

La salud sexual en Venezuela: mi visión personal

Dr. Alfredo Díaz Bruzual

Miembro Correspondiente Nacional

Definición y alcance del concepto “salud sexual”

En casi todos los artículos y publicaciones puede leerse “salud reproductiva o salud sexual y reproductiva”, como si se tratase de sinónimos. Se confunde reproducción con sexualidad. Yo considero que esta aclaración es importante por cuanto el contenido de ambos conceptos es diferente. La reproducción es una función inherente a la sexualidad, como una de las expresiones de ésta, mas no su totalidad. Confundir sexualidad con reproducción es confundir el todo con la parte. Desde hace ya muchos años los estudiosos de este aspecto tan importante de la persona han definido la sexualidad como la expresión del ser humano, integrada a la totalidad del individuo, en la que se conjugan factores biológicos, psicológicos, sociológicos, éticos y espirituales (1), de modo que al tratar los aspectos de salud relativos a la sexualidad es más propio llamarlos salud sexual. En consecuencia, no considero adecuados los términos salud sexual y reproductiva o salud reproductiva como sinónimos o sustitutos de la salud sexual.

Hecha esta aclaratoria explicaré la causa de esta aparente confusión de términos. Con motivo de la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en setiembre de 1994 y como consecuencia de los fuertes debates que se suscitaron entre los grupos conservadores religiosos y el resto del mundo, se llegó a un acuerdo político en el cual se decidió incluir la salud sexual dentro de la salud reproductiva, con la finalidad de aplacar la molestia de estos ultra conservadores religiosos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define en los siguientes términos: “La Salud Reproductiva es un estado gene-

ral de bienestar físico, mental y social, no mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”.. entraña la capacidad de disfrutar de una actividad sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. “Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (2). El Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS manifestó en la inauguración de la IV Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: “La salud no puede fragmentarse. La salud reproductiva forma parte integral e indispensable de la salud general. Las necesidades de salud reproductiva no se circunscriben a las mujeres en edad fértil, sino que son componentes importantes de la salud general de los lactantes y niños, de las personas de edad y de los varones. Los servicios de salud reproductiva abarcan la fecundidad y el tratamiento de la infertilidad, la prevención y el tratamiento de las infecciones y los cánceres del sistema reproductor, la labor de prevención, detección y tratamiento del VIH-SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual, así como la salud de la madre y la maternidad sin riesgo. Deben ser un componente de todos los servicios de atención primaria de la salud (3).

La salud sexual, como parte de la salud integral de la persona humana, compete no solamente al individuo, su grupo familiar y social, sino que se traduce en salud y bienestar de la población. En nuestro país, lamentablemente, “ninguno de los gobiernos democráticos que han desempeñado funciones durante los últimos treinta años han formulado y aplicado formalmente una política de población” (4).

Trabajo de incorporación a la Academia Nacional de Medicina como miembro Correspondiente Nacional Puesto N° 38, presentado en la Sesión del 09 de julio de 1998.

La salud sexual a nivel mundial

Después de una serie de exitosas conferencias de las Naciones Unidas, tales como la Conferencia mundial de derechos humanos, Viena, 14-25 junio 1993; la Conferencia internacional sobre población y desarrollo, El Cairo 5-13 setiembre 1994; la Cumbre mundial para el desarrollo social, Copenhague, 6-12 marzo 1995; la Cuarta conferencia mundial sobre la mujer, Beijing, 4-15 setiembre 1995, se ha generado un significativo compromiso internacional para encarar los derechos humanos en general y los derechos a la salud sexual y la reproducción en particular. Ya en la Carta Fundamental de las Naciones Unidas en 1954 y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, se reconoce la dignidad y el valor de la persona humana, la igualdad de hombres y mujeres, y el derecho a procrear y fundar una familia, y declara que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y ella tiene derecho a la protección de la sociedad y del estado (5).

