidades sexuales
- múltiples relaciones amorosas compulsivas
- sexualidad compulsiva en una relación

Coleman, Raymond & McBean, 2003

Hay un cuerpo de la bibliografía cada vez mayor que muestra una asociación entre el CSC y los comportamientos de riesgo para la infección por el VIH y las ITS (Kalichman y Rompa, 1995; 2001; Miner, Coleman, Center, Ross y Rosser, 2007; Reece, Plate y Daughtry, 2001).

Independientemente de que el comportamiento sexual compulsivo sea parafílico o no parafílico, estos problemas están asociados con muchos otros trastornos psiquiátricos concomitantes y están vinculados con problemas de salud sexual —en particular con las infecciones de transmisión sexual, la violencia y el abuso sexuales (Black, Kehrberg, Flumerfelt y Schlosser, 1998; Kafka, y Prentky, 1994; Raymond, Coleman, Ohlerking, Christenson y Miner, 1999). Para abordar eficazmente los ODM, es fundamental que estos tipos de trastornos sexuales se identifiquen, se evalúen y reciban el tratamiento adecuado. Más allá de los factores estructurales, estos factores psiquiátricos individuales pueden ser determinantes de un gran número de consecuencias negativas para la salud sexual.

Los trastornos relacionados con la identidad de género

Sentirse bien con el género propio es un requisito necesario para la salud y el bienestar sexuales. Las personas que no se sienten bien con su identidad de género o sufren de trastornos de identidad de género están expuestas a un riesgo alto de consecuencias negativas para la salud sexual. Los trastornos identificados con el sexo se definen como una incongruencia entre su fenotipo físico (hombre o mujer) y su identidad de género o sea, la identificación que se siente y la autoidentificación como hombre o como

mujer (APA, 1994). La experiencia de esta incongruencia se denomina disforia de género. En la forma más extrema de disforia de género, las personas desean hacer que su cuerpo sea coherente con su identidad de género y esto se denomina transexualidad.

La información de prevalencia más reciente de los Países Bajos para el extremo transexual del espectro del trastorno de identidad de sexo es 1 en 11.900 hombres y 1 en 30.400 mujeres (WPATH, 2001). Aunque los estudios epidemiológicos determinaran que una tasa de base similar de trastornos de identidad de género existe en todo el mundo, es probable que las diferencias culturales de un país a otro modificarían las expresiones conductuales de estos trastornos. Es más, el acceso al tratamiento, el costo del tratamiento, las terapias ofrecidas y las actitudes sociales hacia las personas de género variable y los profesionales que prestan servicios de atención difieren ampliamente de un lugar a otro. Mientras en la mayoría de los países, atravesar los límites de género generalmente genera censura moral en lugar de compasión, hay ejemplos sorprendentes en ciertas culturas de los comportamientos relacionados con el cruce de género (por ejemplo, en líderes espirituales) que no se estigmatizan (WPATH, 2001).

Entre la publicación de los volúmenes APA DSM-III y DSM-IV, el término "transgénero" empezó a usarse de diversas maneras. Algunos lo emplearon para referirse a las personas con identidades de género extrañas sin una connotación de psicopatología. Algunas personas usaron informalmente el término para referirse a cualquier persona con cualquier tipo de variación de género. Transgénero no es un diagnóstico formal, pero muchos profesionales y miembros del público encuentran que este es un término preferido debido a que es incluyente y porque no supone ninguna patología (WPATH, 2001). Cuando se tiene en cuenta la amplia gama de identidades y expresiones de género, no hay cálculos buenos sobre la prevalencia de personas que podrían definirse como transgénero.

Lo que es sumamente importante es reconocer que no todas las personas se identifican como masculino, femenino, niño o niña, hombre o mujer. Dependiendo de las normas culturales, las personas que no encajan en esa clasificación binaria tienen que afrontar diversas dificultades para desarrollar identidades sexuales positivas, para tener una "ciudadanía" sexual, relaciones sanas y bienestar. Es importante que estas personas sean identificadas y reciban ayuda en su proceso de desarrollo de identidades sexuales positivas (Bockting y Coleman, 2007).

La educación y el tratamiento eficaz de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales

Muchas de las dificultades que se presentan a las personas en relación con las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales pueden abordarse eficazmente con el suministro de información objetiva para contrarrestar los malentendidos, los mitos y la ignorancia. La falta de información científicamente válida en cuanto a

la función sexual dentro de la población está generalizada y la repercusión negativa de esta carencia se siente en todo el mundo. Además, muchos casos de dificultades sexuales pueden resolverse satisfactoriamente mediante el tratamiento de corto plazo, centrado en la solución del problema, hecho por un consejero, un terapeuta o proveedor de atención sanitaria de primera línea, suficientemente capacitado.

Los médicos y otros proveedores de servicios de atención primaria de salud están en una posición ideal para indagar acerca de las preocupaciones, los problemas y las disfunciones sexuales, de una manera libre de prejuicios y profesional que es bien recibida por los pacientes (Nusbaum y Hamilton, 2002). La evaluación breve de las preocupaciones, los problemas y la disfunción sexuales puede y debe convertirse en un componente común de la evaluación general de salud y el proveedor de atención de salud debe invitar y alentar a las personas a que hagan preguntas sobre estos temas. Por ejemplo, las personas que están experimentando dificultades con la función sexual se benefician de información objetiva acerca de la anatomía sexual, del ciclo de respuesta sexual de ambos sexos, de los factores psicosociales (por ejemplo, función de la relación, estrés) que afectan la función sexual, así como de los cambios en la sexualidad asociados con el envejecimiento, el embarazo, la menopausia, trastornos médicos, enfermedades y medicamentos. Sin embargo, los datos del *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* indicaron que pocos médicos en los 29 países encuestados evalúan sistemáticamente la salud sexual de sus pacientes (Moreira, Brock, Glasser, et al., 2005). Aunque casi la mitad de los hombres y las mujeres participantes en la encuesta dijeron tener problemas sexuales, menos de 20% de ellos buscaron ayuda de sus médicos y sólo 9%, tanto hombres como mujeres, dijeron que su médico les había preguntado acerca de su salud sexual en los tres años anteriores.

Numerosos estudios han revelado que los médicos suelen sentirse incómodos conversando con sus pacientes acerca de la sexualidad o anotando antecedentes sexuales, que la mayoría de los programas de estudios de la escuela de medicina no los capacitan para hacerlo y que aun intervenciones de capacitación breves destinadas a aumentar y mejorar la comunicación entre el médico y el paciente acerca de la sexualidad pueden ser eficaces (Council on Scientific Affairs, 1996; McCance, Moser, y Smith, 1991; Ng y McCarthy, 2002; Rosen, Kountz, Post-Zwicker, T. et al., 2006; Solursh, Ernest, Lewis, et al., 2003; Tsimtsiou, Hatzimouratidis, Nakopoulou, et al., 2006). Entre las barreras a la comunicación entre el médico y el paciente se encuentran el malestar del profesional, el sesgo, los temores a ofender al paciente, falta de capacitación y limitaciones de tiempo (Maheux, Haley, Rivard y Gervais, 1999). Estos resultados indican que los médicos y otros proveedores de servicios de atención primaria de salud necesitan más y mejor capacitación para comunicarse eficazmente con sus pacientes y educarlos acerca de la sexualidad.

Hay recomendaciones basadas en evidencia para el tratamiento de las disfunciones sexuales en mujeres (Basson, Althof, Davis, et al., 2004) y hombres (Lue, Giuliano, Montorsi, et al., 2004). Con respecto a las disfunciones sexuales clínicas diagnosticadas por un profesional de la salud, la evidencia acerca de que las intervenciones médicas para tratar las disfunciones sexuales entre los hombres pueden ser efica-

ces y pueden tener una repercusión positiva importante en la salud y el bienestar, aumentan constantemente. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que el tratamiento médico para la disfunción eréctil puede mejorar la calidad de vida psicosocial a largo plazo para los hombres, en especial, al aumentar la autoestima, la satisfacción con las relaciones sexuales y la satisfacción con las relaciones (Althof, O'Leary y Cappelleri, et al., 2006a; Althof, O'Leary, y Cappelleri, et al., 2006b). En comparación con los hombres, en el caso de las mujeres, la comprensión de la biofisiología y la psicología de la función sexual, así como la investigación sobre la disfunción sexual, incluido el tratamiento eficaz están menos desarrolladas (Verit, Yeni y Kafali, 2006). A pesar de que las terapias farmacológicas seguras y eficaces para la disfunción sexual femenina no se han establecido firmemente, las recomendaciones para el tratamiento incluyen terapia cognoscitiva-conductual encaminada a cambiar las ideas de falta de adaptación y las expectativas poco razonables, corrección de información incorrecta acerca de la sexualidad y exploración de estrategias para mejorar la cercanía emocional y la comunicación de la pareja (Basson, 2006). Entre algunas de las directrices emanadas de las asociaciones médicas, hay apoyo a la terapia local de estrógeno para la dispareunia asociada con la atrofia vulvar y apoyo cauteloso al uso selectivo de la testosterona de dosis baja siempre que el paciente comprenda los riesgos posibles (véase Basson, 2006, que presenta un resumen). Hay necesidad clara de otras investigaciones sobre el tratamiento de la disfunción sexual femenina que incluyan estudios del resultado del tratamiento a largo plazo (Basson et al., 2004).

El tratamiento basado en evidencia para los trastornos sexuales no está tan bien establecido. Sin embargo, hay cierta orientación basada en la experiencia clínica extensa (Bradford, 2000; Coleman, Raymond y McBean, 2003). Las combinaciones de psico y farmacoterapia suelen ser útiles. Sin embargo, es evidente la necesidad de otras investigaciones para apoyar diversos tipos de tratamientos.

El tratamiento de los trastornos de identidad de género se ha descrito cuidadosamente en las Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health (Normas de Atención de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero) (Meyer, Bockting, Cohen-Kettenis, Coleman, DiCeglie, Devor, Gooren, Hage, Kirk, Laub, Lawrence, Menard, Monstrey, Patton, Schaefer, Webb y Wheeler, 2001) y por expertos internacionales en este campo (Ettner, Monstrey, y Eyler, 2007). En cuanto a los trastornos sexuales, todavía queda mucha investigación y trabajo por hacer para desarrollar tratamientos basados en datos probatorios.

Acciones necesarias

7.1 Dada la importancia del funcionamiento sexual adecuado para la salud sexual general, la salud y el bienestar generales, así como para la salud de las relaciones interpersonales, la evaluación y el tratamiento de las preocupaciones, los problemas y la disfunción sexuales deben ser específicamente señalados e incluirse en los programas y acuerdos nacionales e internacionales para promover salud sexual.

