



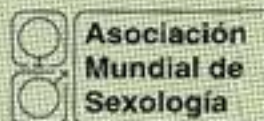
ACTAS DE UNA REUNIÓN DE CONSULTA • ANTIGUA GUATEMALA, GUATEMALA • MAYO DE 2000

Promoción *de la* **Salud Sexual** *Recomendaciones para la acción*



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

En colaboración con





Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Promoción *de la* **salud sexual** *Recomendaciones para la acción*

Actas de una Reunión de Consulta convocada por:

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

En colaboración con la



Asociación Mundial de Sexología (WAS)

Celebrada en:

Antigua Guatemala, Guatemala

19 al 22 de mayo de 2000



CONTENIDO



| | |
|--|----|
| Antecedentes y objetivos | 1 |
| Antecedentes históricos | 1 |
| Justificación | 2 |
| Objetivos de la reunión de consulta | 3 |
| Marco conceptual | 5 |
| Conceptos básicos | 6 |
| Sexo | 6 |
| Sexualidad | 8 |
| Salud sexual | 9 |
| Derechos sexuales | 10 |
| Preocupaciones y problemas que afectan la salud sexual | 15 |
| Preocupaciones relacionadas con la salud sexual | 17 |
| Problemas de salud sexual | 18 |
| Acciones y estrategias para promover la salud sexual | 23 |
| Meta 1 Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual | 25 |
| Estrategia 1.1 Integrar la salud sexual en los programas de salud pública | 25 |
| Estrategia 1.2 Promover la igualdad y la equidad de género y eliminar la discriminación por razones de género | 26 |
| Estrategia 1.3 Promover un comportamiento sexual responsable | 27 |
| Estrategia 1.4 Eliminar el temor, el prejuicio, la discriminación y el odio relacionados con la sexualidad y los grupos considerados minoritarios debido a su orientación sexual | 27 |
| Estrategia 1.5 Eliminar la violencia sexual | 28 |



Meta 2 Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población

| | | |
|----------------|--|----|
| Estrategia 2.1 | Brindar educación sexual integral a nivel escolar | 29 |
| Estrategia 2.2 | Integrar la educación sobre sexualidad en la currícula de las instituciones educativas, según sea el caso | 29 |
| Estrategia 2.3 | Proveer educación integral sobre sexualidad a personas con discapacidades mentales y físicas | 29 |
| Estrategia 2.4 | Brindar acceso a la educación sexual integral a grupos especiales de la población (por ejemplo, reclusos en instituciones penales, inmigrantes indocumentados, personas recluidas en diversas instituciones, indigentes) | 30 |
| Estrategia 2.5 | Brindar acceso a educación sexual integral a otras poblaciones (por ejemplo inmigrantes documentados, minorías étnicas / lingüísticas, refugiados, etc.) | 30 |
| Estrategia 2.6 | Integrar a los medios de comunicación de masas en los esfuerzos para impartir y promover la educación sexual integral | 30 |



Meta 3 Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que trabajan en campos relacionados con la salud sexual.

| | | |
|----------------|--|----|
| Estrategia 3.1 | Proporcionar educación y capacitación en salud sexual para los profesionales de salud y afines | 31 |
| Estrategia 3.2 | Dar educación y capacitación en salud sexual a los maestros de escuela | 31 |
| Estrategia 3.3 | Promover la sexología como una profesión/disciplina | 32 |



Meta 4 Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de salud sexual para la población.

| | | |
|----------------|--|----|
| Estrategia 4.1 | Integrar las cuestiones de salud sexual en los programas existentes de salud pública | 33 |
| Estrategia 4.2 | Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual para la población | 33 |
| Estrategia 4.3 | Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual a personas que tienen discapacidades mentales y físicas | 34 |
| Estrategia 4.4 | Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual a poblaciones especiales (por ejemplo, reclusos en instituciones penales, inmigrantes indocumentados, personas recluidas en instituciones de salud mental u otras, indigentes) | 34 |
| Estrategia 4.5 | Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual a otros grupos de población (por ejemplo, inmigrantes documentados, grupos lingüísticos o étnicos, refugiados) | 34 |





Meta 5 Promover y auspiciar la investigación y la evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante 35

Estrategia 5.1 Promover la investigación y la evaluación sobre salud sexual 35

Estrategia 5.2 Promover la sexología como una disciplina de investigación 35

Estrategia 5.3 Promover la investigación en sexología en otras disciplinas (por ejemplo, enfermería, sociología, antropología, psicología, epidemiología, etc.) 35

Estrategia 5.4 Velar para que los resultados de las investigaciones en sexología se difundan adecuadamente a los planificadores, educadores y proveedores de servicios de salud para suministrarles una base de investigación para su trabajo 35



Apéndice I Declaración de los Derechos Sexuales emanada de la Asociación Mundial de Sexología WAS 37

Apéndice II Clasificación etiológica de las infecciones de transmisión sexual 39

Apéndice III Características de la educación sexual integral 41



Apéndice IV Programa de estudios para el capacitación de profesionales de salud en salud sexual 43

A. Educación en salud sexual para profesionales de salud especializados en programas de salud reproductiva 43

B. Educación en salud sexual para profesionales especializados en programas de prevención y control de ITS y VIH/SIDA. 44

C. Educación en salud sexual y capacitación para profesionales especializados en sexología 45

Apéndice V Recursos para la salud sexual 48

Notas 49

Agradecimientos 56

Participantes 57

Secretariado 58





Antecedentes y objetivos

Antecedentes históricos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó en 1974 a una Reunión sobre Capacitación y Tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: la Formación de profesionales de la salud (Meeting on Education and Treatment of Human Sexuality: The Training of Health Professionals). Dicha reunión tuvo lugar del 6 al 12 de febrero de 1974. En la misma participaron profesionales de diversos países, seleccionados de acuerdo a su experiencia y conocimientos especializados en la enseñanza, la investigación o la clínica en el campo de la sexualidad humana. Se pidió a los asistentes a la reunión que efectuaran un examen crítico de los puntos que se mencionan a continuación y formularan recomendaciones al respecto a:

- Papel de la sexología en los programas de salud, en especial en las actividades de planificación familiar;
- Contenido y metodología de la enseñanza relacionada con la sexualidad humana en las profesiones de la salud;
- Identificación de modelos de tratamiento y consejería que satisfagan las necesidades prioritarias en diversos contextos socioculturales y que puedan ser adoptados por los trabajadores de la salud en general;
- Desarrollo de programas de enseñanza y tratamiento en sexualidad humana;
- Servicios internacionales de referencia y coordinación en el campo de la sexología.

Las conclusiones de esta reunión se plasmaron en el documento *Capacitación y tratamiento en cuestiones de sexualidad humana: La formación de profesionales de la salud*. Informe de una reunión de la OMS, 1975. Informe 01, 1975. Col. Serie de Informes Técnicos No 572.¹ Se trata de un documento histórico que sentó las bases para mejorar la capacitación de los profesionales de salud y prepararlos para que puedan ofrecer educación, consejería y terapia sexuales. Asimismo, dichas conclusiones sirvieron de estímulo para el avance del campo de la sexología y de los centros de recursos relativos a la sexualidad en el mundo entero.

Desde entonces, dos reuniones subsiguientes de la Oficina Regional para Europa de la OMS abordaron los temas relativos a dicho documento.² Empero, los informes no se divulgaron ampliamente y, por ende, las medidas propuestas no se adoptaron extensamente, tal como se había recomendado.

Durante los veinticinco años transcurridos desde la publicación del primer documento han sido numerosos los avances logrados en el ámbito de la sexualidad y en otros campos afines del conocimiento. Tales avances han enriquecido nuestra comprensión y percepción respecto de la complejidad de la educación, la consejería y la terapia sexuales. Ciertas investigaciones han identificado tanto los enfoques e intervenciones que resultan eficaces como los que no lo son. El surgimiento de nuevos problemas, en particular la pandemia del VIH/SIDA, ha intensificado nuestra percepción en relación con la urgente necesidad de mejorar los programas de capacitación en sexualidad y de adoptar un enfoque mucho más concertado e integral de los problemas relativos a la misma.

Con miras a enriquecer y mejorar los esfuerzos anteriores, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), conjuntamente con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), convocó una consulta regional para reevaluar estrategias de promoción de la salud sexual, incluyendo, el papel del sector salud en la consecución y mantenimiento de la salud sexual. El presente documento es el fruto de dicha reunión de consulta, efectuada en Antigua Guatemala, Guatemala, del 19 al 22 de mayo de 2000.

Justificación

Algunos de los acontecimientos más importantes relacionados con la salud sexual han ocurrido en el transcurso de los últimos veinticinco años. Entre dichos adelantos, cabe destacar:

- ◆ Avances en el conocimiento de los distintos aspectos de la sexualidad humana. Esto se ha logrado gracias a la indagación teórica, a investigaciones biomédicas, psicológicas, sociológicas y antropológicas, a la vigilancia epidemiológica y al trabajo clínico—que han contribuido al desarrollo de un campo sumamente complejo, que va más allá de las disciplinas individuales que abarca.
- ◆ El surgimiento de la pandemia de VIH y un mayor reconocimiento respecto del impacto de otras infecciones de transmisión sexual.³ La lucha eficaz contra dichos problemas se fundamenta en lograr cambios en los comportamientos y las prácticas sexuales de la gente. Por ende, la habilidad para promover cambios de comportamiento depende en gran medida de una comprensión adecuada de la sexualidad humana.⁴
- ◆ Formación de un cuerpo sólido de conocimientos derivados de los trabajos y puntos de vista de las académicas feministas. Este conocimiento revela que las sociedades se encuentran articuladas y regidas por un conjunto complejo y generalizado de normas y de hipótesis que se extiende a todas las ramas de la sociedad y a la creación misma del conocimiento. La perspectiva de género ha demostrado que toda consideración de la sexualidad humana estará incompleta si ignoran los conceptos culturales de “masculinidad” y “feminidad”.⁵

- ◆ Definición y consolidación del campo de la salud reproductiva. Esto se refiere en particular a la prioridad dada a la salud reproductiva, que incluye a la salud sexual, en el marco del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.⁶
- ◆ Reconocimiento de la violencia, incluyendo la violencia sexual, especialmente contra la mujer, los niños y las minorías sexuales, como problema grave de salud pública.⁷
- ◆ Reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos. Diversas organizaciones tales como la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)⁸ y la Asociación Mundial de Sexología⁹ han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre los derechos sexuales. Sin embargo, en muchas ocasiones los derechos sexuales se han reconocido únicamente en el marco de la reproducción, como sucedió en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, así como también en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).¹⁰ Por lo tanto, es fundamental adoptar una postura más amplia con miras a lograr el reconocimiento pleno de los derechos sexuales.
- ◆ Una mayor defensa de la causa por los movimientos sociales permitirá lograr el reconocimiento, el respeto y la protección de los derechos de las “minorías” (por ejemplo, de los homosexuales, las lesbianas y los transgéneros).
- ◆ Desarrollo de medicamentos eficaces y seguros que permiten modificar y mejorar el funcionamiento sexual de las personas. Esto ha despertado un nuevo interés en la prevalencia y las consecuencias de las disfunciones sexuales y del comportamiento sexual compulsivo.¹¹

Objetivos de la reunión de consulta

Los objetivos de la presente consulta fueron los siguientes:

- ◆ Establecimiento de un marco conceptual para la promoción de la salud sexual.
- ◆ Identificación de inquietudes y problemas relativos a la salud sexual en la Región de las Américas.
- ◆ Sugerencia de medidas y estrategias destinadas al logro y el mantenimiento de la salud sexual.



Marco conceptual

Es imprescindible contar con definiciones elaboradas por consenso de los principales conceptos utilizados en los ámbitos de sexualidad humana y salud sexual. Es evidente que las definiciones de los conceptos claves son fundamentales para lograr mayor eficacia en la comunicación, divulgación de información y formulación de medidas y programas especiales destinados a la promoción de la salud sexual. Sin embargo, lograr un consenso en este sentido ha resultado ser una empresa ardua.

No hay una definición fácil para el concepto de sexualidad humana. Esta dificultad surge principalmente de que la definición de un concepto es una abstracción¹² y, como tal, no es ajena a la influencia del contexto y del proceso sociocultural e histórico concreto en el que se construye dicha definición.

Otra dificultad que se presenta al intentar definir la sexualidad humana es que a menudo no se establece una diferencia entre sexo y sexualidad. Por consiguiente, suele existir confusión respecto del significado de los términos “sexo” y “sexualidad”. El término “sexo”, según su uso común y dentro de una gran diversidad de entornos, abarca diferentes nociones. La siguiente cita permite ilustrar esta situación: “Aprendemos muy tempranamente por muchos medios, que el sexo ‘natural’ es el que tiene lugar entre personas del ‘sexo opuesto’. El término se refiere tanto a un acto como a una categoría de persona, tanto a una práctica como a un género.”¹³

Con objeto de establecer un marco de referencia adecuado para considerar la salud sexual, resulta necesario definir los conceptos básicos relativos al sexo y a la sexualidad, y lograr un acuerdo en torno a tales definiciones. Como paso inicial, el grupo de expertos que participa en la reunión regional de consulta propone las siguientes definiciones:

Conceptos básicos

Sexo

El término “sexo” se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos.

El significado común del término “sexo” en el lenguaje coloquial comprende su uso como actividad (por ej., tener ‘sexo’) y como un conjunto de comportamientos (por ej., roles sexuales). Empero, en aras de la precisión conceptual, se acordó que en el marco de las discusiones y los documentos de índole técnica, se limitaría el uso del término “sexo” al plano biológico.

Conceptos básicos de sexo, sexualidad y salud sexual

SEXO

El término “sexo”. se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos

SEXUALIDAD

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo , incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción . Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.

SALUD SEXUAL

La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen

Cuadro 1. Conceptos básicos y definiciones de sexo, sexualidad y salud sexual.

Conceptos relacionados con la sexualidad

GÉNERO

El género es la suma de valores, actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. El género, tal como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

IDENTIDAD DE GÉNERO

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia.

ORIENTACIÓN SEXUAL

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos.

IDENTIDAD SEXUAL

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales.

EROTISMO

El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano.

VINCULO AFECTIVO

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos que se construyen y mantienen mediante las emociones. El vínculo afectivo se establece tanto en el plano personal como en el de la sociedad mediante significados simbólicos y concretos que lo ligan a otros aspectos del ser humano. El amor representa una clase particularmente deseable de vínculo afectivo.

Cuadro 2. Conceptos y definiciones afines de género, identidad de género, orientación sexual, identidad sexual, erotismo, vínculo afectivo, actividad sexual, práctica sexual, relaciones sexuales sin riesgo y comportamiento sexual responsable. *(Continúa en la siguiente página)*

ACTIVIDAD SEXUAL

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

PRÁCTICAS SEXUALES

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles.

RELACIONES SEXUALES SIN RIESGO

La expresión “ relaciones seguras sin riesgo “ se emplea para especificar las prácticas y comportamientos sexuales que reducen el riesgo de contraer y transmitir infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH.

COMPORTAMIENTOS SEXUALES RESPONSABLES

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas.