Algunos datos de la realidad mundial en materia de salud sexual son reveladores del grave problema que confronta la humanidad, especialmente acentuado en los países del tercer mundo, países que no han logrado el suficiente crecimiento de sus recursos, eufemísticamente llamados países en desarrollo, entre los cuales se encuentra el nuestro.

Mueren anualmente 585 000 mujeres como consecuencia directa de complicaciones durante el embarazo y el parto; de ellas el 99% ocurren en países en desarrollo. Por cada muerte hay 3 000 mujeres que padecen enfermedades relacionadas con el embarazo. Una mujer africana tiene probabilidades 500 veces mayor que su homóloga en países escandinavos de perder la vida por problemas relacionados con el embarazo. Se estima que cada año se practican unos 20 millones de abortos en malas condiciones, el 90% de ellos en países en desarrollo, 70 000 de estas mujeres pierden la vida. Un 98% de los países, donde reside el 96% de la población mundial, reconocen que la amenaza a la vida de la madre constituye un fundamento jurídico válido para la interrupción del embarazo. Se estima que en los países donde el aborto es legal se practican unos 25 millones cada año. De los 175 millones de embarazos que se producen anualmente a nivel mundial, al menos 75 millones son no deseados, y terminan en 45 millones de abortos y 30 millones de nacidos vivos (5).

La mortalidad infantil sigue siendo muy alta en los países no desarrollados. Cada año mueren 12,9 millones de niños antes de cumplir cinco años, de los que 4,3 millones, es decir uno de cada tres, sucumben antes de cumplir el mes.

Se estima que cada año hay 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual. Actualmente hay 22,6 millones de personas afectadas por VIH/SIDA, en 1996 se registraron más de 3,1 millones de nuevos casos con VIH, ese mismo año las muertes por SIDA llegaron a 1,5 millones, de las cuales 470 000 correspondieron a mujeres y 350 000 a niños menores de cinco años.

Indicadores de salud sexual en Venezuela

Los indicadores demográficos y salud para 1997 señalan las siguientes cifras

Población	22,6 millones
Tasa de natalidad	26 x mil
Tasa de mortalidad	5 x mil
Crecimiento anual	2,1%
Tiempo de la duplicación de la población	33 años
Población proyectada para el año 2010	28,5 millones
Población proyectada para el año 2025	34,5 millones
Mortalidad infantil por 1 000 NV	23,5
Tasa global de fecundidad	3,1
Mujeres en edad fértil (15 a 45 años)	4,5 millones
Porcentaje de edad menores de 15 años	38
Porcentaje de mayores de 65 años	4
Esperanza de vida promedio	72 años
Esperanza de vida para hombres	69 años
Esperanza de vida para mujeres	75 años
Población urbana	85%
Muertes maternas por 100 000 NV	120

NV: Nacidos vivos

Fuente: Population Reference Bureau: Cuadro de la Población Mundial, 1997.

Las cifras que más nos preocupan se refieren a la población adolescente

Según estimaciones de la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI) para 1997 la población adolescente venezolana (entre 10 y 19 años de edad) constituye el 21,5% de la población total del país de 22,8 millones de habitantes, es decir 4,9 millones; el 11,2% están entre 10 y 14 años (2,6

millones) y el 10,3% entre los 15 y 19 años (2,3 millones). Las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad, representan un 20% de la población de mujeres en edad fértil (6).

La pubertad se presenta en nuestros adolescentes a la edad de 10 años y la menarquía aparece a la edad de 12,3 años. En los varones la pubertad comienza un poco más tarde, a la edad de 12 años, y aproximadamente a los 14 años se presenta eyaculación con presencia de espermatozoides. La iniciación sexual, de acuerdo a estudios efectuados por el Ministerio de la Familia a través de la Encuesta Nacional de la Juventud Venezolana, se presenta a los 15 años de edad para ambos sexos.