7.2 La función sexual y la identidad de género se reconocen cada vez más como componentes clave de la salud general; por otro lado, los problemas de disfunción sexual y disforia de género están asociados con otros trastornos médicos y con el bienestar individual y de las relaciones. Por consiguiente, la evaluación integral de la salud sexual que incluye la evaluación básica de la función sexual y de la identidad de género debe convertirse en un componente habitual de la atención de salud.

7.3 Muchas preocupaciones, trastornos y disfunciones sexuales tienen sus raíces en una falta de información acerca de la sexualidad. La información sobre el funcionamiento sexual debe incluirse como un componente de la educación integral de la sexualidad y estar al alcance de todas las personas. Las escuelas, a través de sus programas de educación en salud sexual, y el sector de la salud (médicos, enfermeras y otro personal sanitario) deben desempeñar funciones clave al educar a sus estudiantes y pacientes acerca del funcionamiento sexual.

7.4 Los programas de capacitación para los maestros, trabajadores comunitarios y trabajadores de salud deben incluir, como un componente usual, la capacitación en disfunción sexual, trastornos y problemas del género. Esos programas deben incluir capacitación específica para educar a los clientes acerca del desarrollo de la función sexual y de la identidad de género. La capacitación en medicina y enfermería debe ir más allá de impartir educación, a fin de asignar una atención especial al abordaje y el tratamiento de los problemas y las disfunciones sexuales.

7.5 Se están elaborando métodos óptimos de tratamiento para las preocupaciones, las disfunciones los trastornos sexuales y los problemas de identidad de género, pero hace falta más investigación a fin de formular directrices basadas en la evidencia para la mayoría de estos trastornos. La asignación de fondos para efectuar esta investigación es necesaria y se justifica por la considerable repercusión que estos problemas tienen en la persona, la pareja y la familia y, en último término, en el grupo social en general.

Referencias

Althof, S.E., O'Leary, M.P., Cappelleri, J.C., et al. (2006a). Sildenfil citrate improves self-esteem, confidence, and relationships in men with erectile dysfunction: results from an international, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. Journal of Sexual Medicine, 3, 521-529.

Althof, S.E., O'Leary, M.P., Cappelleri, J.C., et al. (2006b). Impact of erectile dysfunction on confidence, self-esteem and relationship satisfaction after 9 months of sildenafil citrate treatment. Journal of Urology, 176, 2132-2137.

American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders DSM IV TR. Washington, D.C.

Basson, R., Althof, S., Davis, S., et al. (2004). Summary of recommendations on sexual dysfunctions in women. Journal of Sexual Medicine, 1, 24-34.

Basson, R. (2006). Sexual desire and arousal disorders in women. New England Journal of Medicine, 354, 1497-1506.

Black, D.W., Kehrberg, L., Flumerfelt, D., Schlosser, S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. American Journal of Psychiatry, 154, 243-249.

Bockting, W. O. and Coleman, E. (2007). Developmental Stages of the Transgender Coming Out Process: Toward an Integrated Identity. En R. Ettner, S. Monstrey, E. Evan (Eds). Handbook of Transgender Medicine and Surgery. Nueva York: Haworth Press.

Bradford, J. (2000). Treatment of sexual deviation using a pharmacologic approach.

Journal of Sex Research, 37, 248-57.

Byers, E.S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. Journal of Sex Research, 42, 113-118.

Coleman, E. (1991). Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments. Journal of Psychology and Human Sexuality, 4, 37-52.

Coleman, E., Raymond, N., McBean, A. (2003). Assessment and treatment of compulsive sexual behavior. Minnesota Medicine, 86(7), 42-47.

Council Scientific Affairs, American Medical Assoication. (1996). Health care needs of gay men and lesbians in the United States. Journal of the American Medical Association, 275, 1354-1359.

Ettner, R., Monstrey, S., Eyler, E. (Eds). (2007). Handbook of Transgender Medicine and Surgery. Nueva York: Haworth Press.

Kafka, M. P, Prentky, R. (1994). Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilia-related disorders. Journal of Clinical Psychopharmacology, 55, 481-487.

Lue, T.F., Giuliano, F., Montorsi, F., et al. (2004). Summary of recommendations on sexual dysfunctions in men. Journal of Sexual Medicine, 1, 6-23.

Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Bosch, R. et al. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine, 1, 35-39.

Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. Journal of the American Medical Association, 281, 537-544.

Laumann, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., et al. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Archives of Sexual Behavior, 145-161.

Maheux, B., Haley, N., Rivard, M. & Gervais, A. Do physicians assess lifestyle health risks during general medical examinations? A survey of general practitioners and obstetrician-gynecologists in Quebec. Canadian Medical Association Journal, 160, 1830-1834.

Marwick, C. (1999). Survey says patients expect little physician help on sex. Journal of the American Medical Association, 281, 2173-2174.

McCance, K. L., Moser Jr., R., & Smith, K. R. (1991). A survey of physicians' knowledge and application of AIDS prevention capabilities. American Journal of Preventative Medicine, 7, 141-145.

Miner M, & Coleman E. (2001). Advances in sex offender treatment and challenges for the future. Journal of Psychology and Human Sexuality, 13, 5-24.

Miner, M., Coleman, E., Center, B. & Ross, M. W, & Rosser, B. R. S. (2007). The compulsive sexual behavior inventory. Psychometric properties. Archives of Sexual Behavior.

Meyer, W. Bockting, W. Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H., Gooren, L., Hage, J., Kirk, S., Laub, D., Lawrence, A., Menard, Y., Monstrey, S., Patton, J., Schaefer, L., Webb, A., & Wheeler, C. The Standards of Care for Gender Identity Disorders -- Sixth Version (2001). International Journal of Transgenderism, 5 (1), http://www.symposion.com/ijt/soc_2001/index.htm

Money J. (1986). Lovemaps: Clinical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia, and Gender Transposition in Childhood, Adolescence, and Maturity. Nueva York NY: Irvington Publishers.

Moreira, E.D., Brock, G., Glasser, D.B., et al. (2005). Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. International Journal of Clinical Practice, 59, 6-16.

Ng, C.J. & McCarthy, S.A. (2002). Teaching medical students how to take a sexual history and discuss sexual health issues. Medical Journal of Malaysia, 57, Suppl E: 44-51.

Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B., et al. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology, 64, 991-997.

Nusbaum, M. & Hamilton, C. (2002). The proactive sexual health history. American Family Physician, 66, 1705-1712.

Lewis, R.W., Fugl-Meyer, K.S., Bosch, R. Fugl-Meyer, A.R., Laumann E.O., Lizza, E., Martín-Morales, A. (2004). Definitions, Classification and Epidemiology of Sexual Dysfunction. En : TF Lue. R Basson, R Rosen, F Guiliano, S Khoury & F Montorsi (Editors) Sexual Medicine : Sexual Dysfunctions in Men and Woman : 2nd International Consultation on Sexual Dysfunctions-Paris. International Consultation on Urological Diseases (ICUD), International Society of Urology (SIU), International Society for Sexual and Impotence Research (ISSIR).

Ojomu, F., Thacher, T. & Obadofin, M. (2006). Sexual problems among married Nigerian women. International Journal of Impotence Research, [Epub ahead of print].

Raymond, N.C., Coleman, E., Ohlerking, M.A., Christenson. G.A., Miner, M. (1999). Psychiatric comobidity in pedophilic sex offenders. American Journal of Psychiatry. 156, 786-788.

Rosen, R., Kountz, D., Post-Zwicker, T, et al. (2006). Sexual communication skills in residency training: the Robert Wood Johnson model. Journal of Sexual Medicine, 3, 37-46.

Sadovsky, R. & Nusbaum, M. (2006). Sexual health inquiry and support is a primary care priority. Journal of Sexual Medicine, 3, 3-11.

Sidi, H., Puteh, S.E., Abdulla, N., & Midin, M. (2006). The prevalence of sexual dysfunction and potential risk factors that may impair sexual function in Malaysian women. Journal of Sexual Medicine, [Epub ahead of print].

Solursh, D.S., Ernst, J.L., Lewis, R.W. et al. (2003). The human sexuality education of physicians in North American medical schools. International Journal of Impotence Research, 15, Suppl 5: s41-s45.

Tsimtsiou, Z., Hatzimouratidis, K., Nakopoulou, E. et al. (2006). Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. Journal of Sexual Medicine, 583-588.

Verit, F.F., Yeni, E., & Kafali, H. (2006). Progress in female sexual dysfunction. Urology International, 76, 1-10.

West, S.L., Vinikoor, L.C., & Zolnoun, D. (2004). A systematic review of the literature on female sexual dysfunction prevalence and predictors. Annual Review of Sex Research, 15, 40-172.

WHO. (2004). Sexual health – a new focus for WHO. Progress in Reproductive Health Research, 67, 1-8.

Wincze, J.P. & Carey, M.P. (2001). Sexual Dysfunction: A Guide for Assessment and Treatment. Nueva York, NY: The Guilford Press.

Yanez, D., Castelo-Branco, C., Hidalgo, L.A. & Chedraui, P.A. (2006). Sexual dysfunction and related risk factors in a cohort of middle-aged Ecuadorian women. Journal of Obstetrics and Gynecology, 26, 682-686.

Yeh, H.C., Lorenzo, F.O., Wickrama, K.A. et al. (2006). Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. Journal of Family Psychology, 20, 339-343.

Capítulo

8

Lograr el reconocimiento del placer sexual como un componente de la salud y el bienestar total

*La salud sexual es más que la ausencia de enfermedades. En todo el mundo, debe reconocerse y promoverse el derecho al placer sexual.**

Introducción

La mayoría de los siete capítulos anteriores de Salud Sexual para el Milenio documentan la capacidad de los programas de promoción de la salud sexual para contribuir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a fin de detener y revertir los resultados negativos como las ITS, la infección por el VIH, la violencia sexual y la disfunción sexual. Si bien estos objetivos son, sin duda alguna, de importancia fundamental, reflejan la tendencia de la esfera de la promoción de la salud sexual, así como de las instancias normativas, de centrarse en los resultados negativos de la salud sexual y reproductiva. Mucho menos prominente en la política y la programación de promoción de la salud es el reconocimiento claro del placer sexual como un aspecto elemental de la sexualidad humana. El hecho de que el placer sexual sea el último enunciado no quiere decir que sea menos importante. Aunque a menudo se pasa por alto o se estigmatiza, el placer sexual no debería olvidarse en la promoción de la salud sexual.