Cuadro 2. Conceptos y definiciones
(continúa de la página 7)

Sexualidad

El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. Basada en el sexo, incluye el género, identidades de sexo y género, orientación sexual, erotismo, vínculo emocional, amor, y reproducción . Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos

Reuniones de consulta anteriores convocadas por la OMS, no aportaron una definición de la sexualidad humana¹⁴ o los conceptos presentados carecían de precisión.¹⁵ Según se define en el presente documento, la sexualidad se refiere a los elementos complementarios de nuestra naturaleza sexual (es decir, la característica humana de ser sexuado). La capacidad humana para entender y atribuir significados, tanto simbólicos como concretos, a experiencias y conceptos constituye la fuerza de vinculación de la sexualidad. Hay un acuerdo generalizado en la bibliografía especializada en cuanto a que la sexualidad se refiere a los significados individuales y sociales del sexo, además de sus aspectos biológicos.¹⁶

Si bien la sexualidad puede abarcar el erotismo, los vínculos afectivos, el amor, el sexo, el género y la reproducción,¹⁷ no todas estas dimensiones tienen que expresarse. La sexualidad se encuentra presente en toda la vida, aunque es posible que las expresiones e influencias que repercuten en la sexualidad difieran con el correr de los años.¹⁸ La sexualidad está circunscrita por un contexto histórico y cultural concreto y, por ende, está determinada por costumbres, tradiciones y valores y ella, a su vez, repercute en estos. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Además de que hay acuerdo en que los elementos socioculturales (significados compartidos) de la sexualidad son vitales para la conceptualización de la sexualidad humana, existe una clara tendencia en los enfoques teóricos de que la sexualidad se refiere no solamente a las capacidades reproductivas del ser humano, sino también (y en muchas circunstancias, principalmente) al placer.¹⁹

Algunos teóricos, han considerado otro elemento de la sexualidad: el vínculo afectivo o amor.²⁰ La bibliografía psicoanalítica abarca las consideraciones del amor, la patología del amor y la sexualidad a menudo en un lenguaje en el que el amor no puede distinguirse en relación con otras expresiones sexuales tales como la atracción erótica.²¹ Sin embargo, algunos hallazgos recientes plantean la posible existencia de un sistema neurobiológico bien diferenciado que rige el apego y la formación de las parejas en los animales²² y cumpliría la misma función en los seres humanos.²³

Salud sexual

El término “salud sexual” se refiere a la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Desde el punto de vista histórico, diferentes grupos han empleado el término “salud sexual” para referirse a conceptos distintos. Algunos opinan que el término se ha utilizado como un eufemismo para designar la información sobre las infecciones de transmisión sexual; otros consideran que dicho término se ha empleado para fomentar un enfoque estrecho de la educación relativa a la reproducción. A partir de la definición anterior debería quedar claro que el presente documento propone un significado integral de dicho concepto. La Organización Mundial de la Salud declara que la salud es un estado completo de bienestar físico, social y mental y no consiste solamente en la ausencia de enfermedad o acha-

ques.²⁴ Esta definición, que a simple vista no plantea dudas, resulta menos convincente cuando se aplica al comportamiento. Hoy por hoy continua el debate en torno a las consecuencias de definir la salud cuando la definición se aplica a comportamientos. Existen puntos de vista que no conceptualizan a la salud como un campo que debería interesarse en los comportamientos y los estilos de vida.²⁵ Dichos enfoques cuestionan la validez de las definiciones relacionadas con un marco de referencia definido en función de los valores²⁶ y proponen que la salud se defina en términos de indicadores cuantificables de condiciones claramente definidas.

Un elemento fundamental en esta controversia es el debate sobre los valores y la salud. Algunos teóricos definen la salud sin tomar en cuenta los valores; otros defienden el concepto de salud definido en función de los valores.²⁷ Un tercer grupo pone en tela de juicio la viabilidad misma de las proposiciones científicas desprovistas de valores.²⁸ El grupo de expertos, consideró como más plausible, aquella posición que reconoce que la actividad científica, y por consiguiente, la atención y la promoción de la salud basadas en la ciencia no pueden llevarse a cabo desde una perspectiva totalmente desligada de los valores; por ende, las propuestas, definiciones y conceptos basados en valores resultan inevitables. Debería quedar claro, a partir de la definición anterior, que el presente documento plantea un significado integral de dicho concepto. La definición de la OMS, ya mencionada, es quizás el mejor ejemplo de esta posición, pues la salud se define fundamentalmente en términos de bienestar. El bienestar es un estado definido por los valores.

Por lo tanto, el grupo de expertos acordó que la formulación de una definición de la salud sexual es a la vez una tarea posible y recomendable siempre que la definición se derive del concepto de derechos sexuales y lo abarque.

Las definiciones básicas de sexo, sexualidad y salud sexual se resumen en el cuadro 1. Los términos relacionados con la sexualidad se definen en el cuadro 2.

Derechos sexuales

Los derechos humanos son inherentes a los seres humanos; empero, el reconocimiento de los derechos inherentes no crea derechos per se.

Los derechos humanos están por encima de los valores culturales. Si una cultura en particular tiene una costumbre que va en contra de un derecho humano, es necesario cambiar el valor cultural, como sucede en el caso de la práctica cultural de la mutilación genital femenina.²⁹ El enfoque de los derechos humanos en materia de promoción de la salud se ha estipulado explícitamente en el caso de la promoción de la salud reproductiva.³⁰

El reconocimiento de los derechos sexuales se encuentra en proceso de evolución. Los derechos humanos son aquellos principios que se consideran universalmente como protectores de la dignidad humana y promotores de la justicia, la igualdad, la libertad y la vida misma. Dado que la protección de la salud es un derecho fundamental del ser humano, es obvio que la salud sexual conlleva derechos sexuales.

El grupo de expertos recomienda firmemente que las organizaciones internacionales, tales como la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, promuevan y se conviertan en defensoras de la causa

para lograr el consenso acerca de la declaración de los derechos sexuales universales del ser humano, emanada de la Asociación Mundial de Sexología (véase el cuadro 3).

Declaración de los derechos sexuales de la Asociación Mundial de Sexología

El derecho a la libertad sexual.

El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.

El derecho a la privacidad sexual.

El derecho a la equidad sexual.

El derecho al placer sexual.

El derecho a la expresión sexual emocional.

El derecho a la libre asociación sexual.

El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.

El derecho a información basada en el conocimiento científico.

El derecho a la educación sexual integral.

El derecho al atención de la salud sexual.

Cuadro 3. Esta lista se tomó de la Declaración sobre los derechos sexuales emitida por la Asociación Mundial de Sexología. El texto completo de esta declaración se presenta en el Apéndice I.

CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD SEXUAL

La salud sexual puede reconocerse tanto en el plano personal como en el de la sociedad. En el plano personal, existen comportamientos concretos que se han identificado como comportamientos que caracterizan a la persona sexualmente sana. Estos se presentan en la lista denominada “Comportamientos de Vida del Adulto Sexualmente Sano”. Los grupos de expertos proponen que se adopte esta lista, que ha sido validada en varios países (véase el cuadro 4).

Lista de SIECUS³¹ sobre Comportamientos de Vida del Adulto sexualmente sano. Una persona adulta sexualmente sana:

- Valora su propio cuerpo.
- Busca información sobre la reproducción según sea necesario.
- Afirma que el desarrollo del ser humano comprende el desarrollo sexual, el cual puede o no incluir la reproducción o la experiencia sexual genital.
- Interactúa con ambos géneros de una manera respetuosa y adecuada.
- Afirma su orientación sexual y respeta la orientación sexual de los demás.
- Expresa su amor e intimidad en forma apropiada.
- Establece y mantiene relaciones significativas.
- Evita toda relación basada en la explotación y la manipulación.
- Toma decisiones con conocimiento de causa respecto a opciones de familia y estilos de vida.
- Muestra destrezas que mejoran las relaciones personales.
- Se identifica y vive de acuerdo con sus propios valores.
- Es responsable de sus propios actos.
- Practica la toma de decisiones eficaz.
- Se comunica de manera eficaz con su familia, sus compañeros y su pareja.
- Disfruta y expresa su sexualidad durante el transcurso de su vida.
- Expresa su sexualidad de manera congruente con sus propios valores.
- Es capaz de reconocer los comportamientos sexuales que realzan la vida y los que son perjudiciales para sí mismo o para los demás.
- Expresa su sexualidad a la vez que respeta los derechos de los demás.
- Busca información nueva que le permita mejorar su sexualidad.
- Utiliza métodos anticonceptivos de manera eficaz a fin de evitar embarazos no deseados.
- Evita el abuso sexual.
- Busca atención prenatal oportuna.
- Evita contraer o transmitir infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.
- Practica comportamientos que promueven la salud, tales como reconocimientos médicos regulares, autoexámenes de los testículos o de los senos, e identificación oportuna de posibles problemas.
- Muestra tolerancia hacia personas con diferentes valores y modos de vida sexuales;
- Ejerce sus responsabilidades democráticas a objeto de tener influencia en la legislación relativa a los asuntos sexuales.
- Evalúa la repercusión de los mensajes familiares, culturales, religiosos, de los medios de comunicación y de la sociedad en los pensamientos, sentimientos, valores y comportamientos personales relacionados con la sexualidad.
- Promueve los derechos de todas las personas a tener acceso a información fidedigna acerca de la sexualidad.
- Evita los comportamientos que conllevan prejuicio e intolerancia.
- Rechaza los estereotipos respecto de la sexualidad de las diversas poblaciones.

Cuadro 4. Lista de comportamientos de vida de un adulto sexualmente sano por el Consejo de Educación e Información sobre Sexualidad de los Estados Unidos (SIECUS).

La salud sexual puede identificarse igualmente en el plano de la sociedad. El grupo de expertos identificó varias características de una sociedad sexualmente sana, que figuran en el cuadro 5, a continuación.

Características de una Sociedad Sexualmente Sana

Las sociedades que protegen y dan prioridad a la salud sexual de sus miembros muestran las siguientes características:

Compromiso político. El Estado reconoce que la salud sexual es un derecho fundamental del ser humano y se hace responsable de la promoción de la salud sexual.

Políticas explícitas. Las instituciones sociales, entre ellas las entidades gubernamentales, formulan, desarrollan y ponen en práctica políticas públicas que comprenden instrucciones claras y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual como derecho humano fundamental.

Legislación. Para la promoción de la salud sexual es indispensable que haya leyes vigentes destinadas a proteger los derechos sexuales. Es fundamental contar con leyes que protejan de la explotación a las personas vulnerables (por ej., prohibición de la prostitución infantil); reconocer los derechos de todas las personas a la integridad del cuerpo (por ej., protección contra la mutilación genital); proteger a las minorías sexuales para que se respeten sus derechos humanos tan fundamentales como educación, salud y empleo (por ej., legislación contra la discriminación); y promover la igualdad en todas las dimensiones sexuales (por ej. legislación relativa a la igualdad de oportunidades).

Buena educación. Un elemento necesario de una sociedad sexualmente sana es el acceso universal a la educación sexual integral acorde con la edad, a todo lo largo de la vida.

Infraestructura suficiente. A objeto de garantizar el acceso de las personas a los servicios, es necesario contar con una infraestructura de profesionales y paraprofesionales especializados en la resolución de problemas e inquietudes de índole sexual. Esto incluye ofrecer a los profesionales programas de especialización en salud sexual.

Investigación. Una sociedad comprometida con la salud sexual de los miembros que la integran apoya las investigaciones adecuadas y concretas destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública. Esto abarca la investigación relativa a las inquietudes emergentes (por ej., nuevas infecciones) y la vigilancia para estimar la extensión y tendencias de condiciones que afectan la salud y que pueden ser prevenidas (por ej., tasas de relaciones sexuales peligrosas en poblaciones de alto riesgo, tasa de violencia sexual, prevalencia de disfunciones sexuales, etc.).

Vigilancia adecuada. La vigilancia es necesaria para supervisar los indicadores biomédicos y de comportamiento que miden las inquietudes y los problemas de salud sexual.

Cultura. Es necesario lograr una cultura de apertura hacia la salud sexual que a la vez asigne a ésta la prioridad que le corresponde. Algunos indicadores tales como calidad de la información suministrada por los medios sobre las inquietudes relativas a la salud sexual, y el grado en que pueden promoverse abiertamente los mensajes sobre salud pública atinentes a las graves amenazas a la salud sexual, pueden servir para medir la cultura.

Cuadro 5. Características de una Sociedad Sexualmente Sana



Preocupaciones y problemas que afectan la salud sexual

Las preocupaciones y los problemas que afectan a la salud sexual se manifiestan cada vez que las situaciones de vida relacionadas con la sexualidad exigen la intervención de personas o la sociedad, o de ambas, en vista de su repercusión en el bienestar y la calidad de vida. La gama de inquietudes y problemas sobre la salud sexual es muy amplia y abarca desde las preocupaciones que se perciben como “parte de la vida” hasta las que representan una amenaza para el bienestar de las personas e incluso para la vida. No obstante, todas las preocupaciones y los problemas exigen la atención de todos los estratos de la sociedad, en especial del sector de la salud, ya sea para que se apliquen medidas preventivas o se ejecuten programas de atención, integrados y adecuados.

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.

Pandemia del VIH/SIDA. Las inquietudes y los problemas relacionados con la salud sexual repercuten en diversas ramas de la actividad humana tanto en el plano personal como social. Por ejemplo, la propagación del VIH, principalmente por medio del contacto sexual sin protección, ha resultado en unos 35 millones de personas infectadas y en más de 19 millones de decesos en todo el mundo desde el comienzo de la epidemia. Las comunidades en general padecen los efectos de la pandemia del SIDA toda vez que existen cerca de 13 millones de niños y jóvenes huérfanos a raíz de la muerte de uno de sus padres, o de ambos, por causa del VIH. Por otra parte, según cálculos de la OPS, en la Región de las Américas hay 2,5 millones de personas infectadas por el VIH.

La pandemia del VIH/SIDA ha puesto de relieve la extrema gravedad de las infecciones de transmisión sexual. Cada año, muere un millón de personas como resultado de las infecciones del aparato reproductor, tales como las infecciones de transmisión sexual (ITS) distintas del VIH/SIDA. Se ha calculado que es posible que cada año ocurran en el mundo 333 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual.

Violencia. En el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial se calculaba que las mujeres entre 15 y 44 años de edad pierden una cantidad significativa de años de vida saludables (DHYL) a causa de las violaciones y la violencia doméstica, lo cual puede estar relacionado con la inequidad de género y el comportamiento irresponsable. Los estudios muestran que las sobrevivientes de violaciones presentan índices altos de trastornos por estrés postraumático persistente y constituyen el grupo más numeroso diagnosticado con este trastorno. Las víctimas de la violación son nueve veces más propensas que aquellas que no son víctimas, a cometer suicidio y a sufrir de depresión grave. Además, entre 50 y 60 por ciento de las víctimas sufren de disfunción sexual, incluido el temor al acto sexual y problemas de excitación sexual. Un estudio basado en los registros de la Maternidad de Lima, Perú, reveló que 90 por ciento de las madres jóvenes, entre 12 y 16 años de edad, habían quedado embarazadas como consecuencia de una violación. En Costa Rica, una organización que trabaja con madres adolescentes señaló que 95 por ciento de las jóvenes embarazadas que acudían en busca de apoyo menores de 15 años, habían sido víctimas de incesto.³²

La repercusión y la gravedad de los problemas relacionados con el género (en particular los relacionados con la inequidad de género) están generalizadas. Mundialmente, se ha reconocido la importancia de abordar este tema y de encontrar soluciones a este problema.³³

Disfunciones sexuales. Recientemente, se ha puesto de relieve el problema de los síndromes sexuales. Se ha establecido la prevalencia de las disfunciones sexuales en algunos grupos de población. Por ejemplo, en Estados Unidos, se ha notificado una prevalencia del 43 por ciento para las mujeres y del 31 por ciento para los varones.³⁴ Las disfunciones sexuales se han correlacionado con niveles más bajos de calidad de vida,³⁵ así como también con otros problemas de salud tales como: cardiopatías, hipertensión, diabetes, medicamentos utilizados para tratar tales padecimientos e índices elevados de enojo y depresión.³⁶

Si bien las cifras que se acaban de mencionar pueden parecer muy alarmantes, no son en realidad más que una pequeña muestra en un campo que apenas se perfila como un problema de salud pública. Toda medida tendiente a reducir la magnitud y la gravedad de las situaciones que afectan a la salud sexual exige la adopción de un enfoque amplio e integral que vaya más allá del paradigma curativo de la salud.