En el primer quinquenio de la presente década (1990-1995) nacieron cada año alrededor de 98 niños por mil adolescentes de 15 a 19 años de edad, lo cual significa unos 100 000 nacimientos anuales. Durante ese mismo período nacieron 5 000 niños de madres menores de 15 años de edad, cuyos nacimientos no aparecen en las cifras estadísticas habituales por cuanto la edad fértil de la mujer (para los datos estadísticos) está entre los 15 y 49 años. Los problemas de subregistro no permiten un exacto estudio de este problema, sin embargo, de acuerdo a las estimaciones de OCEI y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), el nivel de fecundidad adolescente estaría en 101 nacimientos por mil adolescentes de 15 a 19 años de edad, por lo cual el porcentaje de nacimientos por madres adolescentes en Venezuela se encuentra en niveles de los más altos de Latinoamérica, más que Colombia (80 por mil), Ecuador (79 por mil), Brasil (73 por mil) y sólo por debajo del Salvador (105), Guatemala (127) y Nicaragua (149) (7).

En la encuesta social efectuada por el Ministerio de la Familia en 1993 (ENSO' 93) se registra que en cifras absolutas, de las 508 000 mujeres entre adolescentes y jóvenes que declararon haber tenido algún embarazo, 462 000 no continuaron sus estudios (es decir el 91%) de lo cual podríamos preguntarnos si el abandono de los estudios fue debido al rechazo por parte de la escuela o porque haya decidido iniciar una vida en pareja.

Lamentablemente esta encuesta no aclara si estos embarazos fueron deseados o no y si continuaron su progreso a parto o fueron abortados. Por otra parte, en la misma se informa que el 86% de las adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años de edad declararon haber oído hablar o conocer acerca de métodos anticonceptivos y de ese grupo, 24% declaró haber

utilizado alguna vez un método. Escasamente 1 de cada 7 adolescentes de 15 a 19 años han usado alguna vez un método anticonceptivo, mientras que en las de 20 a 24 años son dos de cada cuatro las que lo han utilizado; entre las niñas de 12 a 14 años no llega a un 2% las que han usado alguna vez un método anticonceptivo (8). En la última década se ha mantenido más o menos estable la cifra de 29% de mujeres entre 15 y 44 años que usan métodos anticonceptivos, siendo éstas, en un 70%, mujeres casadas o unidas, lo que confirma el sesgo de estos servicios hacia grupos socioculturales aceptados como los demandantes naturales de los mismos.

Lamentablemente, en nuestro país la planificación familiar (PF) ha tenido una orientación exclusivamente de salud y limitada al suministro (casi siempre deficiente) de anticonceptivos. Se ha centrado en la mujer adulta; excluyen de sus servicios a las adolescentes y al varón de todas las edades. La orientación y manejo de la salud reproductiva mantiene el sesgo de ser atribuida exclusivamente a la atención de la mujer desde el punto de vista de la PF y de las consultas pre y pos natales. La atención al varón está restringida al campo de las enfermedades de transmisión sexual. La cobertura del programa de PF del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) apenas alcanza un 10,6% de las mujeres en edad fértil.

La sobrevaloración de la maternidad, vista como la característica más importante y principal función dentro de la realización de la mujer como ser humano, es un factor de distorsión social que por lo demás ha contribuido a la inequidad de género que actualmente sufren nuestras mujeres.

Se ha apreciado en los últimos 25 años un descenso de las tasas específicas de fecundidad, especialmente en las mujeres de 20 a 29 años, del orden entre 25 y 34% mientras que en las adolescentes esta reducción es sólo de 1,2%. Al mismo tiempo se aprecia una franca relación entre los niveles de fecundidad, el grado de educación y el área de residencia, se observa una gran diferencia entre mujeres analfabetas del medio rural con una tasa global de fecundidad (TGF) de 7,83 y las del área metropolitana de Caracas con 10 o más años de educación con una TGF de 1,78 (9). Esto se refleja en las diferencias notables que existen entre los diversos Estados de nuestra república y específicamente entre los diferentes estratos socioeconómicos de la población (10).