* Este capítulo está basado en la información proporcionada por la Consulta de Expertos de la WAS realizada en Oaxaca, México, una amplia revisión de la literatura y el Documento de Antecedentes escrito por Terence Hull. (Ver Apéndices IV y V)

Para ser eficaz y significativa en su contribución al desarrollo y al bienestar humano, la promoción de la salud sexual no puede separar la esencia de la sexualidad humana en partes, ocuparse solo de algunos aspectos y fingir que otros no existen. Los programas de promoción de la salud sexual deben reconocer y abarcar toda la sexualidad de la persona. El placer no es tan solo un anhelo, sino que es tal vez el factor de motivación más poderoso del comportamiento sexual. Pasar por alto la función del placer sexual en la realización y la felicidad del ser humano, sería un grave error. Pasar por alto el placer en cualquier aspecto de los programas de promoción de la salud sexual es presentar una conceptualización de la sexualidad y de la salud sexual que no es real y que no responde a las necesidades, aspiraciones, deseos y preocupaciones de las personas de manera significativa.

El hecho de que los aspectos positivos, enriquecedores y placenteros sean esenciales para la salud sexual fue reconocido en las definiciones originales aceptadas internacionalmente de la salud sexual, enunciadas por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1975): "La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que realcen la personalidad, la comunicación y el amor". De igual manera, se estipuló que: "Son fundamentales para este concepto el derecho a la información sexual y el derecho al placer". Se consideró que el placer es un derecho humano fundamental. El documento de la OMS concluyó, "Por ende, la noción de salud sexual supone un enfoque positivo de la sexualidad humana, y los propósitos de la atención médica sobre sexualidad deberán ser el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual".

La relación entre la salud sexual y la salud en general así como la importancia del placer se han enunciado claramente en la definición de salud sexual del Director General de Sanidad de los Estados Unidos (2001).

La salud sexual está inextricablemente unida a la salud tanto física como mental.

> Así como los problemas de salud física y mental pueden contribuir a la disfunción sexual y a las enfermedades, esas disfunciones y enfermedades pueden contribuir por su parte a causar problemas de salud tanto físicos como mentales. La salud sexual no se limita a la ausencia de enfermedades o disfunciones y no se limita exclusivamente a los años fecundos. También incluye la capacidad de comprender y sopesar los riesgos, las responsabilidades, los resultados y las repercusiones de las acciones sexuales y practicar la abstinencia cuando sea apropiado. Incluye la ausencia del abuso y la discriminación sexual, y la capacidad de integrar la propia sexualidad en su vida, derivar placer de ella y de reproducirse si la persona así lo decide (Director General de Salud de los Estados Unidos, 2001, p.1.)

Por otro lado y para actualizar la definición de salud sexual de 1975, la OMS (2002; 2006) ha reafirmado en sus recientes definiciones prácticas estos principios básicos agregando claramente la noción del placer.

> La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedades, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para lograr y mantener la salud sexual deben respetarse, protegerse y cumplirse los derechos sexuales de todas las personas.

Esta definición desafía claramente a las políticas de gobierno y a los enfoques de salud pública no solo a evitar los problemas de las enfermedades reproductivas o los inherentes a la reproducción saludable, sino también a promover el placer como un componente esencial del bienestar (Coleman, 2007). La importancia de reconocer e integrar las consideraciones de la función del placer en la sexualidad humana no se aplica sencillamente a lo que algunos quizá consideren los aspectos más esotéricos de la promoción de la salud sexual como, por ejemplo, el tratamiento de la disfunción sexual, se aplica en igual medida a programas destinados a la prevención de las ITS y la infección por el VIH, a la ayuda a las víctimas de violencia/abuso sexual, a la educación de la sexualidad para los jóvenes, así como al control de la fecundidad, etc. Este capítulo ilustra el hecho, a menudo pasado por alto, de que el placer sexual es un componente fundamental de la salud sexual, de la salud y del bienestar en general. Mientras los programas de promoción de salud sexual abarquen mejor la totalidad de la sexualidad humana, eduquen, aconsejen y ayuden a las personas de manera que reconozcan e incorporen el placer, probablemente podrán satisfacer mejor las necesidades de las personas, corresponderán más a la realidad de la experiencia humana, podrán alcanzar en última instancia sus objetivos y, por consiguiente, tendrán una mayor repercusión en los ODM.

El placer sexual en su contexto histórico

Durante gran parte de la historia humana, la pasión y el deseo sexual se han percibido como peligrosos, como una amenaza para el orden social, político y religioso (Hatfield y Rapson, 1993). Durante el período histórico actual, la religión y la medicina han influido enormemente en las normas sociales de la salud y del comportamiento sexuales (Hart y Wellings, 2002) y en varios aspectos pertinentes, dichas instituciones han heredado y continuado la tradición de ver el deseo sexual y por extensión, el placer con cierta sospecha.

No es posible hacer conjeturas precisas acerca de hasta qué grado las principales religiones han mantenido posiciones negativas o positivas con respecto al sexo, al placer

y a la sexualidad. Sin embargo, puede decirse que, en diversos períodos históricos, muchas religiones, incluidos el cristianismo y el islamismo se han centrado en los aspectos reproductivos y funcionales de la sexualidad. En consecuencia, las religiones han establecido controles estrictos del comportamiento sexual y, en especial fuera del matrimonio, entre un hombre y una mujer, de comportamientos que no conducen a la reproducción (como por ejemplo, la masturbación) y han menospreciado el placer sexual, en particular el de las mujeres y el de los hombres y mujeres homosexuales (Para mayor documentación y un extenso análisis de las perspectivas religiosas con respecto a la sexualidad a lo largo de la historia, véanse Bullough, 1980, Hawkes, 2004). Numerosos expertos han reseñado el menosprecio por el placer sexual de las instituciones y de los teólogos cristianos a lo largo de la historia de la Iglesia (por ejemplo, Pagels, 1988).

La masturbación ha sido particularmente un tema controvertido ya que su principal finalidad es la de producir placer (Coleman, 2002). Las investigaciones sobre la masturbación indican, contrariamente a las creencias tradicionales, que la masturbación es el resultado de un comportamiento sexual común y que está vinculado a indicadores de salud sexual. Aunque no existe ningún indicador común de mala salud asociado a la masturbación, esta puede generar emociones negativas o positivas de consideración en muchos individuos. La masturbación puede ser de gran influencia, tanto negativa como positiva, en función de la interacción entre las actitudes sociales predominantes y las actitudes y comportamientos individuales (Coleman, 2002).

De hecho, las investigaciones establecen que la masturbación comienza a temprana edad, que constituye un elemento importante para un desarrollo sexual saludable (Langfeldt, 1981) y que es considerada a menudo como un indicador de desarrollo sexual (Bancroft, Herbenick, D. y Reynolds, 2002). Muchos jóvenes aprenden a conocer su cuerpo y su capacidad de respuesta sexual mediante la masturbación (Atwood y Gagnon, 1987). La masturbación se perpetúa a lo largo de la vida. Por ejemplo, muchos adultos siguen masturbándose aunque estén casados y tengan acceso inmediato a las relaciones sexuales (Laumann et al., 1994). La masturbación también puede ayudar a las personas mayores que no tengan una pareja disponible a mantener el funcionamiento y la expresión sexual (Leiblum y Bachmann, 1988). La masturbación es igualmente una alternativa segura a los comportamientos que conllevan un riesgo de infección de transmisión sexual, incluido el VIH. Los beneficios de la masturbación se demuestran por su amplia aceptación en las terapias sexuales como herramienta para mejorar la salud sexual del individuo y de la pareja (Heiman y LoPiccolo, 1988; Leiblum y Rosen, 1989; Zilbergeld, 1992).

El abordaje de la masturbación dentro de los programas de promoción de la salud sexual puede ser polémico; sin embargo, la evidencia disponible indica que la inclusión de la masturbación como un tema dentro de la promoción integral de la salud sexual es importante y necesaria. Se requiere más investigación, incluida la elaboración de teorías y de pruebas de hipótesis, sobre la repercusión de la masturbación en la satisfacción de la autoestima, de la imagen corporal, del funcionamiento y de la satisfacción sexual, así como de la incorporación real de la educación acerca de la masturbación dentro de los programas de promoción de la salud sexual.

Cabe señalar que están surgiendo perspectivas positivas y progresistas con respecto al placer y la sexualidad de ciertos grupos de diversas religiones. No obstante, también debe reconocerse que, en muchas partes del mundo y para muchas instituciones religiosas, el legado de una interpretación en gran parte negativa del placer sexual, en particular si se experimenta en un contexto contrario a las normas religiosas específicas de conducta sexual, está todavía muy presente hoy en día y sigue obstaculizando el reconocimiento del placer en los esfuerzos de promoción de salud sexual. Con respecto a las iniciativas internacionales para promover la salud sexual, la alianza de los Estados Unidos, el Vaticano y de Estados católicos y musulmanes conservadores para oponerse al reconocimiento de ciertos derechos sexuales, incluidos los relacionados con el placer, ponen de manifiesto la constante influencia de las fuerzas religiosas conservadoras en el diseño de las políticas relacionadas con la salud sexual (Ilkkaracan, 2005).

Desde la segunda mitad del siglo 19, la medicina y la farmacéutica, principalmente las del mundo occidental, han ejercido una gran influencia en la sexualidad. Y vemos aquí, una vez más, como se ha considerado el placer sexual como una patología. Tal y como lo sugieren Hart y Wellings (2002) "La vieja tradición de representar a la enfermedad como un castigo por algún pecado cometido se perpetuó cuando el comportamiento sexual se convirtió en una cuestión de medicina y fue transformado en enfermedad" (p. 896). Por ejemplo, la masturbación, el deseo homosexual o un interés sexual evidente han sido vistos por la medicina, hasta fechas muy recientes, como sintomáticos de una enfermedad psiquiátrica y de perversión y con mayor fuerza si son expresados por mujeres.

A pesar de que la medicina contemporánea y algunas instituciones religiosas han avanzado al reconocer los aspectos positivos y beneficiosos de la expresión sexual, aún persisten muchos residuos que tienden a considerar negativamente la expresión sexual. El discurso público de hoy sobre la sexualidad hace referencia casi exclusivamente a los riesgos y peligros: "abuso, adicción, disfunción, infección, pedofilia, embarazo de adolescentes y lucha de minorías sexuales por sus derechos civiles" (Federación de Planificación Familiar de América [PPFA], 2003. p. 1).

