

ANALISIS DE EVIDENCIA DE INTERVENCIONES
PREVENTIVAS EN SALUD SEXUAL Y
REPERCUSIONES ÉTICAS



9 de diciembre de 2009

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. TIPOS DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS

III. DATOS SOBRE INTERVENCIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Datos extraídos de Meta-análisis

Análisis comparativo

Informe ONUSIDA

IV. RECOMENDACIONES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

V. ANÁLISIS DE IMPLICACIONES ÉTICAS

Ética de intervenciones sanitarias sin eficacia demostrada

Valoración ética de los contenidos en educación sexual

El valor del medio familiar

VI. ANÁLISIS JURÍDICO

VII. CONCLUSIONES FINALES

INTRODUCCIÓN

Las recomendaciones dirigidas a la prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes forman parte del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) incorporado ya dentro de las actividades de la Atención Primaria. Sin embargo, las medidas concretas que deben ser propuestas en este Programa se definen como de eficacia no probada en los análisis de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), siendo por tanto discutible su consistencia ética, ya que se realizan sobre menores sin su consentimiento previo y, a menudo, sin ni siquiera informar a sus padres o responsables legales.

El contenido, además, de estos programas de educación sexual, varía según diferentes orientaciones pedagógicas y, en definitiva, la información que se da depende en gran medida de lo que el profesional decida impartir de modo arbitrario, reduciéndose este tipo de mensajes, en la mayoría de los casos, a una visión de la sexualidad excesivamente biologicista o de simple evitación de riesgos.

TIPOS DE INTERVENCIONES PREVENTIVAS

La guía de Actividades Preventivas del US Preventive Services Task Force de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) afirma que la investigación ha demostrado claramente que la realización de actividades preventivas de calidad y basadas en la evidencia es un elemento integral para ayudar a las personas a vivir vidas saludables.

Muchas de estas actividades preventivas incluyen actuaciones de consejo (*advice*) y asesoramiento (*counseling*) de diversa intensidad y periodicidad. De estas dos posibilidades de actuación, sin duda la considerada más eficaz sería el *counseling*. Ello incluye una gama amplia de intervenciones tales como valorar los conocimientos y las motivaciones, informar, modificar conductas inapropiadas, reforzar las conductas deseadas y monitorizar el progreso a largo plazo.

Aplicado al ámbito de la educación sexual, por tanto, este tipo de intervención implica una actuación no transversal, de tipo puntual, sino de carácter longitudinal a través encuentros mantenidos con adolescentes o con grupos de riesgo, intentando ir más allá de la simple información sobre anatomía y fisiología de la reproducción. Esto redundará en una visión de la vivencia sexual que se quiere compartir con la población diana a la que se quiere llegar. Por tanto, es clave asumir que junto con la información se imparte también una formación específica.

Al incidir esta formación sobre un aspecto tan clave de la intimidad personal como es la sexualidad, es fácil comprender que, si no existe un consentimiento expreso por parte de los tutores legales de los menores, si esta formación se da en el ámbito escolar, se estará realizando una intromisión sobre el núcleo duro de las convicciones personales, lo que sería éticamente rechazable.

DATOS SOBRE INTERVENCIONES EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

De hecho, la realidad del comportamiento humano, específicamente en materia sexual, es más compleja de lo que, de modo simplista, se pudiera pensar. Por ello, se hace imprescindible analizar los resultados sobre intervenciones preventivas en materia sexual publicados ya en revistas científicas fiables.

Datos extraídos de Meta-análisis

Quizás el más exhaustivo meta-análisis sobre efectividad de la educación sexual a nivel escolar sea el realizado por DiCenso y cols, publicado en el British Medical Journal (1), realizado sobre 26 estudios llevados a cabo en EEUU, Australia, Nueva Zelanda y Europa, lográndose así reunir datos de 9.642 chicas adolescentes, demostró que las estrategias de prevención realizadas hasta ahora, no ya mediante campañas de salud pública sino 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. Otros 11 estudios analizados sobre 7.418 jóvenes llegaron a la misma conclusión, en este caso para los varones.