Área de residencia	Analfabetas	Años cursados			
		1-5	6	7-9	10 y +
Metropolitana de Caracas	2,86	2,78	2,65	2,45	1,78
Ciudades principales	5,47	4,58	4,01	3,23	2,50
Resto urbano	7,00	5,53	4,31	3,79	2,78
Rural	7,83	6,42	5,00	4,15	3,68

El aborto juega un papel importante en los indicadores relativos a la salud sexual de la mujer

Las cifras que recoge el Estado de la Población Mundial en 1997, publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, revelan interesantes datos: en casi todos los países del mundo el aborto es legal en determinadas circunstancias: un 98% de los países donde reside el 96% de la población mundial reconoce que la amenaza a la vida de la madre constituye un fundamento jurídico válido para la interrupción del embarazo. Igualmente lo es la protección de la salud de la mujer en el 89% de los países industrializados, pero sólo en el 52% de los países en desarrollo. En los países donde el aborto es legal se practican unos 25 millones cada año. Por otra parte, se practican unos 20 millones de abortos en malas condiciones, el 90% de ellos en países en desarrollo. Cada año unas 70 000 mujeres pierden la vida como resultado de abortos en malas condiciones y un número mucho mayor, no determinado, padecen de infecciones y lesiones derivadas de estos. Mientras en los países industrializados el riesgo de muerte por aborto es de 1 por cada 3 500, en los países no industrializados esta proporción se convierte en 1 x 250.

Se estima que la tasa promedio nacional de abortos en nuestro país es de 1,44 por mil; sin embargo, no tenemos datos concretos sobre el aborto provocado, porque es un factor de difícil medida dada su condición de ilegalidad, lo que implica un subregistro muy acentuado; sólo cuando se presentan complicaciones graves y muerte es cuando aparece registrado en las estadísticas. Las complicaciones del aborto son la primera causa de muerte en el país en el grupo de mujeres entre 15 y 24 años (11).

Otro importante indicador de salud sexual se refiere a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Ellas constituyen el principal factor que orgánicamente afecta la salud reproductiva. Mundialmente se estima que cada año hay 333 millones de nuevos casos de ETS. Las mujeres sufren ETS en proporción cinco veces mayor que los

hombres; y en los países en desarrollo las ETS ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres entre 15 y 44 años. Casi las dos terceras partes de los casos de infertilidad pueden atribuirse a ETS (12). Actualmente hay a nivel mundial 22,6 millones de personas afectadas por el VIH-SIDA. En 1996, se registraron más de 3,1 millones de nuevos contagios con VIH; esto representa más de 8 500 casos diarios 7 500 adultos y 1 000 niños. En 1996, las muertes debidas al VIH-SIDA llegaron a 1,5 millones de las cuales, 470 000 correspondieron a mujeres, y 350 000 a niños menores de cinco años.

En Venezuela, en 1995 se reportaron 105 405 casos de ETS, con un 17% confirmados de sexo femenino, sin embargo, el 51% de los casos reportados no tenían identificación del sexo del paciente (10). Debemos presumir que el número real debe ser considerablemente mayor por cuanto las ETS son reportadas solamente por las unidades dependientes del MSAS, quedando excluidas todas aquellas que se diagnostican y tratan en los hospitales de otras dependencias estatales, así como los hospitales privados. El 60% de los nuevos casos de SIDA registrados para 1995 correspondió al grupo de edad comprendido entre 15 y 24 años; el grupo de mayor riesgo se ubica entre los 20 y 24 años (13).