Las preocupaciones respecto a la salud sexual son situaciones de vida que exigen la toma de medidas preventivas y educativas por parte de la sociedad para garantizar que sus miembros alcancen y mantengan la salud sexual adecuada. Los problemas de salud sexual provienen de situaciones, ya sea en un individuo, una relación o en la sociedad, que exigen la adopción de medidas concretas que permitan la identificación, prevención y tratamiento de dichos problemas para alcanzar finalmente su resolución. El nivel necesario de capacitación de los profesionales es diferente según se trate de abordar las preocupaciones o problemas de salud sexual. La resolución de los problemas sexuales por lo general necesita la presencia de profesionales capacitados en el campo clínico, mientras que las inquietudes sexuales pueden ser abordadas y manejadas por una amplia gama de profesionales que a menudo no necesitan capacitación clínica especializada.

El grupo de expertos recomienda que se aborden las siguientes preocupaciones y problemas sexuales con miras a fomentar la salud sexual en el seno de las sociedades (véase el cuadro 6).

Preocupaciones relacionadas con la salud sexual

La siguiente no es una lista exhaustiva, sino más bien un conjunto de ejemplos e ilustraciones de algunas situaciones preocupantes que pueden afectar la salud sexual. Cada una de estas inquietudes permite la evaluación adecuada de las necesidades de información, orientación y atención que exigen la adopción de medidas, tanto por parte de organismos e instituciones gubernamentales como no gubernamentales, en especial el sector de la salud.

Preocupaciones relacionadas con la salud sexual

1. Situaciones relacionadas con la integridad corporal y sexual que pueden afectar la salud sexual

- Dificultad en lograr comportamientos que promuevan la salud a fin de identificar prontamente los problemas sexuales (por ej., reconocimientos médicos y exámenes de salud regulares, autoexamen de las mamas y de los testículos)
- Eliminar forma de coerción sexual como, por ejemplo, de la violencia sexual (incluido el abuso y el acoso sexuales)
- Existencia de mutilaciones corporales (por ej., mutilación genital femenina)
- Necesidad de estar libre de contraer o transmitir de infecciones de transmisión sexual (lo que incluye pero no se limita al VIH/SIDA)
- Necesidad de reducir las consecuencias sexuales de las discapacidades físicas o mentales.
- Necesidad de reducir la repercusión en la vida sexual de las condiciones o tratamientos médico-quirúrgicos.

2. Situaciones relacionadas con el erotismo que pueden afectar la salud sexual

- Falta o insuficiencia de conocimientos acerca del cuerpo, particularmente en cuanto a respuesta y placer sexuales
- Necesidad de reconocimiento del valor del placer sexual disfrutado durante el transcurso de la vida de manera segura y responsable, dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás
- Necesidad de promover la práctica de las relaciones sexuales seguras y responsables
- Necesidad de fomentar la práctica y el disfrute de las relaciones sexuales consensuales, libres de explotación, honestas y mutuamente placenteras

3. Situaciones relacionadas con el género que pueden afectar la salud sexual

- Falla en el reconocimiento y observación de equidad de género
- Necesidad de estar libre de todas las formas de discriminación basada en el género
- Necesidad de lograr el respeto y la aceptación de las diferencias de género

4. Situaciones relacionadas con la orientación sexual que pueden afectar la salud sexual

- Existencia de discriminación basada en la orientación sexual
- Falta de libertad para expresar la orientación sexual personal de una manera segura y responsable dentro de un conjunto de valores que respete los derechos de los demás

Cuadro 6. Preocupaciones relacionadas con la salud sexual.
(Continúa en la siguiente página)

5. Situaciones relacionadas con los vínculos afectivos que pueden afectar la salud sexual

- Necesidad de estar libre de relaciones de explotación, coercitivas, violentas o de manipulación
- Necesidad de obtener información acerca de la elección de opciones y estilos de vida familiares.
- Necesidad de contar con destrezas, tales como la toma de decisiones, comunicación, seguridad en sí mismo y negociación, que permitan mejorar las relaciones personales
- Necesidad de lograr una expresión respetuosa y responsable del amor y la intimidad
- Prevención y cuidado adecuado del desajuste y la aflicción de la pareja
- Manejo adecuado de la separación y el divorcio

6. Situaciones relacionadas con la reproducción que pueden afectar la salud sexual

- Necesidad de tomar decisiones fundamentadas y responsables acerca de la reproducción independientemente de la edad, el género y el estado civil
- Necesidad de tomar decisiones y adoptar prácticas responsables en relación con la reproducción
- Insuficiente acceso a la atención de la salud reproductiva
- Insuficiente acceso a la maternidad sin riesgo
- Falta de servicios de prevención y cuidado de la infertilidad

Cuadro 6. Preocupaciones relacionadas con la salud sexual.
(Continúa de la página 17)

Problemas de salud sexual

Los problemas de salud sexual provienen de situaciones, ya sea en un individuo, una relación o en la sociedad, que exigen la adopción de medidas concretas que permitan la identificación, prevención y tratamiento de dichos problemas y, finalmente, su resolución.

En el pasado, la utilización del término “patología” para denotar problemas sexuales ha causado mucha controversia. El significado general y claro del término “patología” en otros terrenos de la atención de salud se pierde con frecuencia al aplicarlo a los problemas e inquietudes sexuales en vista de la naturaleza de los problemas en cuestión. De allí que el grupo de expertos recomiende el uso del término “problema sexual” en lugar de “patología” para referirse a estos problemas.

Otra recomendación es el uso de la clasificación sindrómica. Los síndromes clínicos definen un conjunto de síntomas y quejas que inhiben significativamente el ejercicio de los derechos sexuales de la persona y alteran su salud sexual.

La adopción de un enfoque sindrómico ofrece diversas ventajas. Los síndromes son fáciles de identificar. El conocimiento de la existencia del problema, tanto a nivel del personal de salud como del público en general es más fácil de lograr cuando se conocen los problemas en el ámbito del síndrome. Además, una clasificación sindrómica es más sucinta y puede utilizarse para fines epidemiológicos. Gran parte

de los conocimientos actuales en torno a la epidemiología de algunas de estas categorías se encuentra a nivel del síndrome.³⁷ En categorías tales como las infecciones de transmisión sexual es posible tomar medidas de manera eficaz desde el punto de vista de la salud pública si se adopta un enfoque sindrómico.³⁸

Asimismo, muchos problemas sexuales son causados por una serie bastante compleja de etiologías. Por ejemplo, en las disfunciones sexuales persiste la necesidad de un diagnóstico basado en la etiología aun cuando se haya identificado el síndrome.³⁹ Una clasificación de síndrome ayuda a no perder de vista que las categorías mencionadas son síndromes y no entidades clínicas clasificadas etiológicamente. Dadas las razones expuestas anteriormente, el grupo de expertos recomienda firmemente la adopción de un enfoque sindrómico para la clasificación de los problemas de salud sexual.

Los síndromes clínicos son más bien categorías artificiales que se crean sobre la base de un acuerdo amplio entre los profesionales. Prácticamente hay consenso respecto de muchos de los síndromes clínicos que se presentan en la clasificación propuesta: las disfunciones sexuales son un buen ejemplo del proceso de consenso. No obstante, en otras categorías tales como los síndromes de comportamiento sexual compulsivo, el proceso de consenso se encuentra aún en las etapas iniciales de formación.

Por lo tanto, los problemas sexuales se presentan en el presente documento como síndromes. Cada uno de estos problemas permite evaluar de manera adecuada la información, orientación, prevención, identificación temprana, necesidad de otras evaluaciones diagnósticas, y curso del tratamiento, rehabilitación o necesidades de atención, o ambas, y explicitan la necesidad de la adopción de medidas por parte de organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, entre ellos, el sector de la salud. Los problemas sexuales se dividen en las siguientes categorías de síndrome (véase el cuadro 7):

Problemas de salud sexual (síndromes clínicos)

1. Síndromes clínicos que alteran el funcionamiento sexual (disfunciones sexuales)

- Deseo sexual hipoactivo
- Aversión sexual
- Disfunción de la excitación sexual de la mujer
- Disfunción eréctil masculina
- Disfunción orgásmica femenina
- Disfunción orgásmica masculina
- Eyaculación precoz
- Vaginismo
- Síndromes de dolor sexual (incluida la dispareunia y demás síndromes dolorosos)

2. Síndromes clínicos relacionados con el trastorno del vínculo afectivo/amor (llamados también parafilias)

- Exhibicionismo
- Fetichismo
- Frotaurismo
- Pedofilia
- Masoquismo sexual
- Sadismo sexual
- Travestismo fetichista
- Voyeurismo
- Parafilias no especificadas

3. Síndromes clínicos relacionados con comportamiento sexual compulsivo

- Búsqueda compulsiva de relaciones y de parejas múltiples
- Fijación compulsiva en una pareja inalcanzable
- Autoerotismo compulsivo
- Aventuras amorosas compulsivas
- Comportamiento sexual compulsivo en una relación

4. Síndromes clínicos que entrañan conflictos de identidad de género

- Disforia de género en la niñez
- Disforia de género en la adolescencia
- Disforia de género en la edad adulta
- Síndromes intersexuales
- Síndrome de identidad de género no especificado

5. Síndromes clínicos relacionados con violencia y victimización

- Síndromes clínicos posteriores al abuso sexual en la niñez o minoría de edad (incluido, entre otros, el trastorno de estrés postraumático)
- Síndromes clínicos posteriores al acoso sexual
- Síndromes clínicos posteriores a la violación
- Fobia clínica centrada en la sexualidad (por ej., homofobia, erotofobia)
- Síndromes clínicos relacionados con la participación en amenazas o actos de violencia centrados en el sexo o la sexualidad (por ej., violar a otra persona)
- Patrones de comportamiento sexual de riesgo que expone a la persona misma y a los demás al peligro de contraer la infección por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual.

Cuadro 7. Problemas de salud sexual (síndromes clínicos)

6. Síndromes clínicos relacionados con la reproducción

- Esterilidad
- Infertilidad
- Embarazo no deseado
- Complicación del aborto

7. Síndromes clínicos relacionados con las infecciones de transmisión sexual

(En el Apéndice II se incluye una clasificación etiológica)

- Úlcera genital
 - No vesicular
 - Vesicular
- Úlcera oral
 - No vesicular
 - Vesicular
- Úlcera rectal
 - No vesicular
 - Vesicular
- Vesicular Exudado / flujo / deyección
 - Uretral
 - Vaginal
 - Rectal
- Dolor en la parte baja del abdomen en la mujer
- Infecciones e infestaciones asintomáticas de transmisión sexual (incluso el VIH)
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (posterior a la infección por el VIH)

8. Síndromes clínicos relacionados con otros trastornos

- Síndromes clínicos posteriores a la discapacidad o enfermedad
- Síndromes clínicos posteriores a una enfermedad física o mental
- Síndromes clínicos posteriores a la medicación u otras intervenciones médicas y quirúrgicas
- Trastornos colorrectales
- Síndromes clínicos posteriores a otros trastornos

Cuadro 7. Problemas de salud sexual (síndromes clínicos)



Acciones y estrategias para promover la salud sexual

El logro de la salud sexual es una prioridad en todas las sociedades. A fin de alcanzar una salud integral, es imperativo promover y mantener la salud sexual. Un nuevo énfasis en la prevención y cuidado de las inquietudes y problemas sexuales reforzaría los grandes logros alcanzados en la Región de las Américas en muchos campos de la atención de salud. En particular, se han desplegado esfuerzos significativos en el sector de la salud reproductiva y la prevención y control del VIH/SIDA. El grupo de expertos acordó que el objetivo fundamental del mejoramiento de la salud podría alcanzarse de una manera más eficaz si se adoptara un enfoque más amplio de la sexualidad tal como la conceptualización propuesta en el presente documento.

La salud sexual es un concepto de gran amplitud. Toda medida y estrategia destinada a su logro y mantenimiento debería permitir el mejoramiento de la salud y, por consiguiente, el mejoramiento del bienestar personal y de la sociedad.

Además de un enfoque integral destinado a mejorar la salud, el grupo de expertos convino en que el reconocimiento de los derechos humanos constituye un medio eficaz para la promoción de cambios sociales, políticos, legales y culturales. La OMS ha reconocido la salud como un derecho humano fundamental.⁴⁰ Puesto que la promoción de la salud sexual exige cambios en la sociedad, las políticas, las leyes y la cultura, se recomienda su promoción dentro del marco de los derechos humanos.

Por ejemplo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estableció una política oficial que declara lo siguiente:

Los Derechos Humanos se basan en el respeto por la dignidad y el valor de todos los seres humanos y procuran asegurar la libertad del temor y el deseo. Arraigado en los principios éticos (y generalmente inscrito en el marco constitucional y legal de un país), los derechos humanos son esenciales para cada hombre, mujer y niño. Sentado como premisa en las normas fundamentales e inviolables, son universales e inalienables.⁴¹

El grupo de expertos recomendó las cinco metas siguientes para los organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, incluido el sector salud de la Región de las Américas:

Meta 1. Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual.

Meta 2. Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población.

Meta 3. Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que se desempeñan en campos relacionados con la salud sexual.

Meta 4. Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de salud sexual y brindar a la población el acceso a dichos servicios.

Meta 6. Promover y auspiciar la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.

El grupo de expertos identificó igualmente diversas estrategias para la puesta en práctica de la lista de metas anteriormente expuesta. Tales metas se desglosan en las secciones que siguen.

META 1**Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual**

La salud sexual debe promoverse entre todos los miembros de la sociedad. El grupo de expertos hizo hincapié en la necesidad de reconocer los derechos sexuales de todas las personas, incluidas las que tengan discapacidades mentales y físicas.

Los esfuerzos destinados a la promoción de la salud sexual serán más eficaces si se toman en cuenta todos los elementos de la sexualidad, en vez de adoptar únicamente enfoques parciales. Por lo tanto, es necesario que la inclusión de la salud sexual en los programas de salud pública dé cabida a las todas dimensiones de la salud sexual (por ej., desarrollo de los vínculos afectivos/amor del género y la salud reproductiva).

El placer erótico es una dimensión del ser humano que con frecuencia se ha negado como necesidad fundamental, positiva, gratificante y promotora de la salud. Estudios recientes demuestran que la importancia de la experiencia erótica tiene consecuencias hasta en el plano fisiológico.⁴²

El placer erótico se ha estigmatizado aún más cuando se experimenta como autoerotismo (generalmente conocido como masturbación). Sin embargo, en la bibliografía científica no hay pruebas de los efectos perjudiciales de este comportamiento. Más aún, los sexólogos clínicos están de acuerdo en que la promoción del comportamiento autoerótico es beneficiosa para el tratamiento de una serie de disfunciones sexuales. Además, se ha observado que el valor del autoerotismo constituye una herramienta importante para la promoción de relaciones sexuales sin riesgo.⁴³

Cabe señalar que el estigma en torno al placer sexual ha dado lugar a la eliminación de toda mención del placer en muchos programas de educación sexual. Esta omisión incide en el comportamiento de búsqueda de atención de salud. Las personas que tienen problemas o inquietudes con respecto a su placer sexual no buscan la ayuda de profesionales con la frecuencia que cabría esperar en vista de la prevalencia de los problemas de esta índole.⁴⁴

No se debe subestimar la importancia del vínculo afectivo/amor sano. La importancia de contar con un entorno sano donde reine el afecto ha sido reconocida por los científicos desde hace mucho tiempo. En el marco de estudios con una orientación más biológica, las experiencias tempranas de la vida caracterizadas por el contacto físico han mostrado ser un elemento necesario para el desarrollo y fundamental para la maduración del sistema nervioso central.⁴⁵

Estrategia 1.1 Integrar la salud sexual en los programas de salud pública.

