PROFESIONALES POR LA ÉTICA

IDEAS CLAVE SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS CENTROS ESCOLARES

Consideraciones científicas y éticas

12 de octubre de 2011

PROFESIONALES POR LA ÉTICA
ÁREA DE ESTUDIOS

IDEAS CLAVE SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN LOS CENTROS ESCOLARES

Consideraciones científicas y éticas

12 de octubre de 2011

PROFESIONALES POR LA ÉTICA – ÁREA DE ESTUDIOS

INDICE

Pág.

1. INTRODUCCIÓN 2

2. DIVERGENCIA EN LOS CONTENIDOS RECOMENDADOS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES 3

3. COSMOVISIONES IDEOLÓGICAS EN LA SOCIEDAD Y NECESARIA NEUTRALIDAD IDEOLÓGICA DEL ESTADO..... 5

4. CRITERIO SOBRE EL COLECTIVO RECEPTOR..... 7

5. POLÍTICAS PREVENTIVAS Y DEL DERECHO A LA SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE SEXUALIDAD. TOMA DE DECISIONES 8

6. CONCLUSIÓN 12

1. INTRODUCCIÓN

Las estrategias de prevención en materia sexual realizadas a través de campañas, o mediante programas de salud sexual introducidos en el ámbito escolar, están siendo fuertemente cuestionadas por los expertos, especialmente a nivel internacional, y no tienen evidencia de eficacia científica demostrada.

Por ello, desde Profesionales por la Ética hemos creído necesario aclarar algunos aspectos de estas campañas, previstas y amparadas por la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, tales como las notables divergencias en los contenidos recomendados por distintos organismos internacionales, las diversas cosmovisiones ideológicas que inciden en la cuestión y exigen la necesaria neutralidad ideológica del Estado y la falta de fundamento científico de muchas de ellas. Pero principalmente hemos pretendido señalar las condiciones básicas para considerar científica y deontológicamente aceptable cualquier actividad de este tipo dirigida a niños, adolescentes y jóvenes en el ámbito escolar.

2. DIVERGENCIA EN LOS CONTENIDOS RECOMENDADOS POR ORGANISMOS INTERNACIONALES

Las Guías de la Asociación Médica Americana (AMA)

La *American Medical Association* propone en sus Guías *Points for parents about Teens and Sex* que los padres, como primeros responsables de la educación de sus hijos, se animen a transmitir sus valores propios de modo abierto. Así, entre los puntos propuestos, el nº 4 menciona: «Comparte tus valores sobre el sexo. Si crees que una persona no debería mantener relaciones sexuales hasta el matrimonio, dilo así».

Más adelante esta guía también aconseja: «Reafirma a tu adolescente que no todas las personas de su edad están teniendo sexo y que es correcto mantenerse virgen. La decisión de ser sexualmente activo es demasiado importante para estar basada en lo que otras personas piensan o hacen». El planteamiento de la guía es reafirmar que cada núcleo familiar se autocapacite para transmitir sus propias convicciones desde una posición de respeto a la libertad individual.

American Medical Association: *Adolescent Health on line*.
http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/parent-package-2001.pdf

De este modo, una implicación correcta de **los padres en la educación de los miembros más jóvenes de la sociedad está considerada por esta Guía como lo más acorde con la promoción de conductas saludables para los adolescentes desde la total neutralidad exigible a las sociedades científicas o al Estado**.

La Guía UNESCO de Educación Sexual

Con una visión opuesta a lo anterior, es de destacar por sus posibles repercusiones la *Guía de Educación Sexual para la Autoafirmación de los Jóvenes*, elaborada por personal de UNESCO y dada a conocer en 2009, con participación de asesores de UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (PAHO), y el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (FNUAP-UNFPA). Este documento, también denominado *Directrices Internacionales para la Educación Sexual*, separa a los niños en cuatro grupos de edad: de 5 a 8 años, de 9 a 12 años, de 12 a 15 años y de 15 a 18 años. A partir de los 5 años, partiendo de una antropología que sólo entiende la sexualidad como búsqueda de placer sensual, se aconseja a los educadores la iniciación de los menores en técnicas de masturbación, así como la mentalización en «los roles de género y en los estereotipos de género», es decir la visión acrítica de la libre orientación sexual.