Aunque, según los autores de esa revisión, hay que tener en cuenta que la mayoría de los participantes incluidos en casi la mitad de estos estudios fueron jóvenes pertenecientes a estratos sociales socio-económicamente desfavorecidos, lo que puede estar condicionando los malos resultados obtenidos. Esto apoyaría la idea de que el entorno educativo familiar sigue siendo imprescindible para desarrollar convicciones respecto a la actividad sexual personal evitando situaciones de riesgo y que los intentos de paliar esa formación a nivel educativo, en el ámbito escolar o desde las campañas publicitarias desarrolladas habitualmente, no se muestran capaces de transmitir cambios de actitudes con auténtico impacto social en la adopción de medidas más responsables entre los jóvenes.

Estos malos resultados pueden deberse a varios factores que deberían ser considerados. En concreto, en el Reino Unido alrededor del 10% de los jóvenes afirman que se encontraban ebrios cuando tuvieron su primera relación sexual y el 11% de las chicas mencionan haber sido presionadas por sus compañeros sexuales en esas primeras relaciones. Por debajo de los 16 años, entre la tercera parte y la mitad de los encuestados manifestaron que sus relaciones sexuales se realizaban sin protección (2) y lo que puede resultar más interesante es que **este tipo de decisiones no se situaban en un contexto de falta de información sobre la existencia de preservativos**, que se demostró como suficientemente conocida, sino en valoraciones de tipo personal en relación con la espontaneidad del acto sexual.

Análisis comparativo

Adicionalmente, si comparamos los últimos datos oficiales aportados por el Ministerio de Sanidad sobre las tasas de aborto en relación a otros países de nuestro entorno cultural y socio-demográfico, publicada en 2006 se puede objetivar que la tasa de abortos de nuestro país es de las más bajas de Europa situándose sólo por encima de Bélgica, Holanda y Austria en dicho informe. Actualmente, en el Informe 2008 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo esta tasa se sitúa en 11,7 por 1.000 mujeres en edad fértil.

Esta tasa es 5 veces superior en Estados Unidos y 3 veces superior en el Reino Unido. Sin embargo, en EEUU los programas de educación sexual basados en contracepción han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes (3). En Canadá, donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en EEUU, las enfermedades de transmisión sexual y las tasas de embarazos continúan siendo estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no están funcionando (4).

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 enfermedades de transmisión sexual 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 (5)

En Suiza, el hecho de que un número sustancial de adolescentes contrajeran el HIV en esta fase de la vida llevó a una campaña focalizada en conductas de “sexo más seguro” pero no a posponer las relaciones sexuales como es habitual en nuestro entorno europeo. Después de 3 años desde la iniciación de este 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. (6)

Informe ONUSIDA

En esta misma línea podría situarse el reciente y relevante Informe publicado por ONUSIDA, la organización de la ONU para el estudio de la pandemia del SIDA, en Noviembre 2009. En dicho informe se afirma que “el sexo entre hombres constituye el principal modo de transmisión en Norteamérica y en la Unión Europea”. Entre 2000 y 2005 la tasa de contagio entre homosexuales aumentó un 3,3% al año. Por países, los nuevos casos de SIDA por vía homosexual han crecido más del 50% entre 2003 y 2006. En el Reino Unido este incremento es del 74% entre 2000 y 2007. La tasa roza el 40% durante el mismo periodo para la media de Europa.

La agencia de la ONU reconoce que este incremento de contagios homosexuales se debe “al aumento de prácticas sexuales de riesgo”. Esta escalada de prácticas de riesgo se registra a la vez que también se detecta un “elevado aumento en los diagnósticos de otras enfermedades de transmisión sexual” dentro del grupo de homosexuales activos.

Algo similar se comenta en el informe sobre otros grupos “de riesgo”, como el mundo de la prostitución y las drogas administradas con jeringuilla. Por eso, la ONU en su informe **recomienda dejar los mensajes destinados al común de la población**, y enfocar el problema en los grupos más expuestos a la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. DiCenso A, Guyatt G, Wilan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal* 2002; 324: 1426-35.
2. Tripp J, Viner R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *British Medical Journal* 2005; 330: 590-593.
3. Scout JW, Rivara FP. Schools and sex education: does it work?. *Pediatrics* 1989; 83: 375-79
4. Powell MG. The STD epidemic in Canada: primary prevention must play a greater role. *Can J Obstet Gynecol Women Health Care*. 1993; 5: 399-402
5. Persson E, Jaribro G. Sexual behaviour among youth clinic visitors in Sweden: knowledge and experiences in an HIV perspective. *Genitourin Med* 1992; 68: 26-31
6. Hausser D, Michaud PA. Does a condom-promoting strategy (the Swiss STOP-AIDS campaign) modify sexual behavior among adolescents? *Pediatrics* 1994; 93: 580-85
7. Informe ONUSIDA 2009: AIDS Epidemic Update 2009
<http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>