Son numerosas las pruebas científicas que indican que las inquietudes y problemas relativos a la salud sexual pueden abordarse más fácilmente si las medidas preventivas y el tratamiento se integran a programas de salud más amplios. Si bien es necesaria la adopción de medidas específicas en ciertos programas, es indispensable incluir la salud sexual en los programas de salud pública.

En tal sentido, se identificaron las siguientes medidas específicas como parte de esta estrategia:

- **Crear estrategias y planes nacionales específicos sobre salud sexual.**
- **Promover la formulación de leyes que garanticen la viabilidad de las estrategias nacionales de salud sexual.**
- **Incluir un enfoque sobre salud sexual en los programas de salud existentes.**
- **Crear indicadores de salud sexual para utilizarlos en la formulación y evaluación de políticas y programas.**
- **Propiciar el consenso en la definición y clasificación de los problemas sexuales.**
- **Crear pautas para prácticas adecuadas para los problemas sexuales.⁴⁶**

Estrategia 1.2 Promover la igualdad y la equidad de género y eliminar la discriminación por razón de género.

Desde los primeros trabajos sobre el feminismo teórico y empírico, han surgido cada vez más pruebas de los vínculos existentes entre el género y la salud.⁴⁷ En particular, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) al igual que la Conferencia de Beijing han contribuido a reforzar la idea de que hasta tanto no se tome en cuenta el género, no podrán alcanzarse las metas de desarrollo relacionadas con la salud.

Con miras a lograr esta estrategia, es indispensable adoptar medidas que abarquen una amplia gama de aspectos, desde cambios en las políticas que parecen no estar relacionados con asuntos de salud, a la sensibilización en torno a las necesidades específicas de salud del hombre y la mujer. Dichas medidas van más allá del reconocimiento de que las relaciones sexuales son relaciones de género. Pese a las discusiones que colocan al género conceptualmente en el marco de la sexualidad o el género y a la sexualidad como parte de un sistema, no cabe duda de que la salud sexual no puede abordarse si no se toman debidamente en cuenta el género ni sus consecuencias de poder.

Entre los elementos de esta estrategia cabe destacar:

- **Presión e intercesión para la introducción y cambio de políticas públicas que repercutan en las disparidades de género, tales como promoción de la educación formal de las niñas.**
- **Introducción de una perspectiva de género en la planificación y puesta en marcha de servicios de salud sexual. Por ejemplo, en asuntos tan sencillos como tener en cuenta las diferencias en la disponibilidad de tiempo de hombres y mujeres para acudir a los servicios de atención de salud.**
- **Cerciorarse de que la educación de la sexualidad incluya siempre el análisis de género y haga hincapié especial en el derecho del hombre y la mujer a la equidad e igualdad sexuales.**
- **Propiciar la adopción de medidas que faciliten a los varones discutir y entender los cambios en los roles de género y “la nueva masculinidad”. Éste es un tema importante dada la posible amenaza que los cambios en la situación de la mujer pueda presentar a la sexualidad masculina, en particular en aquellas sociedades donde ésta se encuentra ligada al dominio y a la supremacía.**
- **Sensibilización de todos los proveedores de salud acerca de sus propios sesgos con respecto al género.**

Estrategia 1.3 Promover un comportamiento sexual responsable.

Un comportamiento sexual responsable se expresa a nivel individual, interpersonal y comunitario. Este se caracteriza por autonomía, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda del placer y bienestar. La persona cuyo comportamiento sexual es responsable no se propone hacer daño, y se abstiene de explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad promueve comportamientos sexuales responsables al suministrar conocimiento, recursos y derechos que las personas necesitan para adoptar estas prácticas.

Para ser sexualmente sanas, las personas deben comportarse de manera responsable; por lo tanto, la responsabilidad es uno de los valores más importantes que es necesario promover. La búsqueda de comportamientos sexuales responsables puede producir resultados positivos en cuanto a su costo-beneficio y, por ende, reducir la carga que pesa sobre la sociedad por causa de la morbilidad, a la vez que aumenta el bienestar. Los componentes de esta estrategia son:

Inclusión de la responsabilidad como un valor que debe promoverse en todos los programas de educación sexual.

- ***Ejecución de programas de educación de adultos, que aborden específicamente las necesidades de los padres, ya que ellos son los agentes más inmediatos y eficientes en la promoción de un comportamiento sexual responsable.***
- ***Participación de los medios de comunicación en la introducción del tema de un comportamiento sexual responsable en sus mensajes, abordando el tema directamente en programas de radio o publicaciones especiales, o lanzando campañas concretas.***
- ***Introducción de leyes para promover un comportamiento sexual responsable.***

Estrategia 1.4 Eliminar el temor, prejuicio, discriminación y odio relacionados con la sexualidad y las minorías sexuales.

El temor, el prejuicio, la discriminación y el odio en relación con la sexualidad y los grupos minoritarios son obstáculos a la salud sexual. El temor nace de la ignorancia y de la falta de información. Hay abundantes pruebas científicas de que los individuos desarrollan comportamientos más sanos a medida que aumentan sus conocimientos.⁴⁸

La investigación ha demostrado que las personas con temores y actitudes negativas tienen un mayor riesgo de comportarse de manera perjudicial para la salud. La erotofobia es una respuesta afectivo-evaluativa negativa a los componentes placenteros de la sexualidad. Es menos probable que las personas erotofóbicas planifiquen sus relaciones sexuales futuras; se ha demostrado que tienen reacciones más negativas cuando se trata de expresarse francamente acerca de la sexualidad, y que no se preocupan por procurarse un método anticonceptivo antes de la actividad sexual.⁴⁹

La homofobia es el temor irracional hacia las personas que tienen una orientación homosexual. En muchos casos, la homofobia conduce a que se cometan delitos. Hay informes que vinculan la homofobia a la inhibición cognoscitiva. El rechazo abierto, la discriminación, o la violencia hacia los homosexuales y las lesbianas se han vinculado a una diversidad de problemas de salud y de desarrollo,⁵⁰ a la uti-

lización de la negación y del aislamiento como estilos de conducta,⁵¹ a la habilidad para crear intimidad,⁵² un comportamiento sexual que induce a mayor frecuencia de riesgo⁵³ y menos calidad en la atención de salud prestada por los profesionales de salud.⁵⁴ Entre las otras características que representan amenazas u obstáculos a la salud, se ha sugerido utilizar el concepto de homonegatividad para comprender mejor la dinámica psicosocial del desarrollo de actitudes negativas hacia las personas homosexuales.⁵⁵

Algunos de los componentes y acciones específicas de esta estrategia incluyen:

- ***Promover la comprensión del espectro de las identidades masculina y femenina dentro de una gama que incluya heterosexual, homosexual, bisexual, bigénero y transgénero.***
- ***Disminuir la homofobia entre individuos de todas las orientaciones sexuales.***

Estrategia 1.5 Eliminar la violencia sexual.

Los efectos perjudiciales de la violencia sexual están bien documentados.⁵⁶ La promoción de la salud sexual y de los derechos sexuales como derechos humanos contribuirá a la reducción y eliminación de la violencia sexual. Concretamente, la promoción de la igualdad y de la equidad de género, y la eliminación de la discriminación de género, que se han vinculado específicamente a la generación y mantenimiento de la violencia sexual, así como la educación integral sobre sexualidad, disminuirán las tasas de violencia. Las acciones hacia la eliminación de la violencia sexual incluyen:

- ***Reconocimiento de la violencia sexual en sus diversas formas.***
- ***Introducción de legislación eficaz para reducir la violencia sexual.***
- ***Promoción de una cultura que denuncie la violencia sexual.***
- ***Promoción del comportamiento de búsqueda de salud para víctimas de la violencia sexual.***
- ***Promoción de la atención de salud para los agresores sexuales que en muchos casos podrían beneficiarse del tratamiento.***

META 2**Ofrecer educación sexual a todos los sectores de la población**

Hubo un consenso claro entre el grupo de trabajo en que la educación sexual integral, considerada como el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones,⁵⁷ es una de las mejores inversiones que una sociedad puede hacer cuando se trata de promover la salud sexual entre la población.

La educación sexual integral debería iniciarse en épocas tempranas de la vida, debería ser adecuada para la edad y el grado de desarrollo y debería promover una actitud positiva hacia la sexualidad.⁵⁸

La educación de la sexualidad debe proporcionar una base de conocimientos sobre la sexualidad humana. Además se ha reconocido que la información sexual por sí sola no basta. La educación de la sexualidad también debe incluir el desarrollo de destrezas, además de la adquisición del conocimientos.

Estrategia 2.1 Brindar educación sexual integral a nivel escolar

La educación sexual integral en la escuela actúa como uno de los componentes esenciales de la construcción de la salud sexual a lo largo del ciclo vital de las persona y, por ello exige particular atención. La Escuela, en la mayoría de los países, es la única institución con la que casi todas las personas tienen contacto en algún momento de su vida. Éste es el entorno ideal para impartir la educación de la sexualidad; por lo tanto, los gobiernos deben hacer obligatoria este tipo de educación en las escuelas. Existe un considerable número de las investigaciones que han identificado las características de una educación de la sexualidad eficaz.⁵⁹⁻⁶¹ En el apéndice III se presenta un resumen de las características de una educación sexual integral eficaz.

Estrategia 2.2 Integrar la educación sobre sexualidad en los currícula de las instituciones de educación, según sea el caso.

Para alcanzar la meta de una educación sexual integral para toda la población a lo largo de la vida, además de la educación sobre la sexualidad que se imparte en la escuela todas las instituciones educativas deben desempeñar una función. En particular, las instituciones terciarias pueden promover la salud sexual estableciendo programas de sexualidad humana para adultos.

Estrategia 2.3 Proveer educación sexual integral a personas con discapacidades mentales y físicas.

Las personas que tienen discapacidades mentales y físicas tienen los mismos derechos a la educación sexual integral que otras personas. Debido a que las personas con discapacidades mentales y físicas tal vez tengan necesidades y circunstancias especiales, y algunas veces sean más vulnerables en relación con

su habilidad para tomar decisiones sobre sexualidad, la educación sobre la sexualidad debe ser una prioridad para estas poblaciones.

Estrategia 2.4 Brindar acceso a la educación sexual integral para grupos especiales de la población (por ejemplo, reclusos en instituciones penales, inmigrantes indocumentados, personas recluidas en diversas instituciones, indigentes).

Históricamente, se han descuidado las necesidades de educación sobre sexualidad de dos grupos, a saber: las personas recluidas en instituciones (prisioneros, pacientes hospitalarios, y quienes quieren atención de salud a largo plazo) y aquellas cuyo acceso a la educación es limitado o marginal (entre ellos los inmigrantes indocumentados y los indigentes). En lo que se refiere a las personas recluidas en instituciones, los responsables legales tienen la obligación ética de darles acceso a una educación que las ayude a mejorar su salud sexual, a la vez que se evitan graves riesgos (por ejemplo, VIH y otras ETS). Para los que no tienen acceso a la educación, el gobierno tiene una responsabilidad ética de proporcionar educación comunitaria.

Estrategia 2.5 Brindar acceso a educación sexual integral a otras poblaciones (por ejemplo inmigrantes documentados, minorías étnicas/lingüísticas, refugiados, etc.).

Al igual que las personas recluidas en instituciones y las que no tienen acceso a la educación, hay otro grupo de personas —aquellos que encuentran mayores obstáculos al acceso a la educación— que se ha determinado están expuestos a mayor riesgo en su salud sexual. Los inmigrantes (incluidos los refugiados), las personas que no hablan el idioma que predomina en un país, las etnias, tienen derecho a una educación sexual integral. Donde sea posible, la educación debería integrarse a los programas educativos existentes para estas poblaciones.

Estrategia 2.6 Integrar a los medios de comunicación masiva en los esfuerzos para impartir y promover la educación sexual integral.

La importancia de los medios de comunicación masiva para influir en las normas sociales se ha reconocido ampliamente. Cualquier esfuerzo para promover la salud debe ir acompañado de la participación de los medios de comunicación masiva, utilizando todos los canales actuales y futuros de comunicación: electrónicos (radio y televisión), medios impresos e Internet. Los profesionales de los medios de comunicación tienen una responsabilidad frente a sus comunidades y, en el caso de la salud sexual, esta responsabilidad no debería eludirse.

Ya hay ejemplos de la utilización de los medios de comunicación para promover la salud reproductiva y prevenir las infecciones de transmisión sexual; hasta ahora los resultados notificados indican que pueden lograrse beneficios para la promoción de la salud.⁶²

META 3**Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que trabajan en campos relacionados con la salud sexual.**

La meta de dar educación y capacitación en salud sexual destinada a una amplia gama de especialistas, otros profesionales y paraprofesionales que participan en la promoción de la salud sexual, incluyendo médicos, enfermeras, terapeutas, especialistas en VIH/SIDA, personal de planificación familiar, así como educadores y activistas comunitarios, es necesaria para promover eficazmente la salud sexual entre la población.

Estrategia 3.1 Proporcionar educación y capacitación en salud sexual para los profesionales de salud y afines.

La educación sobre salud sexual para los profesionales de salud debería promoverse por lo menos en cuatro niveles diferentes:

1. Salud sexual básica para todos los profesionales de salud que se incluiría tanto en su capacitación básica como en los programas de educación continua. Entre estos profesionales de salud se cuentan los que ejercen la medicina, la enfermería, la psicología clínica, el trabajo social, así como otros profesionales y promotores de campos afines a la salud.
2. Educación sobre salud sexual para profesionales de salud que se especializan en programas de salud reproductiva.
3. Educación sobre salud sexual para profesionales que se especializan en programas de prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA.
4. Educación y capacitación en salud sexual para profesionales que se especializan en sexología, en especial en educación de la sexualidad, sexología clínica (medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual) e investigación básica en sexología.

En el apéndice IV se dan recomendaciones específicas relativas a las necesidades de capacitación para cada uno de estos cuatro grupos. Estas recomendaciones describen un enfoque general interdisciplinario a la capacitación de profesionales.

Estrategia 3.2 Dar educación y capacitación en salud sexual a los maestros de escuela.

Los maestros de escuela deben recibir, como parte de su capacitación, los conocimientos y las aptitudes para poder impartir una educación sexual eficaz. Puesto que la educación sobre sexualidad se propone como una parte integral y universal de la educación, esta capacitación debe considerarse como parte obligatoria de cualquier programa de capacitación de maestros.

Estrategia 3.3 Promover la sexología como una profesión / disciplina.