Aunque, en la mayoría de las culturas, el deseo sexual y el placer reciben un amplio apoyo dentro del contexto de una relación, el deseo sexual y el placer cada vez se consideran más como aspectos intrínsecamente positivos y como recompensas de la experiencia humana. Mientras la preocupación por el placer es a veces considerada como una preocupación decadente de la cultura occidental laica, es importante observar que muchas otras culturas poseen fuertes tradiciones que afirman el placer sexual. En la cultura brasileña, por ejemplo, el concepto de *tudo* o "Todo" se refiere al mundo de las experiencias eróticas y de los placeres (de Freitas, de Oliveira y Rega, 2004). En efecto, un discurso contemporáneo del placer puede encontrarse en muchas culturas no occidentales. En Turquía, por ejemplo, un país que no es reconocido por su afirmación del placer sexual de las mujeres, se ejecutó un programa local que pone de relieve el placer sexual como un derecho humano de las mujeres (Ilkkaracan y Seral, 2000). Algunas organizaciones, como el Centro de Recursos

sobre Sexualidad del Sur y del Sudeste de Asia (Patel, en línea) han planteando el tema del placer dentro del contexto de la salud sexual. Hatfield y Rapson (1993), en su estudio de las perspectivas históricas y transculturales sobre el amor apasionado y el deseo sexual, llegan a la conclusión de que la marea de la historia conduce "hacia... una aceptación cada vez mayor del amor apasionado y del deseo sexual como sentimientos legítimos y expresables" (p. 91).

El placer sexual es necesario y contribuye al bienestar, a la felicidad y a la salud

El amor romántico es una característica primordial de las relaciones de pareja y se expresa a través de la pasión y de la sexualidad entre los miembros de la pareja (Esch y Stefano, 2005). A pesar de que las diferencias sociales, políticas y económicas en función de la época y del lugar puedan repercutir considerablemente en las actitudes y en el comportamiento sexual, la investigación transcultural ha encontrado que, en todas las sociedades, las personas asignan un gran valor a estar con una pareja con quien hay una situación de "atracción-amor" mutua (Buss et al., 1990). El deseo sexual y el placer están interrelacionados y constituyen un aspecto fundamental de la atracción mutua de la pareja. Se ha demostrado que la participación mutua en el placer sexual aumenta el vínculo dentro de las relaciones (Weeks, 2002). Y según lo escribe Tepper (2000) en relación a los derechos no atendidos para gozar de la sexualidad de las personas con discapacidades: "El placer es una afirmación de la vida… y puede agregarle un sentido de conexión con el mundo o entre ellos mismos. Puede curar un sentimiento de aislamiento emocional que muchos de nosotros pudiera sentir aunque estemos socialmente integrados" (p. 288). En resumen, el disfrute del placer sexual desempeña un papel importante al contribuir al establecimiento, al mantenimiento y a la estabilidad de las relaciones de pareja y deja claro que la calidad de las relaciones de pareja es fundamental para la salud y el bienestar de los individuos y de las familias. Aunque muchas personas, si no todas, puedan considerar el placer sexual como un fin en si mismo, el placer sexual se entremezcla con sentimientos de intimidad y de afecto con la pareja. El deseo sexual y el placer no solo facilitan la reproducción, sino que además funcionan como un mecanismo de vínculo social entre la pareja que es una estructura primordial de parentesco en todas las culturas del mundo (Fisher, 2002).

A un nivel más básico, el placer sexual está arraigado como una de las funciones más básicas del ser humano, tal y como lo ha reconocido la psicología evolutiva.

> En el contexto del comportamiento adaptativo y de su necesidad de evolución, parecería que el placer generado por el estímulo sexual, el orgasmo o el acto sexual propiamente dicho sería el producto de la selección evolutiva. En consecuencia, el placer puede ser visto como un mecanismo adaptativo importante y eficaz, cuya función es la de garantizar la procreación y la supervivencia de la especie (Esch y Stefano, 2005, p. 182).

En la medida en que una sociedad esté preocupada por el bienestar y la estabilidad de las familias, en general, y por el de las parejas, en particular, las instancias normativas tienen interés en reconocer la importancia del placer sexual y en aplicar los programas de promoción de salud sexual que aborden el placer sexual como fundamental para los individuos y para la salud y el bienestar de la pareja.

El documento reciente *The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* que examinó diversos aspectos de la salud sexual en una muestra de 27.500 hombres y mujeres de 40 a 80 años de edad, en 29 países de todo el mundo y en distintas culturas aporta datos fidedignos y fehacientes sobre la importancia del placer y de la satisfacción sexual para la felicidad y el bienestar de los individuos y de las parejas (Laumann et al., 2006: Nicolosi et al., 2004). La encuesta preguntaba a los participantes, entre otras cosas, cuán placenteras, desde el punto de vista físico, eran sus relaciones de pareja y cuán importante era el sexo en la consecución de su felicidad en general. Más de tres cuartas partes de los hombres (82%) y de las mujeres (76%) estuvieron de acuerdo en contestar que la satisfacción sexual era esencial para mantener una relación. Los autores han deducido a partir de sus resultados que, a pesar de sustanciales diferencias culturales en las normas y los valores sexuales, el bienestar sexual subjetivo está asociado, tanto para los hombres como para las mujeres, con la felicidad en general.

Un informe publicado por la Federación de Planificación Familiar de América (PPFA, 2003) en cooperación con la Sociedad para el Estudio Científico de la Sexualidad expone ampliamente las pruebas científicas que demuestran los beneficios para la salud de la expresión sexual. Analizados conjuntamente, los estudios citados demuestran que la actividad sexual y la masturbación pueden asociarse a una mayor longevidad, una mejor inmunidad, un mejor manejo del dolor, un aumento de la autoestima y una reducción del estrés.

En resumen, el placer sexual ayuda a construir la estructura fundamental de parentesco de la relación de pareja, contribuye a la felicidad general en la vida, tanto de los hombres como de las mujeres (unidos o no en una relación de pareja) y está asociado con diversos aspectos de la buena salud. Visto así, el placer sexual no es frívolo ni innecesario: es esencial.

La lucha actual para incorporar los derechos sexuales positivos en los programas de promoción de salud sexual

Se ha expuesto en otro lugar de este documento con relación a la salud reproductiva que la 4.ª Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas (UN, 1995) fue, en algunos sentidos, un gran logro, ya que el párrafo 96 del documento definía a la salud reproductiva de una manera positiva, reconociendo que la salud sexual influye en "el perfeccionamiento de la vida y de las relaciones personales" y que "las personas deben tener una vida sexual satisfactoria

y sin riesgos". Esto puede percibirse como afirmaciones positivas del placer. Según Parker et al., (2004) debe hacerse una distinción clave al elaborar el concepto de los derechos sexuales con el fin de guiar la promoción sexual, se trata de la distinción entre derechos *negativos* (como por ejemplo, *librarse* de la violencia sexual y del abuso) y derechos sexuales *positivos*. "Conceptualmente, los derechos sexuales positivos se han descrito como las condiciones propicias necesarias para la expresión de la diversidad, la salud y el placer sexuales" (Parker et al., p. 374). No obstante, queda claro que los derechos sexuales positivos, incluidos los enfoques que integran el placer a la salud sexual y reproductiva, en particular los que se relacionan con políticas de salud pública, siguen y seguirán encontrando cierta resistencia. Con respecto a la CIPD, Correa (2002) ha observado lo siguiente:

> ...exigir el respeto de los derechos sexuales como una protección contra el embarazo, la violación, las enfermedades y la violencia, es un asunto distinto al de afirmar estos derechos con relación al erotismo, la recreación y el placer. Esta segunda interpretación estuvo en las mentes de muchos de los que lucharon por el párrafo 96. Pero, aún existen obstáculos políticos y conceptuales que dificultan el cambio del postulado sobre los derechos sexuales hacia esta interpretación de "concepto positivo". En el área política, los ataques constantes de las fuerzas conservadoras contra los temas relacionados con la sexualidad los hacen retroceder constantemente para quedar bajo el amparo de agendas reproductivas, de salud y de lucha contra la violencia que son más aceptables. Por otro lado, dentro del campo de la salud, el predominio de los marcos biomédicos presiona constantemente a los "temas sexuales" para que permanezcan limitados a ciertas especialidades (en particular, la epidemiología y marcos conductistas) (p. 5).

Si bien la CIPD representó un paso adelante, el progreso hacia la aplicación de programas de promoción de la salud sexual que incorporan una concepción positiva de los derechos sexuales y que incluyen un "postulado del placer" (Tepper, 2000) exigirá de las organizaciones internacionales y de los organismos de salud pública, de los gobiernos y demás instituciones públicas que amplíen aun más sus conceptualizaciones de la salud sexual, más allá de las nociones tradicionales de prevención de la morbilidad y de la mortalidad . Estas instituciones deben reconocer explícitamente, tanto en la teoría como en la práctica, la importancia de los derechos sexuales positivos al placer y la expresión sexuales, al mismo tiempo que hacen hincapié en el derecho a librarse de las enfermedades, de la disfunción y del abuso.

El documento de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2000) titulado Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción suministra un ejemplo de una visión de conjunto de la salud sexual en la que se reconocen los derechos sexuales positivos y se abordan las inquietudes de salud sexual relacionadas con el erotismo y que, según la OPS "...exigen acciones de los organismos gubernamentales y no gubernamentales y otras instituciones incluido el sector de la salud" (p. 17). Según la OPS, estas inquietudes son:

- Falta o insuficiencia de conocimientos sobre el cuerpo humano, particularmente en cuanto a respuesta y placer sexuales
- Necesidad de reconocimiento del valor del placer sexual disfrutado a lo largo de vida, de manera segura y responsable dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás
- Necesidad de promover las relaciones sexuales seguras y responsables
- Necesidad de fomentar la práctica y el disfrute de relaciones sexuales consensuales, libres de explotación, sinceras y mutuamente placenteras (p. 17).