A todas estas variables, que como hemos visto inceden negativamente en la salud y por ende en la salud sexual de nuestra población, se agrega el fenómeno socioeconómico más impactante en los últimos años: el incremento de la pobreza. El indicador de pobreza, de acuerdo con el método de la línea de la pobreza para 1997 llega a más del 70% de la población, mientras que la pobreza extrema alcanza el 39%; además, existen enormes desniveles entre el Distrito Federal y Estados centrales y el resto del país. “El deterioro en los indicadores y las marcadas desigualdades existentes en las condiciones de salud y nutrición entre diversos grupos de población han creado un marcado retroceso en el perfil epidemiológico del país, caracterizándose por la existencia de sectores de la población que mueren por patologías típicas de países pobres” (10).

Estas rápidas y probablemente desordenadas cifras que hemos expuesto nos proporcionan una aproximación al estado de la salud sexual del venezolano, y son motivo de preocupación para muchos de los que en alguna forma hemos dedicado nuestro esfuerzo al estudio y búsqueda de soluciones para paliar esta situación. Quien escribe tiene la

satisfacción de haber dedicado muchas horas de trabajo durante los últimos treinta años para contribuir a la educación y atención directa de los sectores socioeconómicos más necesitados de nuestra población. Son muy largas de enumerar las charlas, conferencias, seminarios, cursos y reuniones dentro y fuera del país en los que he participado activamente; y los aspectos educativos y correctivos de la salud sexual publicados en revistas nacionales y extranjeras (14-23).

Antes de los años 70 comencé a preocuparme por las precarias condiciones de la salud sexual de los venezolanos. Partiendo del campo de la ginecología tuve la oportunidad de constatar las repercusiones que la ignorancia, los prejuicios y la distorsionada información sexual ocasionan en la salud sexual de nuestras mujeres. De allí, por extensión, pude observar el mismo problema en los hombres. Preocupado por esta realidad me dispuse a estudiar el problema. Un posgrado en Consejería Matrimonial y Educación Sexual en la Universidad de Pensilvania, en Filadelfia, y la visita de 17 centros en América y Europa, me llevaron a fundar la Asociación Venezolana de Orientación Familiar y Sexual (AVOFYS) en 1970. Una fructífera labor de educación y asistencia directa a individuos, parejas y grupos familiares, mediante cursos, seminarios, talleres para jóvenes, adultos, y docentes de educación primaria, media y superior, así como la investigación y producción de materiales educativos han sido el resultado de 28 años de existencia. Su acción incluye la terapia de parejas y terapia de familia, amén de los cursos de capacitación en Orientación Familiar y Sexual que dicta cada año a profesionales de nivel superior. En la Universidad de Carabobo dicta actualmente el Curso de Orientación Familiar para Médicos Familiares. Está afiliada a Avanta Network, que es una asociación internacional de ayuda a la familia.

La necesidad de ofrecer servicios directos de salud sexual obtuvo respuesta en la fundación de la Sociedad de Planificación Familiar (PLAFAM) en 1986. Se había producido un importante vacío desde 1974 con la desaparición de la Asociación Venezolana de Planificación Familiar, que durante 10 años manejó clínicas en todo el país, cumpliendo una función que el Estado venezolano no había podido, o querido llenar. Con el desarrollo de programas educativos y servicios clínicos, la labor de PLAFAM aumenta cada día en forma ininterrumpida prestando ayuda, especialmente a

los sectores de bajos recursos en sus cuatro clínicas en Caracas, Petare, y Valles del Tuy. Desde febrero de 1986 hasta diciembre de 1997, se han efectuado 109 322 consultas de anticoncepción, ginecología, urología, infertilidad y prenatal, además de 62 300 ecosonogramas, 35 750 citologías, 2 132 biopsias y 65 300 exámenes de laboratorio. La creación el pasado año del primer Centro de Atención en Salud Sexual para Adolescentes, que funciona en la unidad “Panchita Soublette” del Instituto Nacional del Menor (INAM), ha permitido a PLAFAM alcanzar una de las metas más importantes previstas en su programa de acción. Apenas en el mes de junio de este año, PLAFAM trasladó su sede y clínica central a la Avenida Minerva de la Urbanización las Acacias de Caracas. La institución se sostiene en un 65% de los ingresos propios por los servicios que presta, 18% de donaciones de agencias internacionales y 17% de donaciones locales.