La sexología, como disciplina fue propuesta por primera vez en 1907.⁶³ En los últimos cincuenta años se han hecho grandes avances en el área de la sexología. Históricamente, ha habido tres áreas principales en sexología —educación, investigación y servicios clínicos, estos últimos concentrados en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Hoy en día, otras disciplinas se han asociado a la sexología. Las necesidades de la población en materia de salud sexual han ampliado nuestra comprensión de la sexología. El surgimiento del VIH, entre otras graves epidemias de transmisión sexual, ha conducido a que epidemiólogos del comportamiento y profesionales de salud pública especializados en enfermedades infecciosas se hayan dedicado al estudio de comportamientos sexuales de riesgo. A su vez, esto ha conducido a estudios acerca del comportamiento sexual en grandes poblaciones. De las comunidades que se encuentran en mayor riesgo de contraer el VIH han surgido educadores de salud comunitaria, para-profesionales que se especializan en consejería para reducir el riesgo del VIH y en manejo de casos para los que se encuentran en riesgo. En muchas clínicas, el personal de de educación-enfermería desempeñan un papel fundamental en promover la salud preventiva relacionada con la salud física (por ejemplo, exámenes de las mamas), conocimientos sobre salud sexual (por ejemplo, educación sobre riesgos a la salud sexual relacionados con la enfermedad), y consejería sobre la reproducción. Los adelantos en las técnicas de fecundación asistida, y las innovaciones farmacológicas para mejorar el funcionamiento sexual han llevado a que especialistas de otras disciplinas se agrupen para estudiar las necesidades de salud sexual de los pacientes. Los centros de salud para las mujeres y las minorías sexuales han dirigido sus esfuerzos de hacia las minorías y a las personas que reciben menos atención, al mismo tiempo que promueven la salud sexual a nivel comunitario. Una ramificación de los movimientos encabezados por las minorías sexuales ha sido el surgimiento de abogados que se especializan en los derechos de las minorías, y grupos de defensa que promueven comportamientos seguros. Recientemente, nuevos enfoques en el manejo del agresor sexual han ampliado el campo de la sexología clínica hacia el tratamiento de los delincuentes sexuales.

Es evidente que el futuro de la sexología incluirá muchas nuevas y diversas disciplinas que colaboran en diferentes niveles y desempeñan diferentes funciones para abordar las necesidades de salud sexual. Por ser una ciencia interdisciplinaria, la sexología ocupa un lugar único para agrupar el conocimiento y la experiencia de especialistas, los variados intereses, programas de diferentes grupos de defensa, presión y intercesión, las preocupaciones de salud de comunidades, y las metodologías e intereses de diversas disciplinas. Por esta razón, es crítico que se promueva la sexología como una disciplina/profesión. No basta con que los especialistas de otras disciplinas apliquen sus campos de experiencia al estudio de la salud sexual. También necesitamos especialistas preparados en salud sexual que se concentren exclusivamente en la salud sexual para así abordar las inquietudes y preocupaciones tan diversas y específicas asociadas al sexo y la sexualidad.

Más específicamente, hay necesidad de:

- Establecer normas de capacitación para educadores sexuales, especialistas en sexualidad
- Promover la sexología como una disciplina/profesión
- Abogar ante los gobiernos para que se instituyan programas sobre capacitación en sexualidad para los profesionales.

META 4**Desarrollar y proporcionar acceso a los servicios integrales de atención de salud sexual para la población.**

Lamentablemente, la incidencia actual de muchos problemas sexuales hace que los esfuerzos de prevención sean insuficientes. Un gran número de personas tiene problemas sexuales que exigen atención clínica. También es poco realista pensar que la prevención sea capaz de eliminar todos los problemas sexuales en el futuro. De aquí que el desarrollo de la atención integral de salud sexual sea una necesidad crítica en todas las sociedades, tal como lo es brindar acceso a esta atención a toda la población.

Estrategia 4.1 Integrar las cuestiones de salud sexual en los programas existentes de salud pública.

La salud sexual es una cuestión clave de la salud pública. Si bien es necesario ejecutar acciones concretas en programas destinados especialmente a ciertos grupos de población (tal como se ha delineado en secciones anteriores), es indispensable integrar la salud sexual en los programas existentes de salud pública. Por esta razón el grupo de expertos recomienda como componentes lo siguiente:

- ***Integrar un enfoque de salud sexual en los programas existentes de salud, relacionados directa o indirectamente con la salud sexual (por ejemplo, programas de promoción de la salud cardiovascular, programas para combatir el tabaquismo (los beneficios de no fumar sobre la erección), programas de prevención del cáncer (detección temprana de cáncer en las mastectomías, tamizado para cáncer cervical), programas de educación sobre salud (vínculo entre salud preventiva y desempeño sexual).***
- ***Como parte de las evaluaciones generales de salud, abordar los temas de salud sexual cuando los clientes acuden a programas de salud pública. Esto puede adelantarse examinando y, si fuese necesario, reformando los protocolos existentes para asegurar que las preocupaciones de salud sexual se aborden debidamente. Por ejemplo, los médicos generales, los médicos familiares y los médicos de las clínicas de salud pública deberían incorporar el tamizado y el historial clínico sobre salud sexual en las evaluaciones generales de salud.***

Estrategia 4.2 Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual para la población.

El acceso a servicios de atención de salud integral es esencial. Si bien el grupo de expertos reconoce plenamente la pertinencia y la eficacia en función de los costos de un enfoque preventivo a la salud sexual, lamentablemente, hay un número enorme de personas que ya sufren de inquietudes y problemas de salud sexual, por lo que se crea una necesidad urgente de servicios de atención para asegurar un tratamiento eficaz.

Las inquietudes sexuales y muchos problemas sexuales pueden y deben abordarse y resolverse en los entornos de atención primaria. Lamentablemente, la falta de capacitación de los proveedores de atención primaria puede representar un obstáculo a esta posibilidad.

Algunos problemas de salud sexual requieren la intervención de personas especialmente preparadas para su solución. Por lo tanto, es necesario contar con clínicas especiales para el tratamiento de problemas sexuales con objeto de abordar la gama completa de los problemas sexuales.

Estrategia 4.3 Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual a personas que tienen discapacidades mentales y físicas.

Los servicios de salud sexual, siempre que sea posible, deberían integrarse en los servicios existentes para personas que tienen discapacidades físicas y mentales.

Estrategia 4.4 Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual a poblaciones especiales (por ejemplo, reclusos en prisiones, inmigrantes indocumentados, personas reclusas en diversas instituciones, indigentes).

Los servicios de salud sexual, siempre que sea posible, deberían integrarse a los servicios existentes para poblaciones especiales (por ejemplo, reclusos en prisiones, inmigrantes indocumentados, personas reclusas en diversas instituciones, indigentes).

Estrategia 4.5 Brindar acceso a servicios integrales de salud sexual a otros grupos de población (por ejemplo, por ejemplo inmigrantes documentados, minorías étnicas/lingüísticas, refugiados).

Los servicios de salud sexual, siempre que sea posible, deberían integrarse con los servicios existentes para otros grupos de población (por ejemplo, inmigrantes documentados, minorías étnicas/lingüísticas, refugiados).

META 5**Promover y auspiciar la investigación y la evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.**

La investigación es necesaria para aumentar la comprensión del sexo, la sexualidad, la salud sexual y el comportamiento sexual, así como para evaluar la eficacia de las estrategias de prevención, programas, cursos y tratamientos.

Estrategia 5.1 Promover la investigación y la evaluación sobre salud sexual.

Se necesitan urgentemente investigaciones y evaluaciones para el desarrollo de la salud sexual de personas y de grupos de población. La investigación se define aquí como el estudio sistemático de un área del conocimiento, lo que abarca efectuar pruebas para comprobar o descartar hipótesis, con el propósito de adquirir nuevos conocimientos. La evaluación se define aquí como la recopilación y el análisis de datos para fines de toma de decisiones, particularmente cuando se evalúa la eficacia de los programas de salud sexual.

Estrategia 5.2 Promover la sexología como una disciplina de investigación.

La sexología, en comparación con otras áreas de la investigación en salud, se ha descuidado en términos de financiamiento, respeto, y calidad de la investigación. Estas dimensiones no son independientes. Es un imperativo absoluto que se haga investigación de la mejor calidad sobre la sexualidad y el comportamiento sexual. Para lograrlo, la sexología, como campo de investigación tiene que desarrollar las competencias y las capacidades de los investigadores a todo nivel.

Estrategia 5.3 Promover la investigación en sexología en otras disciplinas (por ejemplo, enfermería, sociología, antropología, psicología, epidemiología, etc.).

La investigación sobre sexualidad y salud sexual no está limitada a los investigadores capacitados en sexología. La promoción de esta investigación en disciplinas afines es beneficiosa para crear una mayor base de conocimientos y, por lo general, ella permite lograr una percepción renovada de las cuestiones relacionadas con la complejidad de la sexualidad y la salud sexual. La promoción de este tipo de investigación puede mejorar los esfuerzos hacia el logro y el mantenimiento de la salud sexual.

Estrategia 5.4 Velar para que los resultados de las investigaciones en sexología se difundan adecuadamente a los planificadores, educadores y proveedores de servicios de salud para suministrarles una base de investigación para su trabajo.

La investigación por sí sola no basta. La difusión de los resultados es una estrategia crucial para asegurar que los que trabajan en salud sexual se beneficien de la base de conocimientos creada por una investigación adecuada. La difusión de los resultados de investigaciones es particularmente necesaria en la mayoría de los países de América Latina, donde hay necesidad de crear y promover una cultura que incite a informar sobre investigaciones de calidad.



Asociación Mundial de Sexología (WAS). Declaración de los Derechos Sexuales

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 espaciamiento 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 a la 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.

Clasificación etiológica de las infecciones de transmisión sexual

Infecciones virales

- Infección por el VIH
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, secundario a la infección por el VIH
- Infecciones por virus Herpes simplex
 - Infección por Herpes simplex tipo 1
 - Infección por Herpes simplex tipo 2
- Infecciones por el virus de papiloma humano
- Infección por citomegalovirus
- Infección por el virus de la hepatitis B
- Otras infecciones virales de transmisión sexual

Infecciones bacterianas

- Sífilis
- Infecciones por gonococos
- Clamidiasis
- Chancroide
- Infección por tricomonas
- Infección por Gardnerella
- Infecciones por micoplasma
- Otras infecciones bacterianas transmitidas sexualmente

Infecciones por hongos

- Candidiasis
- Otras infecciones por hongos transmitidas sexualmente

Infestaciones

- Infestación por *Phthirus pubis*
- Infestación por *Sarcoptes scabiei*
- Otras infestaciones de transmisión sexual



Apéndice III

Características de la educación sexual integral.

La información integral sobre sexualidad tiene las siguientes metas principales:

- Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sobre sexualidad debería guiar hacia al desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.
- Fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimiento de culpa.
- Fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre seres humanos dentro de un marco de valores basado en los derechos humanos.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.
- Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.
- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia si mismo y los otros.
- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de métodos anticonceptivos.
- Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.⁶⁴

Resultados recientes de evaluaciones de programas eficaces de educación sobre la sexualidad, prevención del embarazo de adolescentes y de prevención del VIH han demostrado que los programas de educación sobre la sexualidad de buena calidad se caracterizan por:⁶⁵

- Aumentar los conocimientos
- Aclarar los valores
- Mejorar la comunicación entre padres e hijos
- Ayudar a los jóvenes a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, si estos programas están dirigidos a los adolescentes jóvenes
- Aumentar el uso de anticonceptivos y condones
- No fomentan en los jóvenes el inicio de las relaciones sexuales y
- No aumentan la frecuencia de las relaciones sexuales.

Estos análisis también describen características comunes de los programas que son eficaces. Concretamente, esos programas:

- Se orientan a comportamientos específicos
- Se basan en modelos teóricos para el cambio del comportamiento
- Brindan información acerca de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y cómo reducir ese riesgo
- Dan a los estudiantes una oportunidad de practicar destrezas y discutir situaciones que ellos encuentran significativas y realistas
- Abordan la influencia de los medios, de otros jóvenes, y de la cultura sobre los comportamientos y las decisiones sexuales de los adolescentes
- Desarrollan y refuerzan las creencias y los valores entre estudiantes que les ayudan a mantener sus decisiones respecto a la abstinencia y la protección o de ambas; y
- Brindan oportunidades para que los estudiantes practiquen la comunicación y las destrezas para la negociación.

Se ha acumulado una amplia experiencia en los programas de educación sexual en América Latina. Se sugiere que tal vez podrían aplicarse las pruebas existentes sobre la eficacia de los programas de educación sexual en América del Norte a los países de América Latina si estos programas:

- Son sensibles y adecuados a las culturas.
- Aseguran la participación plena de todos los interesados en el diseño, ejecución y evaluación
- Promueven valores sociales tales como equidad, respeto y responsabilidad
- Brindan una comprensión del contexto social donde ocurre el comportamiento sexual.

Programa para la capacitación de profesionales de salud en salud sexual

La educación básica en salud sexual debería formar parte del programa de enseñanza de todas las profesiones de salud. Ha habido cierto número de buenos programas desarrollados para diferentes niveles de profesionales y técnicos de salud. La aplicación de un curriculum en particular debe tener en cuenta las características del país y las necesidades especiales del país o región.

Se ha sugerido que debería prepararse un perfil mínimo de capacitación básica en salud sexual para profesionales de salud destinado a cada una de las disciplinas en cuestión (medicina, enfermería, promoción de la salud, etc.).

En todo caso estos perfiles mínimos deberían incluir:

- Conocimientos básicos sobre sexualidad humana
- Conciencia de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales
- Las destrezas básicas para identificar y, de ser necesario, referir los problemas de salud sexual al profesional adecuado

También se acordó que hay necesidad de establecer y apoyar la educación continua para los profesionales de salud, debido a la naturaleza en constante cambio del conocimiento sexual y a las deficiencias que en muchos casos todavía pueden observarse en el programa básico de capacitación.

A. Educación en salud sexual para profesionales de salud especializados en programas de salud reproductiva

Los profesionales de salud que se especializan en programas de salud reproductiva deberían recibir una capacitación adecuada en sexualidad humana. Debido al vínculo evidente que existe entre salud reproductiva y sexualidad humana, a menudo se supone que atender los aspectos reproductivos de la salud bastará para satisfacer las necesidades que plantea el derecho a la salud sexual, pero esta suposición es incorrecta. “La salud sexual” ha sido un agregado común a los programas de salud reproductiva. Aunque las definiciones de salud reproductiva incluyen aspectos de la complejidad de la sexualidad humana, la salud sexual es implícita y no se menciona explícitamente. Los profesionales de salud que se especializan en salud reproductiva deberían recibir una capacitación más profunda en aspectos de sexualidad humana con respecto al médico general. Como sucede en el caso de las necesidades de capa-

citación para el médico general, deben diseñarse programas especiales que se adapten a las necesidades particulares del país o la región, pero es aconsejable que esas habilidades incluyan:

- Conocimientos básicos sobre sexualidad humana
- Conocimientos amplios de la reproducción humana y de los medios para controlarla que tengan en cuenta inquietudes más amplias sobre derechos sexuales
- Conciencia de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales
- Destrezas básicas para identificar, aconsejar y de ser necesario referir a la persona al profesional adecuado que puede tratar problemas de salud sexual

Por lo tanto, se sugiere que se elabore un perfil mínimo para el capacitación en salud sexual de los profesionales que se especializan en programas de salud reproductiva para cada uno de los niveles pertinentes (planificadores de programa, proveedores de servicio, educadores, dirigentes comunitarios, etc.).