RECOMENDACIONES DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

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

Hay pocos estudios sobre la efectividad para influenciar la conducta sexual. La **revisión Cochrane** (www.cochrane.org) sobre el tema de las intervenciones sobre modificación de hábitos sexuales incluye 30 estudios cuyo objetivo era la prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Cuatro cualidades metodológicas centrales estuvieron presentes en 10 de los 30 estudios analizados y constituyen el subconjunto del cual se han extraído conclusiones fiables encontrándose finalmente que estas intervenciones educativas resultan efectivas cuando están dirigidas principalmente a mujeres en mala situación económica y social complementando la provisión de información con el desarrollo de habilidades de negociación sexual. Es decir, al igual que en el informe ONUSIDA 2009, las posibilidades de intervención eficaz parecen las dirigidas a poblaciones específicas de riesgo y no a la población general.

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, referencia de medicina basada en la evidencia, encontramos que se adjudica el nivel III (evidencia incompleta) para las intervenciones de asesoramiento sobre la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual. (www.icsi.org)

Por su parte, las Guías 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. (www.ahrq.gov/clinic)

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

ANÁLISIS DE IMPLICACIONES ÉTICAS

Ética de intervenciones sanitarias sin eficacia demostrada

La actitud acrítica ante los desafíos que plantea la nueva medicina preventiva invadiendo diferentes ámbitos del comportamiento humano, quizás sea lo menos deseable. La ciencia puede ayudar sólo si la investigación es recibida de modo crítico, con un cierto grado de escepticismo, y si su aplicación es seguida de un persistente control sobre los resultados obtenidos. Empecinarse en campañas sanitarias que no obtienen ni siquiera parte de los objetivos esperables carece de sentido.

Concretamente, algo de esto parece darse en las campañas pro sexo seguro. Según datos de ONUSIDA (Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), la mayor parte de infecciones de sida se dan en grupos de riesgo, entre los que no se encuentran necesariamente los adolescentes, a quienes van dirigidas numerosas campañas de esta índole. Tan fallidos son los resultados de estas campañas que no se han frenado ni siquiera los contagios de ETS (enfermedades de transmisión sexual). Frente a las 700 infecciones de sífilis y a las 805 de gonorrea declaradas en 2001, se registraron 1.255 y 1.174, respectivamente en 2005, según datos del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Esto es, se produjo un incremento del 79% en las infecciones por sífilis y un 45,8% en las gonocócicas. **Por si esto fuera poco**, para situar estas cifras en su justo lugar habría que tener en cuenta, además, que, según menciona el propio Centro Nacional de Epidemiología, uno de los principales problemas del sistema de vigilancia de ETS en España es la infradeclaración, estimada en más del 50%, y que podría estar influyendo en las diferencias geográficas observadas en las tasas recogidas (10).

En España, es muy importante reseñar que en ninguna de las campañas conocidas llevadas a cabo hasta la fecha se han seguido las recomendaciones terminológicas de **ONUSIDA 2007**, respecto a recomendar utilizar el término de “sexo más seguro”, y no usar el término de “sexo seguro”, y que también respetan aquellas medidas educativas que hacen énfasis en la educación en valores para la fidelidad y reducción del número de intercambios sexuales: *“Es preferible usar relaciones sexuales más seguras, ya que relaciones sexuales seguras puede implicar una seguridad completa. Las relaciones sexuales son ciento por ciento seguras, es decir, que no son el vehículo de transmisión del VIH, cuando los dos miembros de la pareja conocen su estado serológico VIH-negativo y ninguno de ellos se encuentra en el período silente que va de la exposición al VIH a la aparición de anticuerpos contra el VIH detectables mediante la prueba del VIH. En otras circunstancias, la reducción del número de parejas, y el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos, pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH”*.