Como resultado de haber participado en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, cuatro Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) —PLAFAM, CISFEM, AVESA y ALEDO— decidimos fundar la Red de Población y Desarrollo Sustentable (REDPOB) para poner en práctica los lineamientos y resoluciones aprobados en dicha conferencia. Hoy la REDPOB cuenta con ocho instituciones de Caracas y tres en el interior del país. Su área fundamental de acción está constituida por: salud sexual, promoción de la mujer, violencia y abuso sexual; dentro de esta línea de acción, trabaja activamente en talleres, conferencias y acciones directas a los organismos del Estado para la aprobación de las leyes que inciden en estas áreas.

Además de estas tres instituciones que he contribuido a desarrollar, existen en nuestro país numerosos esfuerzos del sector privado que mediante la acción de muchas ONGs, cuya lista sería larga de enumerar, aportan su contribución a la salud sexual del venezolano.

Todos estos años me han servido para elaborar un criterio en relación al estado real de la salud sexual de nuestros ciudadanos y las necesidades que ellos confrontan para obtener condiciones aptas para su normal y completo desarrollo. Estas necesidades son fundamentalmente en dos áreas que se complementan: la educación de la sexualidad, que es la base del sano desarrollo sexual del individuo y los servicios de atención en materia de salud sexual, que son indispensables para la prevención de los problemas del área sexual y el adecuado manejo de

la salud sexual. En mi opinión la deficiente y distorsionada educación sexual que hemos recibido la gran mayoría de nosotros, signada por el tabú, misterio, y pecado, preñada de prejuicios y conceptos erróneos, es la causa fundamental de la mayoría de los problemas que experimentamos en nuestra vida sexual. El desconocimiento es denominador común en la gran mayoría de la población; no importa el estrato social o el grado de educación formal que hayamos alcanzado, confrontamos fallas importantes en el conocimiento y ejercicio de nuestra sexualidad (20,21). Lo triste del caso es que durante los últimos 30 años hemos avanzado muy poco; en el año 1971 efectuamos una investigación sobre los conocimientos y opiniones acerca de la sexualidad en muestras seleccionadas de alumnos, padres y maestros de tres niveles educativos y tres niveles socioeconómicos en el área metropolitana de Caracas; los resultados que allí obtuvimos son similares a los que podemos obtener hoy, y las recomendaciones como correctivos de este problema que allí propusimos, todavía hoy no se han aplicado (24).

Al considerar la salud sexual, es preciso tener en cuenta los llamados derechos reproductivos que se basan en derechos humanos fundamentales consagrados mundialmente por las Naciones Unidas, y ratificados en la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos en Viena 1993 y recientemente en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo 1994. “Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (2).

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), editó y publicó hace dos años estos derechos (25), los cuales refiero a continuación:

1. Derecho a la vida

La vida de ninguna persona deberá estar en riesgo por falta de acceso a los Servicios de Atención de la Salud y/o a información, asesoramiento o servicios relacionados con la salud sexual reproductiva (SSR).

El embarazo no debe poner en riesgo la vida de ninguna mujer. Deben reducirse los factores de riesgo: embarazos demasiado temprano, demasiado

tarde, demasiado seguidos uno de otro, o demasiado numerosos.

Igualmente la vida de ningún niño deberá ponerse en riesgo o en peligro por razones de su sexo.

2. Derecho a la libertad y la seguridad personal

Todas las personas tienen derecho a poder disfrutar y controlar su vida sexual y reproductiva, con la debida consideración a los derechos de los demás.

Ninguna persona deberá estar sujeta a embarazo, esterilización o aborto forzados.

Todas las personas tienen derecho a estar libres de acoso sexual.