B. Educación en salud sexual para profesionales especializados en programas de prevención y control de ITS y VIH/SIDA.

La magnitud de la amenaza de la epidemia de VIH/SIDA ha instado a muchos gobiernos a establecer programas especiales para prevenir y controlar la epidemia. Más recientemente, se ha hecho evidente que los esfuerzos para reducir y controlar el VIH/SIDA podrían ser más eficaces si las acciones estuviesen vinculadas a un enfoque más amplio de control y prevención de las infecciones de transmisión sexual, las cuáles por si mismas además de representar una amenaza significativa a la salud, aumentan el riesgo de transmisión del VIH/SIDA. Esta amenaza ha creado un nuevo tipo de profesional de salud que trabaja en la planificación y la ejecución de programas con este centro de interés.

El hecho de que estas infecciones se transmitan por medio de la actividad sexual hace indispensable que los profesionales que trabajan en su prevención y control tengan suficiente capacitación en salud sexual, especialmente en la forma como se concibe en este documento, donde todos los aspectos de la sexualidad humana se toman en cuenta.

Los profesionales que se especializan en programas de prevención y control de las ITS y del VIH/SIDA deberían recibir capacitación en salud sexual que les aporte una visión integrada de los factores determinantes del comportamiento sexual humano. Como en los otros casos, deberían diseñarse programas especiales para adaptarse a las necesidades concretas del país o región, pero es aconsejable que esas habilidades incluyan:

- Conocimientos básicos sobre sexualidad humana
- Conocimiento amplio de los determinantes de un comportamiento sexual responsable
- Conocimiento amplio de las infecciones de transmisión sexual
- Conocimiento amplio de estrategias probadas para la prevención de la transmisión de las ITS
- Conocimientos básicos de la prevalencia y la incidencia epidemiológicas del VIH/SIDA y de las

ITS, junto con conocimientos de la epidemiología de los comportamientos comunes de riesgo. Este conocimiento debería incluir un conocimiento general de la epidemia además de conocimientos específicos pertinentes a cualquier población destinataria

- Conocimiento de la educación sexual local y habilidad para referir cuando sea el caso a los clientes para intervenciones educacionales
- Conciencia de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales
- Destrezas básicas para identificar, aconsejar y, de ser necesario, referir a la persona al profesional adecuado de salud sexual sus inquietudes y problemas
- Destrezas para trabajar con poblaciones destinatarias, que incluyan sensibilidad hacia ellas y aceptación de las prácticas sexuales, inquietudes y los problemas sexuales de las poblaciones en riesgo.

Se sugiere además que debería desarrollarse un perfil mínimo de capacitación en salud sexual para profesionales que se especializan en programas de prevención y control de las ITS y el VIH/SIDA para cada uno de los niveles pertinentes (planificadores de programas, proveedores de servicio, educadores, dirigentes comunitarios, etc.).

C. Educación en salud sexual y capacitación para profesionales especializados en sexología

Sigue existiendo una escasez de profesionales de salud que hayan recibido capacitación especializado en la sexualidad humana. Los profesionales de disciplinas afines (psicología, psiquiatría, ginecología, urología) han desarrollado un campo de trabajo especializado en problemas de la sexualidad humana, pero es difícil encontrar un enfoque integrado en la labor que realizan debido a que sus puntos de vista suelen estar sesgados por su formación original. Por estas razones, el grupo de expertos recomienda que se haga un esfuerzo especial para promover la capacitación de especialistas en salud sexual que, además de su campo original de capacitación, tengan suficientes conocimientos y destrezas para que sean capaces de desempeñar las tareas relacionadas con su campo de subespecialidad. Hasta ahora la experiencia en diferentes países ha conducido al reconocimiento de las siguientes áreas de subespecialización de los profesionales de salud sexual:

- Educación sobre sexualidad
- Sexología clínica (incluye medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual)
- Investigación en sexología

Un área de la sexología se especializa en **educación sobre la sexualidad**. La educación integral de la sexualidad compete a muchas personas, entre ellas a los padres, maestros, dirigentes comunitarios, profesionales de los medios de comunicación de masas y líderes religiosos, entre otros. Sin embargo, existe la necesidad de contar con profesionales que se especialicen en el diseño, ejecución y evaluación de programas y de curricula específicos (en los que puedan apoyarse el resto de los educadores no especializados). La educación integral de la sexualidad incluye educación sexual para lograr la salud sexual, llamada también educación en salud sexual.

El capacitación de lo profesionales de educación sobre sexualidad deberían incluir, como mínimo, las siguientes áreas de experiencia y conocimientos técnicos:

- Conocimiento de la sexualidad humana
- Conocimiento amplio del campo de la educación lo que incluye Destrezas pedagógicas para diseñar, ejecutar y evaluar programas educativos en sexualidad humana, particularmente desde una perspectiva participativa.
- Conciencia de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales
- Destrezas básicas para identificar, y de ser necesario, referir a la persona al profesional adecuado que pueda tratar problemas de salud sexual

La **sexología clínica** es el área de la sexología que se especializa en la prevención y atención de problemas sexuales que atañen a los síndromes de disfunción sexual, síndromes de identidad de género, comportamiento sexual compulsivo y síndromes que ocurren después de una agresión sexual. Otros tipos de problemas sexuales han sido abordados por disciplinas debido a las destrezas específicas requeridas para su solución: ginecología, andrología y urología en el caso de síndromes reproductivos y la infectología en el caso de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, sigue siendo aconsejable que los profesionales de estas disciplinas reciban capacitación en los aspectos básicos de la salud sexual, ya que su formación original a menudo carece de un enfoque integral a la sexualidad humana y a la salud sexual como se propone en este documento. Cada una de las áreas de la sexología clínica utiliza diferentes modalidades terapéuticas que requieren capacitación especializada para aplicarlas, pero es deseable que los profesionales que abordan estos problemas tengan en común un conocimiento básico en salud sexual que, lamentablemente, sigue siendo fragmentario. Dependiendo del enfoque terapéutico utilizado, un sexólogo clínico puede clasificar su trabajo en las siguientes áreas: medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual.

La capacitación de los profesionales de sexología clínica debería tener como mínimo las siguientes áreas de experiencia y conocimientos técnicos:

- Conocimiento de la sexualidad humana
- Conocimiento amplio de las inquietudes y problemas de la salud sexual
- Conocimiento de los programas locales de educación sexual y habilidad para referir a los pacientes, si fuese el caso, para que reciban intervención educativa
- Conocimiento de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de otros lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia las personas con diferentes orientaciones sexuales y prácticas sexuales
- Destrezas para identificar, y diagnosticar etiológicamente problemas de salud sexual comprendidos en el área de la sexología clínica: es decir, disfunciones sexuales, género (síndromes de identidad de género), comportamientos sexuales compulsivos y síndromes que aparecen después de que una persona ha sido víctima de un delito sexual
- Destrezas para identificar, y de ser necesario, referir a la persona al profesional adecuado, problemas de salud sexual que pudieran surgir en otras áreas, tales como síndromes reproductivos y de infecciones de transmisión sexual
- Destrezas para aplicar estrategias de tratamiento en sus áreas de especialización: medicina

sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual, así como Destrezas para referir a los pacientes al especialista apropiado, quien indicará el tratamiento cuando el diagnóstico etiológico indique la necesidad de un tratamiento diferente del que este profesional puede prescribir.

La investigación en sexología es el campo de la sexología, que se especializa en la recopilación de información para crear nuevos conocimientos sobre la sexualidad humana. Utiliza metodologías apropiadas a la disciplina y ámbitos de estudio. Para poder realizar mejor sus tareas específicas en la actividad de investigación, los profesionales que trabajan en investigación especializada en sexología deberían tener una base amplia de conocimientos y haber recibido capacitación en sexualidad humana y salud sexual

La formación de los profesionales de la investigación en sexología deberían tener como mínimo las siguientes áreas de experiencia y conocimientos técnicos:

- Conocimiento básico de la sexualidad humana
- Conocimiento y destrezas amplios en metodologías de investigación, de acuerdo con su campo de especialización
- Conocimiento de las actitudes personales hacia la sexualidad propia y la de otros, lo que debería incluir una actitud respetuosa hacia personas con diferente orientación sexual y prácticas sexuales
- Conocimiento de actitudes personales hacia otras disciplinas de investigación, lo que debería incluir una actitud respetuosa que facilite la investigación interdisciplinaria
- Destrezas básicas para identificar problemas de salud sexual y, de ser necesario, referir al paciente al profesional adecuado
- Un compromiso para realizar investigación sólo de acuerdo a las normas éticas de más alto nivel, como se promueve a través de cursos y enseñanzas sobre ética de la investigación, particularmente las que atañen a la investigación en salud sexual.

Se sugiere que se desarrolle un perfil mínimo de capacitación en salud sexual destinado a profesionales que se especializan en sexología clínica para cada una de estas categorías profesionales: educación para la sexualidad, sexología clínica (abarca medicina sexual, cirugía sexual, consejería sexual y psicoterapia sexual) e investigación en sexología.

Apéndice V

Recursos para la salud sexual

Aunque hay una considerable escasez de recursos para la salud sexual en las Américas, y se ha emitido una recomendación para su creación y fortalecimiento, cabe reconocer que ya hay importantes recursos que deben ser identificados y divulgados, a objeto de optimizar los recursos humanos y económicos.

Hay varias organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que han preparado estrategias y efectúan una labor relevante para la promoción de la salud sexual. Una lista mundial parcial de estos recursos puede encontrarse en el sitio en la web de Archive for Sexology , creado por el Instituto Robert Koch de Berlín. La información puede recuperarse por el sitio en la web de Archive for Sexology en: <http://www.rki.de/GESUND/ARCHIV/HOME.HTM>.

Otros recursos pueden encontrarse en los sitios en la web de la Organización de las Naciones Unidas y de sus organismos especializados y de varias organizaciones profesionales:

| | |
|----------|---|
| OMS: | http://www.who.int/ |
| OPS: | http://www.paho.org/ |
| FNUAP: | http://www.unfpa.org/ |
| ONUSIDA: | http://www.unaids.org/ |
| WAS: | http://www.tc.umn.edu/nlhome/m201/cole001/was/ |

El grupo de expertos recomienda que se prepare y se distribuya ampliamente una lista completa de los recursos a objeto de favorecer la ejecución de las medidas propuestas durante esta consulta.

Notas

1. Organización Mundial de la Salud (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Informe de una reunión de la OMS. Col. Serie de Informes Técnicos No 572. Puede consultarse todo el Informe en: <http://www.rki.de/GESUND/ARCHIV/HOME.HTM>
2. La primera reunión se realizó en Copenhague, los días 9 y 10 de noviembre de 1983. Los resultados de esta consulta se publicaron en: T. Langfeldt y M. Porter. *Sexuality and family planning: Report of a consultation and research findings*. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para Europa. Copenhague, 1986. La segunda reunión se celebró también en Copenhague del 5 al 7 de mayo de 1987. Los resultados de esta consulta figuran en un documento inédito de la Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. *Concepts of Sexual Health: Report on a Working Group*. Puede consultarse en: http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_MCH_521.pdf
3. A pesar de todos los esfuerzos realizados en el último decenio para limitar la propagación de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, esas infecciones siguen representando un grave problema de salud pública en la Región de las Américas. La Organización Panamericana de la Salud calcula que hay alrededor de 1,7 millones de personas infectadas con el VIH en América Latina y el Caribe, y aproximadamente 1 millón en América del Norte. Estas cifras indican que las tasas de prevalencia de la infección por el VIH en la Región son sumamente altas y reflejan la proporción de adultos (de 15 a 49 años de edad, según cifras de población para 1997), que vivían con el VIH/SIDA en las Américas en 1998. Se calcula que estas tasas son de: 0,56% en América el Norte; 0,57% en América Latina y 1,96% en el Caribe. Fuente: Mazín, R. *Is Promotion of Sexual Health Relevant To Achieve Public Health Goals?* Conferencia Magistral pronunciada ante el Congreso Internacional de SIDA, 24 al 26 de noviembre de 1999, Acapulco, México: "Avances en SIDA e infecciones de transmisión sexual: retos para el Tercer Milenio"
4. Hasta la fecha, en el mundo en desarrollo han sido pocas las intervenciones exitosas que hayan demostrado claramente su eficacia. El ejemplo mejor documentado es el de Tailandia donde las reducciones recientes en la prevalencia y la incidencia del VIH entre hombres jóvenes de Tailandia (así como un marcado descenso en las infecciones de transmisión sexual notificadas) se ha atribuido a una combinación de un mayor uso de los condones y a una reducción en la clientela de los trabajadores del sexo. Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA, 1999). *Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change?*
5. Dixon M. R. *The sexuality connection in reproductive health*. En S. Zeidenstein and K. More (Eds.) *Learning about Human Sexuality: A practical beginning*. The Population Council and International Women's Health Coalition. New York. 1996.
6. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994) Red Internacional Informativa sobre Población (POPIN) División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
7. Según datos del Departamento de Justicia, en algún lugar de los Estados Unidos, cada dos minutos, una mujer es víctima de una violación. En 1996, 307.000 mujeres fueron víctimas de violación, intento de violación o ataque sexual. [National Crime Victimization Survey. Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice, 1997.] Entre 1995 y 1996, más de 670.000 mujeres fueron víctimas de violación, intento de violación o ataque sexual. [National Crime Victimization Survey. Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice, 1997]. En 1995, los organismos locales de protección de los menores de edad identificaron a 126.000 menores que habían sido víctimas de abuso sexual comprobado o presunto; de estos 75% eran niñas. Aproximadamente 30% de esos niños se encontraban entre las edades 4 y 7 años. [Departamento de Salud y Servicios Sociales, Administration for Children and Families, 1995.] Aproximadamente una tercera parte de todas las víctimas juveniles de abuso sexual son niños menores de 6 años de edad. [Violence and the Family. Informe del Grupo de Trabajo Presidencial de la Asociación de Psicólogos Americanos, sobre violencia y la familia, 1996.]. Según el Departamento de Justicia, una de cada dos víctimas de violaciones tiene menos de 18 años; una de cada seis tiene menos de 12 años. [Child Rape Victims, 1992. U.S. Department of Justice.] Fuente: Rape, Abuse and Incest National Network (RAINN) <http://feminist.com/rainn.htm>. En cuanto a los hombres: aproximadamente uno de cada seis niños es víctima de abuso sexual antes de los 16 años. Hopper J., *Sexual Abuse of Males: Prevalence, Lasting Effects, and Resources* <http://www.jimhopper.com/male-ab/>. Un estudio basado en los registros de la Maternidad de Lima, Perú reveló que 90 % de las madres jóvenes de 12 a 16 años había quedado embarazada luego de una violación. En Costa Rica, una organización que trabaja con madres adolescentes notificó que 95 % de las jóvenes embarazadas, menores de 15 años, que acuden a esos servicios, habían sido víctimas de incesto. *Interactive Population: Violence against Girls and Women*: <http://www.unfpa.org/modules/intercenter/violence/gender2f.htm>
8. Federación Internacional de Planificación de la Familia. *IPPF Charters on Sexual and Reproductive Rights Vision 2000 International Planned Parenthood Federation*, 1996.