En el caso de intervenciones sobre menores la situación requerirá, además, un juicio ético más estricto ya que éstos no pueden dar su consentimiento. Por eso, se hace imprescindible contar con la opinión de sus tutores legales, los progenitores en la mayoría de los casos. En la situación concreta de las intervenciones educativas sobre hábitos sexuales estas intervenciones conllevan además un trasfondo moral ineludible, de modo que más allá de la consecución de efectos sanitarios habrá que sopesar si se

está manteniendo el respeto hacia las convicciones de los valores morales del propio joven o los queridos por su entorno familiar propio.

De hecho, la información sobre masturbación o comportamientos sexuales específicos puede ser contraproducente a edades muy tempranas, tales como los 11 años, en los que el interés por la sexualidad aún no se ha manifestado en un amplio grupo poblacional, que parece aún focalizado en otros intereses propios de la infancia. Esta disarmonía provocada artificialmente por programas educativos sobre sexualidad, de introducción obligatoria a edades demasiado tempranas, puede provocar un desequilibrio en la maduración de los sentimientos, llevando por el fenómeno del doble efecto o de compensación del riesgo, a una precocidad indeseable en el deseo de acceso a pornografía visualizable fácilmente en Internet y a la búsqueda de experimentación de conductas sexuales sin ningún tipo de desarrollo afectivo acompañante.

Valoración ética de los contenidos en educación sexual

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

Por un lado, en el ámbito de las convicciones, el ejercicio de la sexualidad puede verse unido por parte de muchos ciudadanos al de la **educación para los compromisos estables**, enfatizándose la prioridad del amor y los compromisos como sentimiento y voluntad que debe guiar la relación interpersonal. Esta vivencia, que marca intrínsecamente multitud de decisiones personales, va unida a la transmisión de valores muy concretos: autodominio, fidelidad, comprensión, lealtad, apertura a la transmisión de la vida volcando la propia afectividad en los hijos y asumiendo nuevos compromisos y renunciando personales, etc, lo que supone referencias continuas al mundo de los valores. Este tipo de educación, al ir unida a la edificación del carácter, es más propia de ser transmitida en la relación personal de confianza entre padres e hijos.

Por otra parte, otra visión de la sexualidad es la que la entiende de modo principal como **educación para la independencia sexual**, teniendo como objeto principal los aspectos de placer en el ejercicio del sexo, minimizando riesgos de embarazo o de adquisición de enfermedades transmisibles por vía genital, enfatizando el conocimiento de las medidas de anticoncepción y la búsqueda de experiencias gratificantes, bien a través del propio cuerpo o a través de la relación interpersonal, 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.

Ambas convicciones, por tanto, se muestran como contrapuestas entre sí, a la vez que válidas, ya que nadie puede obligar a otra persona a comportarse de modo contrario a sus convicciones en lo que afecta a su propia vida, sin perjuicio de otros, por lo que el Estado no puede legítimamente considerarse como depositario de ninguna de

ellas incorporando una u otra de estas opiniones a sus competencias educativas, ya que, pertenecen al ámbito de libre discusión e intercambio de ideas de los ciudadanos. Es necesario, por tanto, salvaguardar la neutralidad ideológica del Estado ante ambas cosmovisiones.

En concreto, respecto a cada uno de los cinco puntos en los que se especifican los objetivos que la **Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo** pretende conseguir en el ámbito educativo (Título I, cap. III):

a) **La promoción de la igualdad entre los sexos** puede ser abordada desde la perspectiva de género (aspecto considerado como lo indicado en la propia Ley) mediante la visión de que los sexos masculino y femenino son sólo construcciones sociales, sin base en la naturaleza, por lo que pueden ser reconstruidos, y mediante la reivindicación de derechos unida a la perspectiva de conflicto permanente entre ambos sexos.

Contrariamente, este aspecto se debería poder abordar también desde la idea de complementariedad en las diferencias, enfatizando esta última opción una relación de mutua ayuda que pueda enriquecer la relación interpersonal.

b) **El reconocimiento de la diversidad sexual** puede expresarse como obligada aprobación expresa de las conductas propias de la homosexualidad e incluso de la incitación a experimentarlas en sí mismo, planteando dudas a priori a los menores sobre su propia orientación sexual. La diversidad sexual puede englobar también otros tipos de comportamientos sexuales inapropiados para ser relatados a menores o adolescentes y a los que la Ley daría cobertura a través de este enunciado.