Todas tienen el derecho a estar libres de temor, vergüenza o culpa y de otros factores que inhiban o menoscaben sus relaciones sexuales.

3. El derecho de igualdad y a estar libre de todas las formas de discriminación

Todas las personas tienen derecho a acceso igual a la educación y la información para asegurar su salud y su bienestar, incluso el acceso a información, consejo y servicios relacionados con la salud y sus derechos en materia de sexualidad y reproducción.

No se deberá discriminar a ninguna persona en su acceso a la información, educación y a los servicios relacionados con su salud y sus derechos en materia de SSR en razón de su edad, sexo, religión, estado civil, condición social o por requerir el consentimiento de otra persona.

Todas las mujeres tienen derecho a la protección contra la discriminación en las esferas sociales, doméstica o de trabajo, por razones de embarazo o maternidad.

No deberá someterse a ninguna persona a cualquier programa de salud sexual o reproductiva que tenga el efecto de discriminar a grupos particulares de la población.

4. Derecho a la privacidad

Todos los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, incluso la información y el asesoramiento, deberán proveerse con privacidad y asegurar a todos los clientes que la información personal proporcionada permanecerá confidencial.

Toda persona tiene derecho a expresar su orientación sexual a fin de poder disfrutar de una

vida sexual segura y satisfactoria, con la debida consideración al bienestar y derechos de los demás, sin temor a persecución, privación de libertad o interferencia social.

Todos los servicios de atención de SSR, incluso los de información y asesoramiento, deberán ponerse a disposición de todos los individuos y parejas, “especialmente a los jóvenes”, sobre una base que respete su privacidad y su confidencialidad.

5. Derecho a la libertad de pensamiento

Todas las personas tienen libertad de pensamiento en lo tocante a su vida sexual y reproductiva.

6. Derecho a información y educación

Todas las personas tienen derecho al acceso a la educación y a la información correcta, no sexista y libre de estereotipos en cuanto concierne a su salud, sus derechos y sus responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, presentadas de una manera objetiva, crítica y pluralista. Esta educación debe ser suficiente para asegurar que cualesquiera decisiones que tomen en relación a su vida sexual y reproductiva se adopten con consentimiento pleno, libre e informado.

Todas las personas tienen derecho a recibir plena información acerca de los beneficios, riesgos y efectividad relativos a todos los métodos de regulación de la fertilidad y la prevención de embarazos no planeados.

7. Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia

Toda persona en edad núbil tiene derecho a contraer matrimonio o no con consentimiento pleno, libre e informado.

Todas las personas tienen derecho al acceso a servicios de atención de la salud reproductiva, incluso aquellas que son infértiles, o cuya fertilidad se haya amenazada por enfermedades de transmisión sexual.

8. Derecho a decidir tener hijos o no, y cuándo tenerlos

Todas las personas tienen el derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos.

Todas las mujeres tienen el derecho al acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para la protección de su salud reproductiva, la maternidad segura y el aborto seguro.

Todas las personas tienen derecho al acceso a la gama más amplia posible de métodos seguros, efectivos y aceptables para la regulación de su fertilidad y poder elegir y usar el que sea seguro y aceptable para ellas.

9. Derecho a la atención de la salud y a la protección de la salud

Todas las personas tienen derecho a servicios completos de atención de la salud sexual y reproductiva como parte de la atención primaria de la salud, servicios que deben ser integrales, accesibles tanto financiera como geográficamente, ofrecidos con privacidad, confidencialidad y con debido respeto por la dignidad y confort de esa persona.

Todas las mujeres tienen derecho a consejería para el embarazo y la infertilidad que las habilite para tomar sus propias decisiones basada en información presentada en forma imparcial.

Todas las mujeres que trabajan tienen derecho a licencia con remuneración, o licencia con adecuados beneficios de seguridad social.