La necesidad de un postulado sobre el deseo y el placer en los programas de educación de salud sexual para jóvenes y personas con discapacidades

En algunas partes del mundo, la aceptación gradual de los derechos que tienen los jóvenes y las personas con discapacidades a recibir educación sobre la salud sexual ha conducido a la puesta en práctica de programas para estos públicos. Si bien algunos programas han tenido cierto éxito al alcanzar las metas conductuales relacionadas con los resultados negativos como las ITS y la infección por el VIH entre los jóvenes (por ejemplo, ver Kirby, 2005), queda claro que la importancia asignada a la prevención de los problemas, además de un silencio casi total acerca del deseo y el placer distorsionan la realidad de la sexualidad humana y pueden generar programas para los jóvenes y los discapacitados que no son pertinentes para sus necesidades (Fine y McClelland, 2006; Nyanzi, el 2004; Tepper, 2000). La educación sobre salud sexual para jóvenes con discapacidades físicas o del desarrollo pudiera ayudarles a disfrutar plenamente de su sexualidad, pero pocas son las personas con discapacidades que tienen acceso a dichos programas (Di Giulio, 2003; Murphy y Young, 2005). En casi todo el mundo, los programas de educación en salud sexual para jóvenes están centrados principalmente en los aspectos negativos de la sexualidad humana y pasan por alto el placer y la sexualidad dentro de las relaciones. De su investigación etnográfica sobre la sexualidad, en África, tanto Oriental como Occidental, Nyanzi (2004) concluyó que los programas de educación sexual para jóvenes que recalcan los riesgos y las "consecuencias desastrosas" con una "denegación concomitante del placer" tienen el efecto de "relegar al adolescente en vez de captar su atención" (p.13). Los adolescentes, al igual que los adultos, están motivados por la búsqueda de intimidad y el placer sexual en sus relaciones (Ott, Millstein, Ofner y Halpern-Felsher, 2006). En los programas de promoción de salud sexual para jóvenes y personas con discapacidades hay que hacer mucho más hincapié en los derechos sexuales positivos y se deben incorporar las necesidades humanas básicas relacionadas con el placer sexual y la realización personal.

Conclusiones

Desde el punto de vista de la promoción de la salud sexual integral y eficaz, el placer sexual no es frívolo y no es destructor como se ha querido y aún se sigue representando. En este capítulo se ha demostrado que el placer sexual contribuye a la felicidad y al bienestar de las personas y que es una parte normal del desarrollo humano y del desarrollo de la identidad positiva. Es igualmente un poderoso creador de vínculos íntimos entre las parejas. Para el desarrollo humano completo debe reconocerse la experiencia y la realización del placer sexual por lo que realmente es; una necesidad humana básica a la par de otros requisitos básicos necesarios para una vida sana y productiva. Esta realidad debe reflejarse en las políticas y en los programas de promoción de salud sexual destinados a contribuir al desarrollo de una comunidad sana.

Acciones necesarias

8.1 La comunidad internacional cada vez está reconociendo y respaldando más el concepto de los derechos sexuales. Sin embargo, hasta la fecha, el consenso comunitario, nacional e internacional se ha centrado predominantemente en los derechos sexuales negativos (por ejemplo, ausencia de ITS y de infección por el VIH, violencia sexual y abuso), y con frecuencia se excluyen los derechos sexuales positivos (por ejemplo, el derecho al placer y la satisfacción sexual). Para reflejar mejor la realidad humana y satisfacer las necesidades de las personas y las parejas, los acuerdos internacionales y los documentos de establecimiento de prioridades deben enunciar con claridad los objetivos en cuanto a ambos tipos de derechos sexuales, ya sean positivos o negativos.

8.2 Los programas de promoción de la salud sexual para todos los grupos, incluidos los jóvenes y las personas con discapacidades, deben abarcar la realidad de que el placer y la intimidad sexuales son factores motivadores fuertes para el comportamiento sexual y que el placer sexual contribuye a la felicidad y al bienestar.

8.3 A menudo se ha condicionado a los educadores y los proveedores de salud, a través de su capacitación, para que conceptualicen a la salud sexual en cuanto a los derechos sexuales negativos. La capacitación previa al servicio y en el servicio para los educadores de salud sexual y los proveedores de atención de la salud debe hacer hincapié en particular en la promoción de los derechos sexuales positivos para las personas de todas las edades, a fin de contrarrestar la importancia excesiva que suele asignarse a los derechos sexuales negativos.

Referencias

Atwood, J. D. & Gagnon, J. (1992). Mastubatory behavior in college youth. Journal of Sex Education and Therapy, 13, 35-42.

Bancroft, J., Herbenick, D., and Reynolds, M. (2002). Masturbation as a marker of sexual development. In Bancroft, J. (Ed.), Sexual development. Bloomington, IN: Indiana University Press.

Bullough, V.L. (1980). Sexual Variance in Society and History. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Buss, D.M., Abott, M., Angleitner, A. et al. (1990). International preferences in selecting mates. Journal of Cross-Cultural Psychology, 21, 5-47.

Coleman, E. (2002). Masturbation as a means of achieving sexual health. In W.O. Bockting and E. Coleman (Eds.) Masturbation as a Means of Achieving Sexual Health. Nueva York: Haworth, pp. 5-24.

Coleman, E. (2007). Sexual Health: Definitions and Construct Development. In Tepper, M. & Owens, A. F. (Eds.) Sexual Health; Volume 1: Psychological Foundations; Westport, Connecticut: Praeger Publishers.

Correa, S. (2002). Sexual rights: much has been said, much remains to be resolved. Presented as a lecture in the Sexuality, Health and Gender Seminar, Department of Social Sciences, Public Health School, Columbia University, Octubre de 2002. Disponible en www.eldis.org

De Freitas, S.L., de Oliveira, E.F., & Rega, L.S. (2004). Brazil. In R.T. Francoer & Noonan, R.J. (eds). The Continuum Complete International Encyclopedia of Sexuality: Updated With More Countries. Nueva York, NY: Continuum. (pp. 98-113).

Di Giulio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: a review of key issues. The Canadian Journal of Human Sexuality, 12, 53-67.

Esch, T. & Stefano, G.B. (2005). The neurobiology of love. Neuroendocrinology Letters, 26, 175-192.

Fine, M., & McClelland, S.I. (2006). Sexuality education and desire: still missing after all these years. Harvard Educational Review, 76, 297-338.

Fisher, H.E., Aron., A., Mashek, D., Li, H. & Brown, L.L. (2002). Defining the brain systems of lust, romantic attraction, and attachment. Archives of Sexual Behavior, 31, 413-419.

Hart, G. & Wellings, K. (2002). Sexual behaviour and its medicalisation: in sickness and in health. British Medical Journal, 324, 896-900.

Hatfield, E., & Rapson, R.L. (1993). Historical and cross-cultural perspectives on passionate love and sexual desire. Annual Review of Sex Research, 4, 67-97.

Hawkes G, (2004) Sex and pleasure in Western Culture. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

Heiman, J., & LoPiccolo, J. (1988). Becoming Orgasmic: A Sexual and Personal Growth Program for Women. Englewood Cliff, NJ: Prentice Hall.

Ilkkaracan, P. (2005). Sexuality as a contested domain in Muslim societies. Sexuality in Africa Magazine, 2 (2), 3-5.

Ilkkaracan, P., & Seral, G. (2000). Sexual Pleasure as a Woman's Human Right: Experiences from a Grassroots Training Program in Turkey. Estambul, Turquía: Women for Women's Human Rights.

Kirby, D. (2005). Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing Countries. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Langfeldt, T. (1981). Childhood masturbation. In. L. L. Constantine & F. M. Martinson (Eds.), Children and Sex (pp. 63-74). Boston: Little Brown.

Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T. & Michaels, S. (1994). The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press.

Laumann, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., et al. (2006). A cross-national study of subjective sexual well-being among older women and men: findings from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Archives of Sexual Behavior, 35, 145-161.

Leiblum, S. & Backmann, G. (1988). The sexuality of the climacteric woman. In B. Eskin (Ed.). The Menopause: Comprehensive Management. Nueva York: Yearbook Medical Publications.

Leiblum, S. & Rosen, R. C. (1989). Principles and practices of sex therapy (segunda edición) Nueva York: Guilford.

Murphy, N. & Young, P.C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. Developmental Medicine & Child Neurology, 47, 640-644.

Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B. et al. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. Urology, 64, 991-997.

Nyanzi, S. (2004). Porno, peers and pleasure: pertinent sources of sexuality education for adolescents in Sub-Saharan Africa. Sexuality in Africa Magazine, 1(2), 13-14.

Ott, M.A., Millstein, S.G., Ofner, S. & Halpern-Felsher, B.L. (2006). Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38, 84-89.

Pagels, E. (1988). Adam, Eve, and the Serpent. Nueva York, NY: Vintage Books.

PAHO. (2000). Promotion of Sexual Health: Recommendations for Action. Washington,

DC: Organización Panamericana de la Salud.

Parker, R., Dimauro, D., Filiano, B. et al. (2004). Global transformations and intimate relations in the 21st century: social science research on sexuality and the emergence of sexual health and sexual rights frameworks. Annual Review of Sex Research, 15, 362-398.

Patel, N. (Ed.). E-discussion Forum: "Sexual Pleasure, Sexuality, and Rights". The South and Southeast Asia Resource Centre on Sexuality. www.asiasrc.org

PPFA. (2003). The Health Benefits of Sexual Expression. A White paper published by the Katherine Dexter McCormick Library in cooperation with the Society for the Scientific Study of Sexuality. New York, NY: Planned Parenthood Federation of America.

Tepper, M. (2000). Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure. Sexuality and Disability, 18, 283-290.

Weeks, D.J. (2002). Sex for the mature adult: health, self-esteem and countering ageist stereotypes. Sexual and Relationship Therapy, 17, 231-240.

World Health Organization (1975). Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals. Technical Report Series Nr. 572. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

World Health Organization (2002). Gender and Reproductive Rights, Glossary, Sexual

Health, http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html, bajado el 24 de marzo del 2006.

WHO. (2006). Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28 al 31 de enero del 2002, Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Bajado el 28 de marzo del 2007 del sitio http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/index.html

Zilbergeld, B. (1992). The new male sexuality. Nueva York: Bantam Books.

Descripción de la Asociación Mundial para la Salud Sexual

Apéndice

I

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) es una organización internacional fundada en Roma en 1978 bajo el nombre de Asociación Mundial de Sexología (WAS). Desde el 2005, cuando se cambió el nombre oficialmente, se conoce como Asociación Mundial para la Salud Sexual.

Los miembros de la WAS son organizaciones internacionales, sociedades nacionales e institutos y miembros benefactores individuales. La WAS actualmente tiene 124 organizaciones afiliadas y numerosos miembros individuales, que representan a más de 53 países en 5 continentes. Hay cinco Federaciones que agrupan a los miembros en cada una de las regiones principales del mundo: América del Norte, América del Sur, Europa, Asia-Oceanía y África. La WAS agrupa a personas y organizaciones con la finalidad de intercambiar información científica, formar redes y promover el intercambio internacional e intercultural.

Misión:
La Asociación Mundial para la Salud Sexual promueve la salud sexual a lo largo de toda la vida y a través del mundo, mediante el desarrollo, la promoción y el apoyo de la sexología y los derechos sexuales para todos.