9. Asociación Mundial de Sexología. Declaración de los derechos sexuales. Versión revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, durante el 14 Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Hong Kong, República Popular China.
10. Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994) Red internacional Informativa sobre Población (POPIN) División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para Asuntos de Población (FNUAP) .
11. Principalmente, la posibilidad de usar sildenafil, y algunos inhibidores de la fosfodiesterasa más recientes para tratar la disfunción eréctil, así como el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI) y otros antidepresivos para tratar la eyaculación precoz y las formas compulsivas del comportamiento sexual. Manecke, R. G.; Mulhall, J.P. Medical treatment of erectile dysfunction. *Ann Med* 1999 Dec;31(6):388-98; Rosen, R.C., Lane, R.M.; y Menza, M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999 Feb.19(1):67-85; Coleman, E., Gratzner, T. Nescvacil, L., & Raymond, N. (2000). Nefazodone and the treatment of compulsive sexual behavior: A retrospective study. *The Journal of Clinical Psychiatry* 61(4), 282-284.
12. Cfr. Rubio, E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. En CONAPO (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana Vol. 1*. CONAPO, México 1994.
13. Weeks, J. *Sexuality*. Ellis Horwood Limited. Tavistock Publications. Londres 1986.
14. Organización Mundial de la Salud *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Informe de una reunión de la OMS*, Serie de Informes Técnicos No. 572, 1975.
15. La definición de sexualidad humana que figura en el informe de la reunión de 1983 es: "la sexualidad es parte integral de la personalidad de cada quien: hombre, mujer y niño. Es una necesidad básica y un aspecto inherente a la realidad de ser humano que no puede separarse de otros aspectos de la vida". La sexualidad no es sinónimo de relaciones sexuales, no se trata de tener orgasmos o no y no es la suma total de nuestra vida erótica. Ésto quizás sea parte de nuestra sexualidad pero tal vez no lo sea. La sexualidad es mucho más que eso: es la energía que nos motiva a buscar amor, contacto, calidez e intimidad; se expresa en la manera en que sentimos, nos movemos, tocamos y somos tocados; es acerca de ser sensual y ser sexual. La sexualidad influye en los pensamientos, los sentimientos, las acciones, las interacciones y por ende sobre nuestra salud mental y física. En vista de que la salud es un derecho humano fundamental también debe serlo la salud sexual" (p.5). Langfeldt, T. & Porter, M.. *Sexuality and family planning: Report of a consultation and research findings*. Oficina Regional para Europa. Copenhague, 1986.
16. Véanse por ejemplo las definiciones planteadas por Ruth Dixon-Muller en: *The sexuality connection in reproductive health*. En S. Zeidenstein & K. More (Eds.) *Learning about Human Sexuality: A practical beginning*. The Population Council and International Women's Health Coalition. Nueva York, 1996. "El comportamiento sexual consiste en acciones observables empíricamente (en principio, al menos)En cambio, la sexualidad es un concepto más integral que abarca la capacidad física de la excitación sexual y el placer (libido), así como los significados sociales y compartidos que van unidos tanto al comportamiento sexual como a la formación de la identidad sexual y de género" (p. 139). O. Ira Reiss en *Journey into Sexuality: an exploratory voyage*. Prentice Hall, Englewood Cliffs New Jersey. 1986: "La sexualidad humana en todas las sociedades consiste en esos actos compartidos por un grupo, que supuestamente conducen a la excitación erótica y a su vez producen una respuesta genital" (p. 20).
17. Cfr. Rubio, E.. Introducción al Estudio de la sexualidad humana. En CONAPO (Ed). *Antología de la Sexualidad Humana Vol. 1*. CONAPO, México 1994. Rubio presenta un modelo de sexualidad humana partiendo de una perspectiva de la teoría del sistema general y define la sexualidad humana como el resultado de la integración (mental) de cuatro potencialidades humanas que originan cuatro subsistemas, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo, y la vinculación interpersonal afectiva (p.29). 18. Véase la definición suministrada por The Sexuality Information Council of the United States: "La sexualidad humana abarca el conocimiento sexual, las creencias, las actitudes, los valores y los comportamientos de las personas. Sus dimensiones incluyen la anatomía, la fisiología y la bioquímica del sistema de respuestas sexuales; identidad, orientación, roles y personalidad; así como pensamientos, sentimientos y relaciones. La expresión de la sexualidad recibe la influencia de las inquietudes éticas, espirituales, culturales y morales. *Making the Connection: Sexuality and Reproductive Health Definitions of Sexually Related Health Terminology*. <http://www.siecus.com/pubs/cnct/cnct0001.html>
19. Algunos buenos ejemplos de esto son: Alazate, H.. *Sexualidad Humana*. Editorial Temis. Santa Fe de Bogotá, Colombia (1997). Alazate explica: "La sexualidad humana ... puede definirse como un conjunto de elementos estructurales, fisiológicos, conductuales y socioculturales, que permiten el ejercicio de la función sexual. La función sexual se define como la función consciente y condicionada por la cultura, que se ha derivado filogenéticamente de la función de la reproducción, pero que se ejerce en primer lugar de manera agradable o lúdica (función erótica), y secundariamente de una

- manera reproductiva, por medio del uso de zonas corporales u órganos de especial sensibilidad” (p.5). En este mismo orden de ideas, también hay una obra de Paul R. Abramsom y Steven D. Pinkerton. *With Pleasure: Thoughts on the Nature of Human Sexuality*. Nueva York, Oxford University Press, 1995, donde leemos: “El sexo ya ha dejado de ser simplemente para la reproducción –también tiene por objeto alcanzar placer. El placer intenso que acompaña al sexo tal vez sirva para incitar a la cópula y, por lo tanto, facilita la reproducción, pero ésa ya no es su única función. Al contrario, la sexualidad humana se ha bifurcado: la reproducción toma un camino; el placer inalterado toma otro” (p.5).
20. Principalmente, John Money en su obra *Love & Lovesickness: the Science of Sex, Gender Difference and Pair-bonding*. The John Hopkins University Press, Baltimore 1981. Otros autores, (Abramsom, P. & Pinkerton, S.D. *With Pleasure: Thoughts on the Nature of Human Sexuality*. New York, Oxford University Press, 1995. Reiss, I. *Journey into Sexuality: an exploratory voyage*. Prentice Hall, Englewood Cliffs New Jersey. 1986) tienden a ver los vínculos amorosos como un subproducto del placer erótico.
 21. Para tener una idea: una búsqueda en las siguientes ocho revistas sobre psicoanálisis: *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *Bulletin of the American Psychoanalytic Association*, *International Journal of Psycho-Analysis*, *International Review of Psycho-Analysis*, *Bulletin of the International Psycho-Analytical Association*, *Psychoanalytic Quarterly*, *Contemporary Psychoanalysis*, *Psychoanalytic Study of the Child* generó 864 artículos publicados de 1980 a 1997, en los que se trataban el sexo y el amor.
 22. Las pruebas recientes sobre posible regulación del vínculo de pareja las ha examinado Thomas R. Insel: A Neurobiological Basis of Social Attachment *Am J Psychiatry* 1997; 154:726 –735, donde se demuestra la participación de los neurotransmisores oxitocina y vasopresina en especies inferiores. Más recientemente, el mismo grupo de investigadores notificó la importancia de los receptores de dopamina D2 en el *Microtus ochrogaster*, un roedor monógamo que forma nexos de pareja de larga duración (Gingrich, B., Liu Y., Cascio, C., Wang, Z. & Insel, T.R. Los receptores de la dopamina D2 en el nucleus accumbens septi son importantes para el apego social en las hembras del *Microtus ochrogaster*. *Behav Neurosci* 2000 feb;114(1):173-183).
 23. Marazziti, D., Akiskal, H. S. Rossi, A. & Cassano, G. B. Alteration of the platelet serotonin transporter in romantic love. *Psychological Medicine* (1999), 29:741-745.
 24. La definición de la OMS sobre la salud es: “La salud es un estado completo de bienestar físico, social y mental y no consiste solamente en la ausencia de enfermedades o achaques.” <http://www.who.int/aboutwho/en/definition.html>
 25. El más audaz de los autores sobre este tema es Thomas Szasz quien, junto con otros escritores que se oponen a la psiquiatría ha planteado la idea de que la enfermedad mental es un mito. Szasz escribió recientemente: “La enfermedad mental es una metáfora (una enfermedad metafórica). La palabra “enfermedad” designa un proceso biológico que afecta el cuerpo de los organismos vivos (plantas, animales y seres humanos). El término “enfermedad mental” se refiere a los pensamientos, sentimientos y comportamientos indeseables de las personas. Clasificar los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos como enfermedades es un error lógico y semántico, como clasificar a la ballena como un pez. Así como la ballena no es un pez, el trastorno mental no es una enfermedad. Las personas que tienen alguna enfermedad cerebral (cerebros malos) o enfermedad de los riñones (riñones malos), literalmente están enfermos. Las personas con enfermedades mentales (comportamientos malos), como las sociedades con trastornos económicos (malas políticas fiscales) están metafóricamente enfermas. La clasificación de un (mal) comportamiento como enfermedad suministra una justificación ideológica para el control estatal en forma de tratamiento médico”, Thomas Szasz. *Thomas Szasz's Summary Statement and Manifesto*, marzo 1998. <http://www.enabling.org/ia/szasz/manifesto.html>
 26. Véase Saracci, R. The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ* 1997;314:1409 (10 mayo).
 27. Para una discusión más completa véase, Ruse, M. *Homosexuality a Philosophical Inquiry*. Basil Blackwell, Nueva York. 1988. En resumen, Ruse propone que la salud y la enfermedad pueden definirse o bien con un enfoque naturalista (Cfr. Broose, 1977: Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 452-73) donde la enfermedad es vista como neutra desde el punto de vista de los valores, o según un enfoque normativo, en el que los teóricos de la normativa aducen que la enfermedad es un concepto de valor, que se define en términos de funcionamiento como ser humano, lo que implica referencia a una noción de valor, de una buena vida.
 28. De pertinencia para este debate con referencia especial a la investigación en sexualidad y sexología es el ensayo de Ira Reiss: La filosofía de la ciencia aplicada al estudio de la sexualidad humana.. En CONAPO (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana Vol. 1*. CONAPO, México 1994, que es una versión revisada de Reiss, I. The Future of Sex Research and the Meaning of Science. *Journal of Sex Research*. 30: 3-11, 1993.

29. La mutilación genital femenina es una violación del derecho humano básico a la integridad corporal y comporta graves riesgos para la salud. El cuerpo de la niña es mutilado de manera irreversible a una edad en que la niña no es capaz de tomar una decisión independiente en cuanto a si quiere pasar por ese procedimiento. Estas son las razones principales por las que debería abolirse la mutilación genital femenina totalmente. Además de los graves riesgos para la salud derivados del procedimiento mismo, la mutilación genital femenina aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH. La transmisión puede ocurrir durante la mutilación si se utiliza el mismo instrumento para varias niñas. Después, las heridas y la mayor probabilidad de desgarramiento de la piel durante el coito constituyen riesgos importantes de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual o el VIH. La mutilación genital femenina se practica todavía en 28 países de África y se sabe o se presume que se practica en varios países desarrollados por inmigrantes procedentes de África. La OMS ha calculado que entre 85 y 115 millones de mujeres que viven actualmente en el mundo han sido sometidas a la mutilación genital y que cada año, 2 millones de niñas sufren el procedimiento. Documentos del FNUAP: UNFPA and Adolescence. En: http://www.unfpa.org/ICPD/round%26meetings/ny_adolescent/reports/adoles.htm
30. “Desde 1994, se ha observado un impulso notable en el desarrollo de políticas y programas relativos a los derechos y la salud de la reproducción, y se ha logrado un progreso significativo en los siguientes aspectos: comprensión de un enfoque a la salud reproductiva basado en los derechos humanos, que abarca la planificación familiar y la salud sexual; cambios para que los servicios ya no se presten de manera vertical, ni sobre la base de metas ni cuotas demográficas; así como en la promoción de la salud reproductiva de los adolescentes”. Informe del International Forum for the Operational Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD). Foro de La Haya. Asamblea General de las Naciones Unidas. Sesión especial sobre la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) 30 junio - 2 julio 1999.
31. La lista de SIECUS, acerca de los comportamientos de adultos sexualmente sanos, se elaboró con el consenso de expertos, no solamente de los Estados Unidos, sino también de países tan diversos como Brasil, Nigeria, y Rusia. Sexuality Information and Education Council of the United States. *Making the Connection: Sexuality and Reproductive Health: Life Behaviors of a Sexually Healthy Adult*: <http://www.siecus.com/pubs/cnct/cnct0002.html>
32. Interactive Population: Violence against Girls and Women: <http://www.unfpa.org/modules/intercenter/violence/gender2f.htm>
33. Una vez más, solamente a título ilustrativo: por lo menos 60 millones de niñas han “desaparecido” de la población debido a la preferencia por los hijos varones, ya sea por abortos selectivos de niñas o por abandono. Dos millones de niñas entre los 5 y 15 años de edad son enviadas al mercado del sexo anualmente. El número de mujeres analfabetas llega a casi 600 millones, mientras que el de los hombres es de 320 millones. Fuente: Documentos del FNUAP: <http://www.unfpa.org/modules/intercenter/reprints/empower.htm>
34. Laumann, E. O., Paik, A. and Rosen, R. C.. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors *JAMA*. 1999;281:537-544.
35. Laumann, E. O., Paik, A. and Rosen, R. C.. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors *JAMA*. 1999;281:537-544 . McCabe MP Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *J Sex Marital Ther*, 23(4):276-90, 1997, Winter. Litwin, M.S., Nield, R.J., Litwin, M.S., Nield, R.J., & Dhanani N. Health-related quality of life in men with erectile dysfunction. *J Gen Intern Med*, 13(3): 159-66 1998 Mar. Fugl-Meyer, A.R., Lodnert, G., Bränholm I.B., & Fulg-Meyer, K.S. On life satisfaction in male erectile dysfunction *Int J Impot Res*, 9(3):141-8 1997 sept.
36. Feldman, H.A., Goldstein, I. Hatzichristou, D.G., Krane, R.J. & McKinlay, J.B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994 Jan;151(1):54-61.
37. Por ejemplo, la prevalencia de disfunciones sexuales es conocida a nivel de síndrome en: Laumann, E. O., Paik, A. and Rosen, R. C.. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors *JAMA*. 1999;281:537-544.
38. “Las dificultades relacionadas con el recopilación oportuna de datos específicos por enfermedad han llevado al concepto de recopilar información acerca de síndromes. Este enfoque sindrómico es utilizado exitosamente por el programa de erradicación de la poliomielitis, que recaba datos sobre la parálisis flácida aguda (PFA) causada por varias enfermedades infecciosas o no infecciosas, pero que suscitará una respuesta inmediata del sistema de vigilancia de la poliomielitis. Podría adoptarse el mismo enfoque en zonas donde no puede hacerse un diagnóstico rápido de laboratorio (como por ejemplo, en la periferia de muchos sistemas de salud). Si bien carece de especificidad, el enfoque sindrómico ofrece lo siguiente: una definición de caso sencilla y estable; confiabilidad (ya que notifica lo que se observa realmente); notificación inmediata (ya que no hay retraso derivado del laboratorio); una mayor cobertura de vigilancia que permite la detección de enfermedades emergentes; y, en algunos casos, evita el estigma asociado con la enfermedad. Este enfoque complementa una lista específica por enfermedad de aquellas que se deben notificar y, además se considera en el contexto