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

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

3. **COSMOVISIONES IDEOLÓGICAS EN LA SOCIEDAD Y NECESARIA NEUTRALIDAD IDEOLÓGICA DEL ESTADO**

La diversidad social de cómo vivir la sexualidad fundamentaría, por si sola, la necesidad de **salvaguardar la neutralidad ideológica del Estado** ante ambas cosmovisiones presentes en la sociedad, sin imposición de una sobre otra:

Una de ellas es la «**educación para la independencia sexual»**, teniendo como objeto principal los aspectos de placer en el ejercicio del sexo, minimizando riesgos de embarazo o de adquisición de enfermedades transmisibles por vía genital, enfatizando el conocimiento de las medidas de anticoncepción y la búsqueda de experiencias gratificantes, bien a través del propio cuerpo o a través de relaciones interpersonales que no tienen por qué ser necesariamente monógamas, ni heterosexuales, centrándose en sus aspectos lúdicos y sin referencia a compromisos implícitos ni explícitos. El énfasis en esta concepción del sexo estaría en la autorrealización personal y en el ejercicio de la libertad rehusando referentes religiosos o morales.

En cambio, la «**educación para los compromisos estables»**, enfatiza la prioridad del amor y los compromisos como sentimiento y voluntad que debe guiar la relación interpersonal. Esta vivencia, que marca intrínsecamente multitud de decisiones personales, va unida a la transmisión de valores muy concretos: búsqueda del ideal, autodominio, fidelidad, comprensión, lealtad, apertura a la transmisión de la vida volcando la propia afectividad en los hijos y asumiendo nuevos compromisos. Este tipo de educación, al ir unida a la edificación del carácter, es más propia de ser transmitida en la relación personal de confianza entre padres e hijos.

El primer modelo suele centrarse exclusivamente en la disminución de embarazos adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual con mención especial a la epidemia del SIDA. Con esto se restringe el mensaje a la consideración del acto sexual como mero acto lúdico que conlleva unos riesgos que hay que intentar evitar.

Con este modelo se está también transmitiendo una visión moral muy particular de la sexualidad, donde la promiscuidad se presenta con carta de ciudadanía y la infidelidad y la búsqueda de sí mismo quedan instaladas en la mente de los menores que escuchan este tipo de mensajes, en los que la palabra «amor» queda relegada a un concepto ambiguo, no unido al compromiso y sin ninguna relevancia.

Por ello, parece simplista repartir preservativos reduciendo la sexualidad a mera genitalidad. Las consecuencias de las relaciones sexuales y el sistema de valores que entra en juego pueden tener pésimas consecuencias en el desarrollo afectivo de los jóvenes y de sus posteriores relaciones de pareja.

© Profesionales por la Ética – C/ Juan Bravo, 58-60 E-25 – 28006 Madrid - www.profesionalesetica.org – info@profesionalesetica.org

El segundo modelo se presenta como una propuesta básica que respeta primordialmente la ética personal y permite limitar la exposición al riesgo, mediante una educación basada en el fomento de la relación estable y el compromiso sin que eso suponga ningún presupuesto moralista a priori.

© Profesionales por la Ética – C/ Juan Bravo, 58-60 E-25 – 28006 Madrid - www.profesionalesetica.org – info@profesionalesetica.org

4. CRITERIO SOBRE EL COLECTIVO RECEPTOR

Los análisis de efectividad de las recomendaciones sobre diferentes aspectos de salud muestran que **algunas informaciones específicas serían únicamente eficientes cuando se dirigen a poblaciones de mayor exposición al riesgo**.

En este sentido, el **Informe de ONUSIDA** (Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) correspondiente a 2009, recomienda en su informe reorientar los mensajes destinados al común de la población, y enfocarlos a los grupos más expuestos a esta infección.

En España, según los datos del Ministerio de Sanidad sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), se ha notificado que sólo un 5,2% de los abortos fueron realizados en menores de 18 años, mientras que un 44% fueron llevadas a cabo entre la población inmigrante de cualquier edad, lo que implicaría dirigir los mensajes de modo prioritario a este último colectivo como población de mayor riesgo de IVE en vez de al colectivo de menores.