Por el contrario, también puede plantearse como aceptación respetuosa, que no implica la obligatoriedad de asumir dichas conductas como deseables. Al ser una elección individual se debería reconocer el derecho a discrepar sobre si dichas acciones son saludables o no para el desarrollo de la personalidad de sujetos individuales, respetándose mutuamente las opiniones personales, no estando capacitado el Estado para imponer abusivamente criterios propios a través de ningún partido político en el ejercicio del poder, concurriendo, si lo hace, en adoctrinamiento educativo.

c) **El desarrollo armónico de la sexualidad** es, de hecho, diferente para cada sexo y en él, influyen también rasgos psicológicos y genéticos, aparte de los meramente corporales. Puede ser abordado de un modo igualitario en base a cánones de conducta prefijados comunes (dando como normal lo sociológicamente más extendido en los comportamientos de los menores).

Desde otra perspectiva, este tema puede ser enfocado de modo individual en base a las características propias de cada menor, ya que las peculiaridades psicológicas y la madurez emocional son variables en cada persona. Además, los patrones de conducta no tienen porqué ser los adoptados por la mayoría sino que se deben respetar las éticas personales, siempre sobre la base de la tolerancia y el respeto mutuos.

d) **La prevención de enfermedades de transmisión sexual** no tiene porqué ser abordada exclusivamente desde la promoción de métodos de barrera tales como las propuestas en las campañas de salud sexual realizadas en nuestro país (sin eficacia demostrada). Esta visión es absolutamente reduccionista y no tiene en cuenta recomendaciones de organismos internacionales antes mencionadas como ONUSIDA

que recogen expresamente que estas medidas no constituyen “sexo seguro” sino sólo “*sexo más seguro*” ya que no evitan el riesgo sino que sólo lo disminuyen.

Por eso debe merecer todo respeto la ética que promueve retrasar, o no mantener relaciones, hasta que existan compromisos definidos. El Estado y los agentes sociales decididos por él, no deben por tanto, definir cual es la mejor estrategia de prevención ya que ésta depende, una vez más, de convicciones absolutamente personales que deben ser claramente respetadas.

e) **La prevención de embarazos no planificados** igualmente puede ser abordada desde dos posturas contrapuestas: En una de ellas se podría enfatizar el recurso a las medidas de contracepción, con independencia de que exista o no una estabilidad de pareja y de la frecuencia de intercambios sexuales.

En la otra postura, se asume que la educación debería promover la estabilidad de pareja, reconocer la posible asociación entre sexualidad y reproducción, la responsabilidad que se asume sobre la vida en gestación y la necesidad de fomentar educativamente que debe existir un entorno social de acogida a la vida adecuado.

En definitiva, parece constatable que la educación sexual no puede ser expuesta como un ámbito de neutralidad ideológica salvo que se decida transmitir incertidumbres y dudas a los menores. Lo esperable, más bien, es que las personas a las que se adjudique esta labor transmitirán un mensaje acorde con sus propias vivencias y con las convicciones que toda persona mantiene de modo individual en consonancia con sus elecciones personales. No hay motivos para pensar que profesionales, del carácter que sean, a priori y de modo colectivo, sean capaces de transmitir una formación con connotaciones éticas que no les son propias, mejor que los propios padres que conocen el desarrollo afectivo y emocional de sus propios hijos de modo individualizado acopándose a los ritmos de desarrollo de cada menor.

Mucha menos justificación ética parece haber aún para asumir que estos profesionales desarrollen su labor educativa a espaldas o en contraposición a los progenitores de los menores, sustituyéndolos o reemplazando a éstos en su labor y violando los derechos inherentes de la patria potestad, que en realidad son deberes, hacia los menores a su cargo.

En cambio, sí puede ser deseable que se desarrollen intervenciones sobre salud sexual a grupos específicos de riesgo haciendo llegar previamente la información sobre los contenidos que se van a transmitir a los padres, salvaguardando así en todo momento su voluntariedad de decisión.

El valor del medio familiar

Las campañas de salud sexual dirigidas a adolescentes en nuestro país hasta la fecha, no parecen haber tenido en cuenta el papel del medio familiar. Sin embargo, encuestas de diferente tipo encuentran que los jóvenes sí desearían poder hablar con libertad de estos temas con sus padres. Así echan de menos que se les hable de habilidades de comunicación con el sexo opuesto, mejoras en el aprendizaje de la resolución de conflictos y de aspectos relacionados con el respeto mutuo y la explotación sexual. Además, encuentran problemas a la hora de expresar sus propias necesidades y deseos, debiéndose acoplar en no pocos casos a las presiones del grupo al que pertenecen o de su pareja.