La WAS ha logrado todo esto mediante iniciativas de promoción y defensa y formación de redes; facilitando el intercambio de información, ideas y experiencias y mejorando la investigación sobre sexualidad, educación sexual y sexología clínica fundamentada en la ciencia, con un método multidisciplinario.

La finalidad de la WAS es impulsar la cooperación internacional en la esfera de la sexología y coordinar las actividades destinadas a aumentar la investigación y los conocimientos sobre sexología, en especial la educación sobre sexualidad, salud sexual y alivio del sufrimiento relacionado con la sexualidad.

Actividades

La WAS cree en la importancia, tanto de la producción de investigación de calidad y su aplicación, como de la comunicación de los conocimientos sobre sexualidad. Las actividades de la WAS comprenden:

- Auspicio de congresos mundiales de salud sexual
- Auspicio de reuniones regionales o interregionales
- Intercambio de información internacional
- Relaciones de trabajo con la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Sociedad Internacional de Medicina Sexual, la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de las Mujeres y otras organizaciones internacionales
- Reconocimiento de las contribuciones destacadas en la esfera de la sexología.

Congresos mundiales de salud sexual

A partir de Roma en 1978 hasta Sydney en el 2007, la WAS ha auspiciado con éxito 18 congresos internacionales, que han atraído a miles de participantes de todo el mundo. El 19.o Congreso Mundial se celebrará en Gotemburgo, Suecia en el 2009.

Formación de redes

Además de sus miembros de todo el mundo, la WAS ha forjado vínculos formales con cinco organizaciones regionales prominentes de sexología:

- AOFS (Federación Asia-Oceanía de Sexología)
- EFS (Federación Europea de Sexología)
- FLASSES (Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual)
- AFSHR (Federación Africana para la Salud y los Derechos Sexuales)
- NAFSO (Federación Norteamericana de Organizaciones de Sexología)

Intercambio Cultural y Promoción de la Salud Sexual

Para el logro de sus metas de promoción de la salud sexual a nivel mundial y de aumento del intercambio cultural e internacional, la WAS está:

- colaborando con la creación de bibliotecas regionales, especialmente en las zonas menos desarrolladas del mundo
- participando en las iniciativas de prevención de la infección por el VIH en todo el mundo

Declaraciones de posición de la WAS

En agosto de 1999, la WAS aprobó una "Declaración Universal de los Derechos Sexuales"
La WAS también ha emitido varias declaraciones de posición que condenan:

- la circuncisión genital de las mujeres
- la tortura sexual en las prisiones
- los ataques motivados por el género o la orientación sexual
- la discriminación basada en el género o la orientación sexual

Autoridades actuales

Presidente:	Eusebio Rubio-Aurioles (México)
Vicepresidente:	Rosemary Coates (Australia)
Secretario general:	Beverly Whipple (EE.UU)
Ex presidente:	Marc Ganem (Francia)
Secretarios Asociados:	Uwenedimo Esiet (Nigeria)
	Emil Ng (China)
	Antonio Palha (Portugal)
	Mónica Rodríguez (EE.UU.)
Presidentes de federaciones regionales	Antonio Pahla (EFS)
	Verapol Chandeying (AOFS)
	Rubén Hernández (FLASSES)
	Joseph DiNorcia (NAFSO)
	Uwemedimo Esiet (AFSHR)
Comité Asesor	Kevan Wylie (Reino Unido)
	Pierre Assalian (Canadá)
	Walter Bockting (EE.UU.)
	Jaqueline Brendler (Brasil)
	Francisco Cabello (España)
	Mariela Castro Espín (Cuba)
	Prakash Khotari (India)
	Reiko Ohkawa (Japón)
	Oswaldo Rodrigues (Brasil)
	Lillemor Rosenqvist (Suecia)
	Chiara Simonelli (Italia)
Ex presidentes:	Romano Forleo (Italia)
	Fernando Bianco (Venezuela)
	Alan Wabrek (EE.UU.)
	Rubén Hernández Serrano (Venezuela)
	Eli Coleman (EE.UU.)
Miembros ex officio:	Juan Jose Borrás (Comité de Derechos Sexuales)
	Esther Corona (Comité de Relaciones Internacionales)
	Margaret Redelman (18.o Congreso Mundial)
	Lars-Gosta Dahlof (19.o Congreso Mundial)

Para comunicarse con la WAS: **http://www.worldsexualhealth.org**

Membros de la WAS

Federaciones regionales WAS

Federación Africana para la Salud y los Derechos Sexuales
Federación Asia-Oceanía de Sexología
Federación Europea de Sexología
Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual
Federación Norteamericana de Organizaciones de Sexología

Organizaciones Internacionales

International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH)
World Professional Association for Transgender Health (WPATH)

Sociedades Nacionales

Argentina	Asociación Argentina de Sexología y Educación Sexual (AASES) Consexuar, Capitulo de Sexología de La Asociación de Psiquiatras Argentinos APSA Federación Sexológica Argentina (FESEA) Sociedad Argentina de Sexualidad Humana
Australia	Australian Society of Sex Educators, Researchers and Therapists, The (ASSERT)
Austria	Austrian Society for Sex Research Sexualwissenschaftliche Gesellschaft Ostorreichs (SGO)Austrian Society for Sexology
Brasil	Associacao Brasileira de Terapia Sexual Sociedad Brasileira de Estudos em Sexualidade Humans Sociedade Brasileira De Sexologia
Canada	Association des Sexologues du Quebec Sex Information and Education Council of Canada
Chile	Sociedad Chilena de Sexología y Educación Sexual Sociedad Chilena para el Estudio de la Impotencia
China	Hong Kong Association of Sexuality Educators, Researchers & Therapists Hong Kong Sex Education Association Taiwan Association of Sexuality Education
Costa Rica	Costa Rican Association of Sexologists and Related Professionals
Cuba	Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad
República Checa	Ceska Lekarska Spolecnost

Dinamarca	Dansk Forening for Klinisk Sexologi
Ecuador	Sociedad Ecuatoriana de Sexologia y Educacion Sexual (Sesex)
Egipto	Egyptian Association of Marital and Sexual Health
Estonia	Estonian Academic Society for Sexology
Finlandia	Finnish Association for Sexology,(Soumen Seksologinem Seura) Sexpo Finnish Foundation for Sex Education and Therapy
Francia	Association Interhospitalo Universitaire de Sexologie (AIHUS) Societe Francaise de Sexologie Clinique
Alemania	Deustche Gesellschaft fur Sozialwissenschaftliche Sexualforschung e V Deutsche Gesellschaft fur Geschlechtserziehung e V. DGG e.V. Bonn
Grecia	Greek Society of Sexology
India	Indian Association of Sex Education, Counselling and Therapy (IASECT)
Israel	Israel Society for Sex Therapy
Italia	Federazione Italiana di Sessuologia Scientifica Societa Italiana di Sessuologia Societa Italiana Di Sessuologia Scientifica Societa Italiana per le Ricerca e la Formazione in Sessuologia
Japón	Japan Family Planning Association, Inc Japan Society for Adolescentology Japanese Association for Sex Education Japanese Society for Impotence Research Japanese Society of Sexual Science
Corea	Korean Society of Sexology
México	Asociación Mexicana de Sexología AC Federacion Mexicana de Educacion Sexual y Sexologia AC (FEMESS) Sociedad Mexicana de Andrología Medicina Sexual y para Estudio del Hombre Añoso
Paises Bajos	Nederlandse Vereniging Voor Seusuologie
Noruega	Norwegian Society for Clinical Sexology
Polonia	Polish Sexological Society
Portugal	Sociedade Portuguesa de Sexologia Clinica
Puerto Rico	Sociedad Sexológica y de Educación Sexual de Puerto Rico
Singapore	Society for the Study of Andrology & Sexology
Sudáfrica	The South African Sexual Health Association

España	Asociación Española de Especialistas en Sexología Asociación Española de Sexología Clínica Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología Asociación pro Derechos Sexuales Federación Española de Sociedades de Sexología Sociedad Medica Española de Sexología Societat Catalana de Sexología
Suecia	Swedish Association for Sexology
Suiza	Association des Sexologues Cliniciens Francophones (ASCLIF)
Tailandia	Association for the Promotion of Women Status
Turquía	Society for Sexual Education, Treatment and Research (CETAD)
Reino Unido	British Association for Sexual and Relationship Therapy
Uruguay	Sociedad Uruguaya de Sexología
EUA	American Association of Sexuality Educators Counselors and Therapists National Coalition for Sexual Freedom INC Sexual Health Network Sexuality Information & Education Council of the US Society For Sex Therapy and Research (SSTAR) Society for the Advancement of Sexual Health Society for the Scientific Study of Sexuality (SSSS)
Venezuela	Sociedad Venezolana de Psicologia Sexologica Sociedad Venezolana de Sexologia Medica

Professional Institutes

Argentina	Circulo Argentino de Sexología Instituto de Sexología del Desarrollo
Brasil	Centro De Sexologia de Brasilia CEPCos - Center for Studies and Research on Human Behavior and Sexuality Instituto Paulista de Sexualidade Mestrado em Sexologia Universidade Gama Filho Sathya Institute Cultural
Canada	Canadian Sex Research Forum Centre for Sexuality, Gender Identity and Reroductive Health of the Vancouver Hospital Department de Sexologie de L'Universitite du Quebec a Montreal
Colombia	CRESALC – Colombia Central Médica de Sexología-C.M.S.
Costa Rica	Instituto Costarricense de Sexologia (ICOSEX)
Croacia	Komaja - Society for the Developmentof Love and Consciousness
Cuba	Centro Nacional de Educación Sexual
Alemania	Komaja Society for the Culture of Love

Francia	Académie de Sciences Sexologiques Arab Insitute for Sexology and Somato Therapy Ecole Française de Sexologie Institute de Sexologie
Israel	Association of Rabbinical Marriage and Family Counselors
Italia	Centro Interdisciplinare per la Ricerca e la formazione in Sessuologia Centro Italiano Di Sessuologia Istituto Corpo I Mente Istituto di Sessuologia Clinica Istituto Internationale di Sessuologia Istituto Per La Ricerca in Sessuologia Clinica
Corea	Severance Institute of Andrology
México	Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES) Asociación Mexicana para la Salud Sexual AC (AMSSAC) Centro de Educación y Atención en La Salud y la Sexualidad A.C. El Armario Abierto Pro Salud Sexual y Reproductiva AC
Macedonia	Komaja - Society for the Development of the Art of Living
Nigeria	Action Health Incorporated
Paraguay	Centro Privado de Sexología Clínica y Manejo del Stress
Panama	Instituto de Orientación Familiar y Sexual (INOFYS)
España	Cepteco Instituto de Psicología, Sexología y Medicina Espill Instituto de Terapia de Reencuentro
Suiza	Institut Sexocorporel International – Jean-Yves Desjardins (ISI) Komaja Foundation
Tailandia	Consortium of Thai Training Institutes of STDs and AIDS
Reino Unido	The Sheffield Society for the Study of Sexuality and Relationships
EUA	Health Horizons Associates Institute for Advanced Study of Human Sexuality, The Lifetime Productions International Program in Human Sexuality. University of Minnesota The Women's Sexual Health Foundation Center for Education of The Widener University
Venezuela	Unidad de Terapia y Educación Sexual