© Profesionales por la Ética – C/ Juan Bravo, 58-60 E-25 – 28006 Madrid - www.profesionalesetica.org – info@profesionalesetica.org

5. POLÍTICAS PREVENTIVAS Y DEL DERECHO A LA SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE SEXUALIDAD. TOMA DE DECISIONES

A cualquier estrategia de medicina preventiva en materia sexual se le debe exigir que incluya valoraciones sobre:

1. veracidad de la información transmitida.
2. nivel de evidencia que sustente las actuaciones preventivas propuestas.
3. eficiencia esperable.
4. no maleficencia resultante de las actuaciones realizadas.
5. no actuar en contra de la voluntad de padres o tutores.

1. Veracidad de la información

Los mensajes dirigidos a preservar o mejorar la salud, si no son veraces, pueden ser calificados como «publicidad engañosa».

En España, es muy importante reseñar que en ninguna de las campañas llevadas a cabo hasta la fecha se han seguido las **recomendaciones terminológicas de ONUSIDA** 2007, respecto a utilizar el término de «sexo más seguro» (en comparativo), y evitar el término de «sexo seguro» (que parece indicar una absoluta protección al usar métodos de barrera, lo que no es verdad).

ONUSIDA: *Orientaciones terminológicas 2007*
https://intranet.who.int/homes/whp/write_edit/topics/who_style_guide.shtml

En concreto, la **Colaboración Cochrane**, organismo referente de medicina basada en la evidencia, cifra en un "80% la reducción de riesgo relativo que proporciona el preservativo respecto a la posibilidad de contagio del VIH", agente causal de la epidemia del SIDA.

Weller SC, Davis-Beaty K.: *Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission 2001. The Cochrane Collaboration Reviews*
http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003255.html

Las consecuencias del "reparto de preservativos", basadas en la engañosa promoción del "sexo seguro" parecen contribuir a que no desciendan las cifras de las enfermedades de transmisión sexual.

2. Nivel de evidencia

Las estrategias de salud sexual en el ámbito educativo suelen ser presentadas a la opinión pública como actuaciones ineludibles para lograr los conocimientos que ayuden a los adolescentes a disminuir la posibilidad de adquirir infecciones de transmisión se-

xual y embarazos no deseados, consiguiéndose así también reducir el número de abortos.

Por el contrario, acudiendo a las **Recomendaciones del Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI)**, una guía de práctica clínica que es producto de más de 55 organizaciones sanitarias de Estados Unidos de carácter independiente y objetivo, encontramos que se adjudica **el nivel III (evidencia incompleta, sin confirmar)** para las intervenciones de asesoramiento sobre prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

Institute for Clinical Systems Improvements: *Health Care Guideline: Preventive Services for Children and Adolescents*
http://www.icsi.org/preventive_services_for_children__guideline_/preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html

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

AHRQ: *Guide to Clinical Preventive Services, 2009. Infectious diseases.*
http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd09/gcp09s2b.htm#STI

En base a este nivel de evidencia, dichas estrategias deberían ser consideradas como experimentales sobre la población a la que van dirigidas, ya que, además, los menores no parecen ser capaces de decidir sobre ellas en base a su limitada competencia y parcial capacidad de autonomía.

3. Eficiencia esperable

La eficiencia se define como la eficacia resultante de una actuación en relación con el consumo de recursos necesario para lograr ese resultado.

El más exhaustivo meta-análisis sobre efectividad de la educación sexual a nivel escolar sea el realizado por DiCenso y cols, publicado en el British Medical Journal y realizado sobre 26 estudios llevados a cabo en EEUU, Australia, Nueva Zelanda y Europa, encontrándose que las estrategias de prevención realizadas hasta ahora, mediante educación directa impartida en centros escolares, no han logrado que las jóvenes retrasen las relaciones sexuales ni que se disminuya el índice de embarazos.

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

© Profesionales por la Ética – C/ Juan Bravo, 58-60 E-25 – 28006 Madrid - www.profesionalesetica.org – info@profesionalesetica.org

En **EEUU** los programas de educación sexual basados en contracepción han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes. En **Canadá**, donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en EEUU, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las tasas de embarazos continúan siendo estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no están funcionando. En **Suecia**, la educación sexual de carácter obligatorio comienza desde edades tempranas y existe atención sanitaria pública dirigida específicamente a adolescentes, Incluso así, las tasas de embarazos y de ITS persisten sin haberse logrado mejorías significativamente considerables. Más aún, a pesar de un extenso programa de educación sexual reforzando las recomendaciones sobre uso de preservativos, su uso sigue sin ser mayoritariamente aceptado por los adolescentes.