- de la revisión de las Normas Internacionales de Salud." An integrated approach to Communicable Diseases Surveillance, *Epidemiological Bulletin*, Vol. 21 No.1, marzo 2000: http://www.paho.org/English/SHA/eb_v21n1-vigil.htm
39. La disponibilidad actual de medicamentos eficaces para mejorar la disfunción eréctil ilustra la ventaja de un enfoque sindrómico al diagnóstico. Mientras que un síndrome de disfunción eréctil puede tratarse con éxito sintomáticamente (es decir, mejorar la función eréctil) con medicamentos como el sildenafil, hacerlo sin un diagnóstico etiológico adecuado puede esconder los factores causantes, además de retrasar el diagnóstico de enfermedades frecuentes como la diabetes mellitus o la hiperlipidemia o, imponer un tratamiento de por vida a una persona que podría beneficiarse de tratamientos que pueden eliminar los factores etiológicos (por ejemplo, la ansiedad de no desempeñarse bien). (Cfr. Rubio, E. y Díaz, J. Las Disfunciones Sexuales En: CONAPO (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana Vol. 3*. CONAPO, México 1994.
 40. Comunicado de prensa: WHO/93: La Directora General establece la posición de la OMS en materia de salud sexual y derechos humanos. 8 de diciembre de 1998 puede consultarse en: <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-93.html>
 41. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Integrating human rights with sustainable human development. Documento de política del PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* Nueva York, NY enero 1998. Puede consultarse en: <http://magnet.undp.org/Docs/policy5.html>
 42. Komisaruk, B.R. and Whipple, B. Love as sensory stimulation: physiological consequences of its deprivation and expression. *Psychoneuroendocrinology* 1998 Nov;23(8):927-44.
 43. Cfr.. Kaplan, H.S. *The New Sex Therapy* Brunner Mazel, Nueva York 1974.
 44. En el informe reciente sobre prevalencia de la disfunción sexual cuando se analizó el comportamiento de buscar ayuda se encontró que 10% de los hombres y 20% de las mujeres aquejados de disfunción sexual solicitaron ayuda médica para sus problemas sexuales. Laumann, E. O., Paik, A. and Rosen, R. C.. Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors *JAMA*. 1999;281:537-544.
 45. Nicoletis, M.A., De Oliveira, L.M., Lin, R.C. and Chapin, J.K. Active tactile exploration influences the functional maturation of the somatosensory system. *J Neurophysiol* 1996 May;75(5):2192-6. Fleming, A.S., O'Day, D.H. & Kraemer, G.W. Neurobiology of mother-infant interactions: experience and central nervous system plasticity across development and generations. *Neurosci Biobehav Rev*. 1999 May;23(5):673-85.
 46. Best Practice (mejor método), es el proceso continuo de aprender, formular comentarios, reflexionar y analizar lo que funciona (o lo que no funciona) y por qué, utilizado como punto de partida por el ONUSIDA, sus copatrocinadores y asociados para identificar, intercambiar y documentar las importantes lecciones aprendidas. El método Best Practice se ha compartido en foros de intercambio, redes, publicaciones de la colección Best Practice y asistencia técnica. En 1998, la colección Best Practice aumentó a más de 190 publicaciones y videos originales que incluyen publicaciones conjuntas y copatrocinadas. Los títulos de la colección son los siguientes: Technical Update, Point of View, Case Study, Key Material y el Summary Booklet. La colección puede consultarse en: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/index.html>
 47. Varias fuentes señalan el hecho de que las mujeres viven más que los hombres, pero también que se enferman con mayor frecuencia y utilizan los servicios médicos con mayor frecuencia que los hombres, aun cuando los servicios relacionados con la maternidad no se incluyan en estos cálculos. Estos autores han planteado hipótesis que pueden agruparse en cuatro categorías amplias, a saber: 1. riesgos diferenciales, que están asociados con la forma en que los hombres y las mujeres son socializados; 2. diferencias debidas a factores psicosociales, por ejemplo, las mujeres están más capacitadas (socialmente) para percibir, evaluar y notificar signos de enfermedad, y además para adoptar mejor el papel de "estar enferma" y de seguir un tratamiento médico; 3. diferencias debidas a un sesgo sexista de parte de los médicos que tienden a percibir a las mujeres como más frágiles que los hombres y, por lo tanto, más propensas a enfermarse física o psicológicamente; 4. posibles diferencias biológicas. (Cfr. Castro, R. y Bronfman M. *Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión*. En J.G. Figueroa (ed.) La condición de la mujer en el espacio de la salud. México D.F. El Colegio de México. 1998. En México, una investigación realizada por la Secretaría de Salud en 1992 reveló que las mujeres tienen mayores problemas de malnutrición y otros afines, en comparación con los hombres (Corona E. y Corona A. La salud de las mujeres en México: Situación actual y algunas propuestas. Presentado en el Seminario previo a la Conferencia Mundial sobre la Mujer. UNIFEM, 1995.
 48. Grunseit, A. y Kippax, S., Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behaviour. 1993. Reseña inédita encargada por el Programa Mundial sobre el SIDA, Organización Mundial de la Salud, julio, 1993. Moore, K. A. *et al.* Adolescent Pregnancy Prevention Programs: Interventions and Evaluations, Child Trends, Inc. Washington, DC. Frost, J.J. & Forrest, J.D. Understanding the Impact of Effective Teenage Pregnancy Prevention Programs. Family Planning

- Perspectives 1995, 25(5): 188-96; y Kirby, D. et al. School-Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness. *Public Health Reports*, 1994,109-(3), pp. 339-60.
49. William, F.A. A Psychological Approach to Human Sexuality: The Sexual Behavior Sequence. En D. Byrne & K. Kelley (Editors) *Alternative Approaches to the Study of Sexual Behavior*. 1986. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.
 50. Ferraro, F. and Dukart, R. A Cognitive Inhibition in Individuals prone to homophobia. *J. Clin Psychol* 1998 feb; 54(2):155-62.
 51. Johnson, M.E., Brems, C and Alford—Keating, P. Personality correlates of homophobia. *J Homosex* 1997; 34(1):57-69.
 52. Monroe, M., Baker, R.C. & Roll, S. The relationship of homophobia to intimacy in heterosexual men. *J Homosex* 1997; 33(2):23-37.
 53. Meyer, I.H. and Dean, L. Patterns of sexual behavior and risk taking among young New York City gay men. *AIDS Educ Prev* 1995; 7(5 Suppl):13-23.
 54. Lohrmann, C., Valimaki, M., Suominen, T., Muinonen, U., Dassen, T. and Peate. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *J Adv Nurs* 2000 marzo; 31(3):696-703.
 55. Herek, G.M. (1984). Beyond "homophobia": A social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality*, 10(1/2), 1-21.
 56. Las estadísticas mencionadas en la sección dedicada a la importancia de los problemas de salud sexual ilustran lo siguiente: en el Informe sobre el Desarrollo Mundial, publicado por el Banco Mundial en 1993 se calculaba que "las mujeres entre los 15 y los 44 años pierden más años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) debido a las violaciones y a la violencia familiar que debido al cáncer de mama, al cáncer cervicouterino, al trabajo de parto difícil, enfermedades del corazón, SIDA, infecciones respiratorias, accidentes de vehículos automotores o a la guerra." Varios estudios demuestran que las sobrevivientes de las violaciones tienen tasas elevadas de estrés postraumático persistente y conforman el grupo más grande diagnosticado con este trastorno. Por otra parte, las mujeres que han sufrido una violación tienen nueve veces más probabilidades, comparadas con las que no la han sufrido, de intentar suicidarse y de sufrir depresión grave. Más aun, entre 50 y 60% de las víctimas padecen de alguna disfunción sexual, entre las que se encuentran temor a las cuestiones relacionadas con el sexo y problemas de excitación. Un estudio basado en registros del Hospital de Maternidad de Lima, Perú, reveló que 90% de las madres jóvenes de 12 a 16 años habían quedado embarazadas luego de una violación. En Costa Rica, una organización que trabaja con madres adolescentes notificó que 95% de las jóvenes embarazadas menores de 15 años, que acudían a solicitar servicios habían sido víctimas de incesto. Interactive Population Center: Violence against Girls and Women: <http://www.unfpa.org/modules/intercenter/violence/gender2f.htm>
 57. Corona, E. Resquicios en las puertas: La educación sexual en México en el siglo XX, en: CONAPO (Editor). *Antología de la Sexualidad Humana* Vol. 3. CONAPO, México, 1994.
 58. Coleman, E. (1998). Promoting Sexual Health: The Challenges of the Present and Future. En J.J. Borrás Valls y Conchillo, M.P. (Ed.). *Sexuality and Human Rights*. Valencia, España.
 59. Cerrutti, S. 1993 Salud y Sexualidad desde una Perspectiva de Género. Global Reproductive Health Forum: <http://www.hsph.harvard.edu/grhf/Spanish/course/sesion1/saludsexual.html>
 60. Grunseit, A. y Kippax, S., Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behaviour. 1993. Reseña inédita encargada por el Programa Mundial sobre el SIDA. Organización Mundial de la Salud, julio 1993. Moore, K.A. et al. Adolescent Pregnancy Prevention Programs: Interventions and Evaluations, Child Trends, Inc., Washington, DC. Frost, J.J. y Forrest, J.D. Understanding the Impact of Effective Teenage Pregnancy Prevention Programs. *Family Planning Perspectives* 1995, 25(5):188-96; y Kirby, D. et al. School-Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness. *Public Health Reports*, 1994, 109(3), pp. 339-60.
 61. Franklin, C., Grant, D., Corcoran, J., O'Dell Miller, P. y Bultman, C. (1997). Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: A meta analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 551-567.
 62. Véase por ejemplo, Israel, R.C & Nagano, R. Promoting Reproductive Health for Young Adults through Social Marketing and Mass Media: A Review of Trends and Practices. Education Development Center, Inc. (EDC) 55 Chapel Street, Newton, MA 02158. Puede consultarse en : <http://www.pathfind.org/RPPS-Papers/Social%20Marketing.html>
 63. En 1907, Iwan Bloch publicó su primer trabajo verdaderamente sexológico bajo el título *Das Sexuelleben unserer Zeit* (The Sexual Life of Our Time) y planteó en su prólogo: "El autor del presente trabajo está convencido de que la consideración estrictamente médica de la vida sexual...no es capaz de reconocer a cabalidad las complejas relaciones entre la

sexualidad y otros ámbitos de la vida humana. Para hacer justicia a la importancia plena del amor en la vida de la persona y en la de la sociedad, y con respecto a la evolución de la civilización humana, esta rama particular de la investigación debe ser tratada en su propia subordinación como parte de la ciencia general de la humanidad, que está constituida por una unión de todas las otras ciencias de biología general, antropología y etnología, filosofía y psicología, la historia de la literatura y toda la historia de la civilización...Hasta ahora no se ha escrito un tratado único integral acerca de la totalidad de la vida sexual...Finalmente, ha llegado el momento para tratar de analizar la enorme cantidad de material disponible y presentar el resultado desde un punto de vista centralizado". Bloch, I. *The Sexual Life of Our Time*. Traducido por Eden Paul, Nueva York: Allied Book Company, 1908.

64. Veáanse las pautas de SIECUS que presentan una descripción más completa de las pautas para una educación sexual integral: http://www.siecus.org/school/sex_ed/guidelines/guide0000.html
65. A. Grunseit y S. Kippax (1993) "Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behaviour," reseña inédita encargada por el Programa Mundial sobre el SIDA, Organización Mundial de la Salud, julio de 1993; K.A. Moore, et al. (1995), *Adolescent Pregnancy Prevention Programs: Interventions and Evaluations*, Child Trends, Inc., Washington, DC; J.J. Frost y J.D. Forrest (1995). "Understanding the Impact of Effective Teenage Pregnancy Prevention Programs," *Family Planning Perspectives* 25(5): 188-96; y D. Kirby et al. "School-Based Programs to Reduce Sexual Risk Behaviors: A Review of Effectiveness," *Public Health Reports*, 109(3), 1994, pp. 339-60.

Agradecimientos

Este documento fue preparado por una consulta de expertos que se efectuó en Antigua Guatemala, Guatemala, del 19 al 22 de mayo de 2000. El Dr. Eusebio Rubio Aurioles, preparó las versiones preliminar y definitiva, ayudado por el Dr. Eli Coleman y por La Psic. Esther Corona Vargas, el Dr. Rafael Mazín, y por el Dr. Simon Rosser, El Dr. Alexander McKay y la Dra. Eleanor Maticka-Tyndale ayudaron a revisar la versión definitiva en inglés e hicieron sugerencias de estilo. El Dr. Fernando Zacarías, Coordinador Regional del Programa de VIH/SIDA-ITS de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) brindó su apoyo constantemente a la realización de esta consulta y la finalización del documento.

Entre los consultores que asistieron a la reunión en Guatemala, auspiciada conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), se encontraban expertos en los campos de sexología, salud reproductiva y prevención de VIH/ITS. Debido a que esta consulta se enfocaba principalmente en la Región de las Américas, la mayoría de los participantes provenían de esta región. Sin embargo, algunos expertos internacionales de otras regiones también fueron invitados en razón de su experiencia y conocimientos técnicos, además de que podían aportar una perspectiva mundial a la reunión.

La Agencia Española para la Cooperación Internacional (AECI) y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España dieron su apoyo para la realización de la consulta y la participación de expertos de España.

La versión en español fue traducida por la Sra. Elena Gómez y las revisiones editoriales fueron realizadas por la Dra. Esther Corona, el Dr. Eusebio Rubio Aurioles, la Sra. Paulina Luco-DeVincenti y la Srta. María Pía Catalano bajo la coordinación del Dr. Rafael Mazín, del Programa Regional de SIDA/ITS, de la División de Prevención y Control de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Diseño y composición: Miki Fernández, ULTRAdesigns

Participantes

Laura Asturias, boletín informativo feminista “La Cuerda,” Guatemala

*Juan José Borrás Valls, Universidad Jaume I, España

Cecilia Cardinal de Martín, Comité Latinoamericano y del Caribe para la Educación Sexual (CRESALC), Colombia

*Eli Coleman, Universidad de Minnesota, USA

**Esther Corona Vargas, Asociación Mexicana de Educación Sexual (AMES), México

*Marc Ganem, Sociedad Francesa de Sexología Clínica (SFSC), Francia

*Debra Haffner, Consejo Estadounidense de Información y Educación sobre Salud Sexual (SIECUS), Estados Unidos

*Rubén Hernández Serrano, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Ana Luisa Liguori, Fundación John D. and Catherine T. MacArthur, México

Eleanor Maticka-Tyndale, Universidad de Windsor, Canadá

Alexander McKay, Consejo Canadiense de Información y Educación Sexual (SIECCAN), Canadá

Frans Mom, HIVOS, Países Bajos

*Emil Man Lun Ng, Asociación de Educación Sexual de Hong Kong, China

*Aminta Parra Colmenares, Universidad Central de Venezuela, Venezuela

*María Pérez Conchillo, ESPILL Instituto de Sexología, Psicología y Medicina, España

**Oswaldo M. Rodrigues, Centro de estudios e investigación en comportamiento humano y sexualidad (CEPCoS), Brasil

**Rodolfo Rodríguez Casteló, Universidad Católica de Guayaquil, Ecuador

B. R. Simon Rosser, Universidad de Minnesota, Estados Unidos

*Eusebio Rubio Auriolos, Asociación Mexicana para la Salud Sexual (AMSSAC), México

William R. Stayton, Universidad Widener, Estados Unidos

Esiet Uwemedimo Uko, Action Health Incorporated, Nigeria

Bernardo Useche, Universidad de Caldas, Colombia

* Miembros de la Junta Asesora de la Asociación Mundial de Sexología (WAS)

** Miembros del Comité Ejecutivo de la Federación Latinoamericana de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), que es una de las federaciones regionales de la WAS.

Secretariado

Fernando José Amado Luarca, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Nathalie Brinck, Organización Panamericana de la Salud, Washington

Bilali Camara, Centro de Epidemiología de Caribe/Organización Panamericana de la Salud. Trinidad y Tabago

Carmen A. Valenzuela, Organización Panamericana de la Salud, Guatemala

Martine de Schutter, Organización Panamericana de la Salud, Washington

Rafael Mazín, Organización Panamericana de la Salud, Washington.