Miembros Individuales Adherentes

Australia	Kelwyn Craig Browne Cheryl Matthews Gareth J Merriman Gemma M. O'Brien Catherine Helen Thorne
Austria	Helmut Graupner Franz Michael Reistenhofer Karl F Stiefer .
Bangladesh	Colonel Azim
Canada	Lidia Calb Maryanne Doherty Stacy Elliott Kanwal Kukreja Sylviane Larose R. Oliver Robinow
Chile	Eduardo Ulises Pino Aravena Pedro Edgardo Rivera Garay Elena Sepúlveda Parada
Colombia	Lucia Nader M Leonardo Romero Salazar
Ecuador	Consuelo Camacho Murillo Carlos Rodolfo Rodriguez Carrión Germanico Zambrano Torres
Francia	Alain Jules Giami
India	Arun Gupta Naresh Mittra Padmini Prasad K. Promodu Sathyanarayana Rao Girish J. Sanghavi Ambrish Singal
Indonesia	Andik Wijaya
Italia	Claudio Cappotto Rosaria Damiani Bruno Carmine Gargiollo Mariateresa Molo Domenico Trotta
Japón	Ryukichi Kato Isaka Masanori
Corea	Cheng Kim Won-whe Kim Min Whan Koh
Malasia	Chua Chee Ann
México	Eduardo Alonso Aguirre Sandoval Jose Manuel Gaytan Galindo Gema Ortiz Martínez
Sultanato de Omán	Abdullah Hamood Issa Al-Taie
Países bajos	Luca Incrocci
Irlanda del Norte	Richard John Marcus Ekins
Noruega	Kristina Hernborg Thore Langfeldt
Pakistán	Muhammad Haris Burki Qaiser Javied
Perú	Tomas Alejandro Angulo Mendoza Mercedes Tong de Tang
Portugal	Bruno Jose de Oliveria Carrraca Ana Garrett
Puerto Rico	Sylvia Cabrera-Otero Edward Fankhanel Alejandro López Deynes Carmen Valcarcel-Mercado
Rusia	Oleg Konstantinovich Yatsenko Yuri Zarkov
España	Josep Ma Farreny Tarrago Sauro Yague
Suecia	Johannes Bitzer Dominique Chatton
Tailandia	Verapol Chandeyng
Reino Unido	James Barret Sara Nasserzadeh Tadhg O'Seaghdha Julie Shankly Sauren Solanki
Uruguay	Carlos Moreira
EUA	Raquel Blanco Camacho Michael L Brownstein Bill Cohen Berta Davis Mingyu Deng Mary A. Gutierrez Andrea Irvin Judy Kuriansky Mark Kim Malan Melinda Masters Anagloria Mora Deborah Rogow B. R. Simon Rosser Glen L. Stimmel Titus Varghese Winston Wilde
Venezuela	Ana Cecilia de Blejman

Declaración de Derechos Sexuales de la WAS

Apéndice II

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual.
La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción , explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

2. El derecho a la autonomía , integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. El derecho a la privacidad sexual.
Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. El derecho a la equidad sexual.
Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. El derecho al placer sexual.
El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. El derecho a la expresión sexual emocional.
La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. El derecho a la libre asociación sexual.
Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual integral.
Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho al atención de la salud sexual.
La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

LOS DERECHOS SEXUALES SON DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES Y UNIVERSALES.

Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

Organización Mundial de la Salud (OMS) Definiciones de trabajo de sexo, sexualidad, salud sexual y derechos sexuales*

Apéndice III

Sexo

El sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hembra o macho. Estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes ya que hay personas que poseen ambas, pero estas características tienden a diferenciar a los seres humanos como machos y hembras. . En muchos idiomas, en el lenguaje común, suele utilizarse el término sexo para significar "actividad sexual"; sin embargo, para fines técnicos en el contexto de las discusiones sobre sexualidad y salud sexual, se prefiere la definición anterior.

Sexualidad

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.

Salud sexual

La salud sexual es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas.

Derechos sexuales

Los derechos sexuales abarcan los derechos humanos que ya se reconocen en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otras declaraciones de consenso. Comprenden el derecho de todas las personas para que, libres de coacción, discriminación y violencia, puedan:

- alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual, lo que comprende el acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva;
- buscar, recibir y divulgar información con relación a la sexualidad;
- recibir educación de la sexualidad;
- respeto de su integridad física;
- elegir su pareja;
- decidir si se quiere ser sexualmente activo o no;
- tener relaciones sexuales consensuales;
- contraer matrimonio consensual;
- decidir si la persona quiere tener hijos o no, y cuándo quiere tenerlos; y
- llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

* Estas definiciones de trabajo se elaboraron como resultado de una consulta técnica internacional convocada por la OMS sobre la salud sexual en enero del 2002, y posteriormente fueron revisadas por un grupo de expertos de diferentes partes del mundo. Se presentan aquí como una contribución a los debates en curso acerca de la salud sexual, pero no representan una posición oficial de la OMS y no deben utilizarse o citarse como definiciones de la OMS.

Referencia: WHO. Gender and Reproductive Rights.
www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

Método empleado en la elaboración de la declaración y del documento técnico Salud Sexual para el Milenio

Apéndice IV

La elaboración y finalización de la declaración y documento técnico *Salud Sexual para el Milenio* constituyó un proceso exhaustivo de consulta y examen que culminó en el documento final presentado aquí. La preparación y la publicación de Salud Sexual para el Milenio también representan una evolución natural y lógica de la labor de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS). Por ejemplo, la WAS presentó su *Declaración de los Derechos Sexuales* (véase apéndice II) en el Congreso Mundial de Sexología en Valencia, en 1997, y posteriormente el documento fue revisado y adoptado por la Asamblea General de la WAS celebrada en Hong Kong en 1999. La WAS ha contribuido activamente con varias iniciativas importantes que establecen el reconocimiento internacional de la función vital de la sexualidad y de los derechos sexuales para el bienestar de los pueblos como una extensión importante de los derechos humanos básicos, así como de las recomendaciones para la acción a fin de conseguir que estos derechos sean respetados por la gente de todo el mundo. La WAS trabajó en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para preparar el informe del 2000 *Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción* (PAHO, 2000) y ha desempeñado una función protagónica al publicar, en el 2002, las *Definiciones Prácticas de la Salud Sexual*, de la Organización Mundial de la Salud.

Con la emisión por las Naciones Unidas de la *Declaración del Milenio* y la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Comité Asesor de la WAS reconoció que la alineación de las metas amplias de salud sexual con los ODM que se dirigen el combate a la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, y la discriminación contra las mujeres, constituía el siguiente paso importante en la evolución de la salud sexual.

Antes del 17.o Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Montreal en el 2005, Pierre Assalian, presidente del Congreso, tuvo la visión de utilizar el Congreso como una oportunidad para elaborar una declaración que alineaba los objetivos de promoción de la salud sexual con los ODM. La 6.a WAS convocó una reunión en la República Dominicana en enero del 2005, en colaboración con la OPS y con contribuciones de varios líderes clave de UNICEF, FNUAP, SIECUS y otros grupos internacionales pertinentes. Se formó un grupo de estudio de la WAS para desarrollar aun más los mecanismos destinados a elaborar y aprobar la Declaración. Todos los participantes estuvieron de acuerdo con la finalidad y la importancia de formular una declaración sobre la salud sexual para el Milenio.

Para recibir aportaciones de un público lo más amplio posible, la WAS formuló un plan para crear un diálogo acerca de la elaboración de la Declaración mediante una serie de mesas redondas en el 17.o Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Montreal, en julio del 2005. En preparación para estas mesas redondas, la WAS encargó un documento de antecedentes que fue escrito por Françoise Girard (2005) para orientar a los participantes en los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* acerca de cómo podría integrarse la promoción de la salud sexual. Con insumos de los participantes en las mesas redondas, la WAS emitió la *Declaración de Montreal: Salud Sexual para el Milenio* en el 17.o Congreso Mundial de Sexología.

Después de la elaboración de la Declaración de Montreal, la WAS obtuvo una subvención de la Fundación Ford para elaborar un documento técnico que explicara con mayor detalle y reforzara la *Declaración de Montreal*.

Para iniciar el proceso de elaboración del documento técnico, se invitó a un grupo selecto de expertos reconocidos (véase apéndice V), cada uno con una especialización en las esferas específicas de la promoción de la salud sexual abordadas en la *Declaración de Montreal*, a que presentaran documentos de antecedentes que se convirtieron en la base de los capítulos del documento técnico final. Luego se distribuyeron los documentos de antecedentes para su examen por un grupo más amplio de expertos de todo el mundo en promoción de la salud sexual, quienes luego se reunieron para celebrar una consulta de expertos de la WAS en Oaxaca, México, los días 1 y 2 de mayo del 2006 (véase apéndice V). En esta reunión, se hicieron aportes extensos a la declaración y documento técnico. En general, se aprobó la Declaración de Montreal con algunas modificaciones y sugerencias menores. La base del documento técnico se elaboró aun más en respuesta a los documentos de antecedentes y a diversos grupos de trabajo que se formaron en torno a las ocho partes de la Declaración.

Además, se contrató a Debbie Rogow como evaluadora externa para evaluar la reunión de Oaxaca, la preparación del documento técnico, así como su recepción, ejecución y difusión. Por último, la Sra. Rogow ayudará a evaluar el resultado y repercusión del documento técnico.

Luego, Alexander McKay preparó un proyecto de documento del Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad del Canadá, bajo la orientación de Eli Coleman, Coordinador del Proyecto, de Rafael Mazín (OPS), de Esther Corona (WAS) y de Eusebio Rubio (Presidente de WAS). Después, los diversos capítulos del borrador se hicieron circular entre los expertos que habían asistido a la reunión de Oaxaca y se pidieron otras aportaciones. El comité editorial preparó un borrador final de la declaración y documento técnico que fue distribuido a todos los miembros de la WAS para la consideración definitiva durante las reuniones del Comité ejecutivo, Comité Asesor y Asamblea General del la Asociación Mundial para la Salud Sexual durante el Congreso Mundial de Salud Sexual que se celebró en Sydney, Australia, del 13 al 19 de abril del 2007.