4. No maleficencia resultante de las actuaciones realizadas

La posible maleficencia de estas intervenciones, al contrario que otras intervenciones sobre adultos, no puede ser desdeñada a priori.

En Salud Pública, se ha denominado «fenómeno de compensación del riesgo» al efecto ocasionado por actuaciones que reducen la percepción del riesgo de la población, produciéndose el efecto inverso del deseado, al dar lugar a una falsa sensación de seguridad con las medidas preventivas invocadas, lo que lleva a un mayor número de ocasiones de exposición al riesgo que precisamente se quiere evitar.

Esto explica que el empleo de preservativos, anticoncepción o el recurso a la «píldora del día después» puede inducir una no deseable precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y un aumento del número de encuentros sexuales, produciéndose un también denominado ***efecto boomerang***, ya que la herramienta de medicina preventiva utilizada, además de no dar en el blanco, se vuelve contra los propios promotores de la iniciativa.

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

Más recientemente, otro estudio publicado en *The Lancet ID23* encuentra de modo similar que, en **Francia**, el riesgo de contraer el virus del SIDA es actualmente más de

© Profesionales por la Ética – C/ Juan Bravo, 58-60 E-25 – 28006 Madrid - www.profesionalesetica.org – info@profesionalesetica.org

100 veces superior entre homosexuales que entre heterosexuales. La mitad de los nuevos casos de infección por el virus del SIDA se dan entre los primeros y la incidencia encontrada es de más de 6.000 nuevos casos de infectados al año, a pesar de que esta población específica es de suponer que conoce perfectamente las recomendaciones sobre empleo de medidas de barrera. Por tanto, el problema no parece estar en una falta de información sino que más bien habría que buscarlo a otros niveles

Le Vu S, Strat YL, Francis Barin F, et al.: *Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08: a modelling analysis*.
http://www.thelancet.com/infection DOI:10.1016/S1473-3099(10)70167-5

5. No actuar en contra de la voluntad de padres o tutores

La educación sexual de los niños y adolescentes corresponde a los padres, y es un derecho fundamental ampliamente reconocido en la legislación internacional. El Estado y la administración educativa no pueden imponer una visión ideologizada de la sexualidad y menos aún en contra del criterio de los padres o al margen de éstos.

Existen numerosos estudios que han incidido en este aspecto, e igualmente ha quedado demostrado que es claramente antipedagógico contradecir el criterio de los padres en la escuela, y viceversa.

En cuanto a la legislación internacional, tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, en su Artículo 26.3., la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000, en su Artículo 14.3., el Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH), en su Artículo 8 o el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1976, en su Artículo 18.4 reconocen la primacía de los padres en la determinación de la educación que habrán de recibir los niños y la función subsidiaria y garantista del Estado en lo que a este derecho de los padres se refiere.

Todo ello ha quedado igualmente refrendado en la legislación española desde la misma Constitución Española de 1978, en su Artículo 27.3., que afirma que *"Los poderes públicos garantizan el derecho que asiste a los padres para que sus hijos reciban la formación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones".*

© Profesionales por la Ética – C/ Juan Bravo, 58-60 E-25 – 28006 Madrid - www.profesionalesetica.org – info@profesionalesetica.org

6. CONCLUSIÓN

Dado que la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo se ha considerado "parte fundamental de las políticas preventivas y del derecho a la salud pública" pero no cumple ninguno de los 5 requisitos formulados como estándares de obligado cumplimiento, debe ser derogada en su totalidad.

© Profesionales por la Ética – C/ Juan Bravo, 58-60 E-25 – 28006 Madrid - www.profesionalesetica.org – info@profesionalesetica.org

© 2011 PROFESIONALES POR LA ÉTICA
Se autoriza la reproducción de este Informe así como su difusión pública con cita de su procedencia.
Editado por el Área de Estudios de PROFESIONALES POR LA ÉTICA
c/ Juan Bravo, 58-60
28006 Madrid
Tfno. 914022721
Fax 913093228
Correo: info@profesionalesetica.org
Página web: www.profesionalesetica.org

ÁREA DE ESTUDIOS

Copyright © PROFESIONALES POR LA ÉTICA. 2007
C/ Juan Bravo 58 -60, E- 25 / 28006 Madrid
T. 91 402 27 21 / Fax. 91 309 32 28

www.profesionalesetica.org
info@profesionalesetica.org