ANÁLISIS JURÍDICO

Quizás la valoración de aspectos legales que, sobre la implantación de la educación sexual con carácter general y obligatorio, se pueda hacer sea la ya realizada por el **Consejo de Estado** en su dictámen sobre la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Se transcriben a continuación algunos de los enunciados del capítulo de dicho dictamen referido a la educación sexual esperando aportar una mayor clarificación de este tema a la luz de la jurisprudencia ya realizada:

El capítulo III del Título I del anteproyecto consultado (artículos 9 y 10) plantea una serie de medidas de educación sexual a insertar en los currícula escolares que puede plantear problemas con relación al artículo 27.3 de la Constitución. En efecto, dicho texto constitucional establece que “lo 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” y es claro que la educación sexual puede incidir en tales convicciones.

La doctrina se ha planteado el problema del alcance de la formación religiosa y moral. Esto es, si se trata de una enseñanza religiosa y moral o si ello supone cuanto de religioso y moral hay en una enseñanza.

Pero tal disyuntiva aparece resuelta por la remisión del artículo 10.2 de la Constitución a “la Declaración Universal de Derechos Humanos y a los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España” como canon interpretativo, dado que el proceso de concreción de los derechos fundamentales que ha tenido lugar en el orden internacional determina una muy concreta interpretación del artículo 27.3 de la Constitución.

En efecto, el artículo 26 de la mencionada Declaración Universal, sobre la base de la libertad de conciencia reconocida en el artículo 18 del mismo texto, afirma que “los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos” y los Pactos de Nueva York de 1966 especificaron qué había de entenderse por “tipo”. Así, el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de 19 de diciembre de 1966 estableció “la libertad de los padres y, en su caso, de los tutores legales para garantizar que los hijos reciban una educación moral y religiosa que esté de acuerdo con sus propias convicciones (artículo 18.4) (...)

Como ha señalado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, no se trata de una enseñanza religiosa y moral como lo que de moral y religioso hay implícito en toda enseñanza (Sentencia TEDH 1976/5, de 7 de diciembre, asunto Kjelsen, Busk y Pedersen contra Dinamarca) y es claro que ello tiene especial incidencia en la educación sexual.

(.../...) debe excluir toda tendencia al adoctrinamiento, de modo que no debe exaltar el sexo ni incitar a los alumnos a dedicarse precozmente a prácticas peligrosas para su equilibrio, su salud o reprobables para los padres. El Tribunal avaló esta

doctrina en el caso Handyside contra Reino Unido de 7 de diciembre de 1976, por considerar que el texto de educación sexual retirado de la circulación por la autoridad británica era excesivamente contundente y explícito y, en consecuencia, lesivo para niños, por razón de su edad, indefensos.

CONCLUSIONES FINALES

A la vista de las reflexiones científica, jurídica y ética aportadas, parece lo más razonable adoptar actitudes prudentes, rehuendo opiniones extremas que pretendan influir en aspectos controvertidos del obrar humano convirtiéndolos en problemas sanitarios, lo que no quiere decir que éticamente podamos desentendernos de esos problemas.

Posiblemente sea necesario revisar parte de la información que actualmente se está dando en diversas campañas de salud pública y objetivar sus resultados cambiando, si es necesario, el mensaje. Quizás para que las medidas preventivas propuestas sean más eficaces la información correspondiente deba ser dirigida específicamente a la correspondiente población de riesgo y no a la población general, según la reciente recomendación de ONUSIDA. Esto permitirá una más eficiente gestión de recursos.

Los mensajes deberían adecuarse al contexto social de los receptores de esa información. En los intentos de cambiar estilos de vida se debería involucrar más al ámbito familiar. En muchos casos, quien más eficazmente puede influir en las decisiones no sólo sobre el tipo de relaciones sexuales o afectivas que se va a mantener, sino también sobre el consumo de alcohol, la prudencia en la conducción, el rechazo a la drogadicción e incluso el hábito de una dieta saludable, es la familia. Las autoridades responsables en salud pública deben entender que el abordaje de diferentes problemas exige una complejidad de servicios sociales con el correspondiente análisis de los mensajes que, desde diferentes sectores, se están enviando a los adolescentes.