En varios casos, el proyecto de documento se basa al pie de la letra en los documentos de antecedentes, aunque el equipo editorial hizo diversos cambios de redacción que variaban en grado. Queremos reconocer claramente el trabajo de los autores de los documentos de antecedentes, pero también hay que reconocer que en muchos casos se hicieron cambios importantes a esos documentos. La intención es que todos los documentos de antecedentes se publiquen en su totalidad y sean un reflejo fiel de los argumentos y la evidencia presentados por los propios autores, en un número especial próximo de la revista International Journal of Sexual Health.

Apéndice IV

Agradecimientos

Coordinador del proyecto y redactor jefe
Eli Coleman

Editor asociado
Alexander McKay

Coeditores
Eli Coleman
Esther Corona
Rafael Mazín
Eusebio Rubio-Aurioles

Grupo de Estudio de la WAS para preparar la Declaración de Montreal
Eli Coleman, (Presidente del Grupo de Estudio y Ex Presidente de la Asociación Mundial para la Salud Sexual)
Esther Corona (Asociación Mundial para la Salud Sexual)
Carissa Etienne (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud)
Rafael Mazín (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud)
William Smith (Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad, Estados Unidos, SIECUS)

Presidente del 17.o Congreso Mundial de Sexología, Montreal, Canadá, 2005
Pierre Assalian

Facilitadores de grupos pequeños de las mesas redondas en el 17.o Congreso Mundial de Sexología
Juan Luis Álvarez-Gayou (México)
Peter Aggleton (Reino Unido)
Walter Bockting (Estados Unidos)
Doortje Braaken (Países Bajos)
Vanessa Brocato (Estados Unidos)
Rosemary Coates (Australia)
Uwem Esiet (Nigeria)
Monica Gonzales (Estados Unidos)
Selma Gonzáles (México)
Prakash Kothari (India)
Sarah Hawkes (Reino Unido)
Rubén Hernández Serrano (Venezuela)
Terrence Hull (Australia)
Michael McGee (Estados Unidos)
Emil Ng (China)
Andrea Parrot (Estados Unidos)
Ursula Pasini (Suiza)
Rodolfo Rodríguez (Ecuador)
William Smith (Estados Unidos)
Dennis Sugrue (Estados Unidos)
Jod Taywaditep (Tailandia)
Leonore Tiefer (Estados Unidos)

Autores de antecedentes del documento técnico
Derechos sexuales
Eleanor Maticka-Tyndale (Canadá)
Lisa Smylie (Canadá)
Equidad de género
Elizabeth Castillo Vargas (Colombia)
Adriane Little Tuttle (Colombia)
Violencia sexual y abuso
Ine Vanwesenbeeck (Países Bajos)
Educación sobre la sexualidad
Doortje Braeken (Países Bajos)
Melissa Cardinal (Reino Unido)
Salud reproductiva
Angela Heimburger (Estados Unidos)
Victoria Ward (Estados Unidos)
Infección por el VIH/SIDA e ITS
Sarah Hawkes (Reino Unido)
Disfunción y trastornos sexuales
Emil Ng (China)
Placer sexual y bienestar
Terence Hull (Australia)

Consulta internacional de expertos: Promoción de la salud sexual: Mejoramiento de la salud sexual en el Milenio. Hotel Victoria, Oaxaca City, México 1 y 2 de mayo del 2006

Lista de Participantes

Pierre Assalian, MD, CSPQ, Dipl.Psych*
Director de Servicios de Sexualidad Humana
Montreal, Québec, Canadá
Sharon Bissell Sotelo, MA
Oficial de Programa
John D. y Catherine T. MacArthur Foundation
Ciudad de México, México
Walter O. Bockting, PhD*
Profesor adjunto
Programa de Sexualidad Humana
Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria
Escuela de Medicina, Universidad de Minnesota
Minneapolis, Minnesota, EUA
Jaqueline Brendler, MD.*
Especialista en ginecología y obstetricia (FEBRASGO) y sexualidad humana (SBRASH)
Porto Alegre, RS. Brasil
Beatriz Castellanos Simona, Ph.D.
Especialista en educación sobre sexualidad y salud reproductiva. Equipo de Apoyo del FNUAP a los Países de América Latina y el Caribe
Ciudad de México, D. F. México
Elizabeth Castillo Vargas
Abogada y experta en salud sexual
Profamilia — Colombia
Bogotá, Colombia
Mariela Castro Espín, M.Sc.*
Directora del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)
Presidenta de la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES).
La Habana, Cuba
Verapol Chandeying, MD., Dip OBGYN (Thai), Dip Reprod Med (Thai), FRCP (Edin)
Profesor adjunto
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad Prince of Songkla
Hat Yai, Tailandia
Rosemary Coates, Ph.D.*
Profesora
Programas de Sexología
Escuela de Salud Pública
Universidad Curtin
Perth, Australia Occidental
Esther Corona**
Psicóloga
Presidenta
Asociación Mexicana para la Educación Sexual (AMES)
Tlalpan, DF México
Eli Coleman, Ph.D.**
Profesor y director
Programa de Sexualidad Humana

Departamento de Medicina Familiar y Salud Comunitaria
Escuela de Medicina, Universidad de Minnesota
Minneapolis, Minnesota, EUA
Maryanne Doherty, Ph.D.
Decana adjunta y profesora
Universidad de Alberta
Edmonton, Alberta, Canadá, T5G 2G5
Faysal El-Kak M.D. M.S.
Senior Lecturer
Faculty of Health Sciences
American University of Beirut
POBOX: 11-0236
Uwemedimo Uko Esiet, MD, MPH*
Secretario Regional de la WAS para África
Cofundador y Director, Action Health, Inc.
Convener, Federación Africana para la Salud y los Derechos Sexuales
Jibowu, Lagos, Nigeria
Carissa F. Etienne, MD
Subdirectora
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Washington, D.C., EUA
Paola Ferroni, PhD
Profesor y Directora
Centro para la Salud Internacional
Universidad Curtin
Perth, Australia Occidental
Marc Ganem, MD*
Ex presidente de la Asociación Mundial de Salud Sexual
Presidente de la Sociedad Francesa de Sexología Clínica
París, Francia
Juan Luis Álvarez Gayou Jurgenson, MD
Director de Prevención y Participación Social
Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Censida)
México, D.F., México
Sarah Hawkes, MB, BS, PhD
Profesora titular de clínica
Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres
Londres, Reino Unido
Angela Heimburger, MPH
Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental
(FIPF/WHR)
Nueva York, Nueva York, EUA
Terence H. Hull, Ph.D.
Profesor
Programa de Demografía y Sociología, Escuela de Investigación en Ciencias Sociales
Universidad Nacional Australiana
Canberra, Australia
Pinar Ilkkaracan, M.A.
Cofundadora, Mujeres por los derechos humanos de las mujeres (WWHR) y Coalición para los derechos sexuales y físicos en las sociedades musulmanas
Estambul, Turquía
Barbara Jones
Gerente
Sección de Salud Sexual y las ITS
Organismo de Salud Pública del Canadá
Ottawa, Ontario, Canadá
Eleanor Maticka-Tyndale, Ph.D.
Cátedra de Investigación del Canadá - Justicia Social y Salud Sexual
Depto. de Sociología y Antropología
Universidad de Windsor
Windsor, Ontario, Canadá
Rafael Mazin, MD, MPH
Asesor Regional en Prevención y Atención Integral de la Infección por el VIH y las ITS
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C., EUA
Alexander McKay, Ph.D.
Coordinador de investigación
Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad, Canadá
Toronto, Ontario, Canadá
Reiko Ohkawa, M.D.*
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Organización del Hospital Nacional
Centro Médico Chiba
Chuoku, Chiba, Japón
Hans Olsson, B.Ed
Asociación Sueca de Educación sobre Sexualidad (RSFU)
Estocolmo, Suecia
Deborah Rogow, MPH
Consultora de evaluación para la WAS
Codirectora del proyecto "Rethinking Sexuality Education" para el Consejo de Población
Santa Barbara, California, EUA
Eusebio Rubio-Aurioles, MD, PhD. *
Presidente
Asociación Mundial para la Salud Sexual
Asociación Mexicana para la Salud Sexual, A.C.
Asociación Mundial de Salud Sexual
Tlalpan DF, México
Jorge Saavedra López, MD
Director General
Centro Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA (Censida)
México, D.F. México
Lisa Smylie, MA, Ph.D. Candidate
Depto. de Sociología y Antropología
Universidad de Windsor
Windsor, Ontario, Canadá
William A. Smith, B.A., Ph.D. Candidate
Vicepresidente de Política Pública
Consejo de Información y Educación sobre Sexualidad, Estados Unidos (SIECUS)
Washington, D.C., EE.UU.
Ondrej Trojan, MD
Consultorio privado de psiquiatría y sexología
Praga, República Checa

Wilhelmina María AnnaVanwesenbeeck, PhD
Rutgers Nisso Groep
Utrecht, Países Bajos
Javier Vásquez
Especialista en Derechos Humanos
Área de *Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS)/Área de asuntos jurídicos (LEG)
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
Beverly Whipple, PhD, RN, FAAN *
Secretaria General
Asociación Mundial de Salud Sexual
Profesora Emérita
Rutgers, Universidad Estatal de New Jersey
Voorhees, Nueva Jersey, EUA
Ninuk Sumaryani Widyantoro
Psicóloga
Miembro de la Junta Asesora de la Fundación de Salud de la Mujer
Kebayoran Baru, Yakarta Selatan, Indonesia
Kevan Wylie, MB, MD, DSM, FRCPsych *
Clínica Porterbrook, Universidad de Sheffield
Royal Hallamshire Hospital
Reino Unido

* Miembro del Consejo Consultivo de la WAS
** Miembro ex officio del Consejo Consultivo de la WAS

Financiamiento

Este proyecto fue financiado gracias a una subvención de la Fundación Ford.

Crédito de Fotografías

Las fotografías utilizadas para ilustrar esta publicación fueron una cortesía de la Organización Panamericana de la Salud y la fotografía de la portada fue una cortesía de Miguel Bernal Quijano.

Salud Sexual para el Milenio
Declaración y documento técnico

WAS
WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

9 789275 330784