10. Derecho al beneficio del progreso científico

Todos los clientes de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen derecho al acceso a todas las nuevas tecnologías reproductivas que sean seguras y aceptables.

Todas las personas tienen derecho a la protección contra cualquier efecto perjudicial que la tecnología de atención de la salud reproductiva pudiera tener para su salud y su bienestar, y a la información sobre los mismos.

11. Derecho a la libertad de reunión y a la participación política

Toda persona tiene derecho a reunirse y abogar por la salud y sus derechos en materia de sexualidad y reproducción, así como promover la salud y bienestar sexual y reproductivo y tratar de influir para que los gobiernos otorguen prioridad a la salud y los derechos en materias de sexualidad y reproducción.

12. Derecho a no ser sometido a torturas y maltratos

Todos los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación y en particular, contra la explotación sexual, la prostitución infantil y todas las formas de abuso y acoso sexual.

Todas las mujeres tienen derecho a la protección contra la trata de mujeres o la explotación de la prostitución de la mujer.

Todas las personas tienen derecho a estar protegidas contra cualquier tratamiento degradante y violencia en relación con su sexualidad y reproducción, especialmente en tiempo de conflicto armado.

Todos estos derechos, arriba expresados en forma muy explícita y quizás repetitiva, pueden resumirse así:

Todas las personas tienen derecho a vivir, disfrutar y controlar su sexualidad en forma libre, consciente y responsable, sin discriminación por sexo, religión o condición social.

Para ejercer este derecho la persona debe tener la información y educación necesarias en materia de salud sexual y reproductiva. En consecuencia, es preciso que existan programas de educación sexual que provean información y educación de todos los aspectos de la sexualidad; ellos deben ser de carácter amplio, científico, no sexista y libre de estereotipos.

Toda persona tiene derecho a la atención de salud sexual y reproductiva. En consecuencia es preciso que existan servicios públicos de salud sexual y reproductiva que atiendan a todas las personas, que provean asesoría con adecuado conocimiento de los beneficios y riesgos de todos y cada uno de los métodos de regulación de la fertilidad, que dispongan de una amplia gama de estos métodos que permita a cada persona escoger libremente el que le convenga.

Hemos dejado asentado arriba que la educación en los aspectos de la sexualidad es el elemento primordial para disfrutar de la salud sexual. Estudiaremos seguidamente los aspectos educativos de la salud sexual:

Cualquier programa educativo debe tener metas y objetivos claros, así como personal idóneo que pueda llevarlo a cabo. Un programa curricular de educación para la salud sexual debe cubrir los siguientes objetivos:

1. Que el educando comprenda que

- La sexualidad es una dimensión fundamental del

ser humano, que es algo positivo, natural e importante en la vida, tanto en lo relativo a sí mismo como en su relación con los demás.

- El proceso educativo integral implica desarrollar la autoestima, la autonomía, la salud, y la convivencia en forma armónica con su sexualidad.
- La persona humana es un ser eminentemente social y que la familia es el núcleo básico de nuestra sociedad contemporánea y elemento de socialización del individuo; en consecuencia, la educación sexual debe estar enmarcada dentro del proceso educativo integral de la persona.
- Cada uno de los miembros de la familia tiene un rol importante que desempeñar como individuo y como miembro del núcleo familiar y de la sociedad; y que en el desarrollo de su rol debe respetarse la individualidad y autodeterminación de cada individuo.
- El significado del amor en la vida sexual.

2. Proporcionar al individuo conocimientos adecuados sobre

- Su proceso de desarrollo físico, psíquico y social a fin de eliminar angustias, temores y tabúes relacionados con su propio sexo y con el sexo complementario.
- La plenitud de las dimensiones biológicas, efectivas y psíquicas de la sexualidad y sus diversas manifestaciones en las relaciones humanas como individuo, cónyuge, padre/madre y miembro de una comunidad social.
- Las conductas alternas y las desviaciones de las respuestas al estímulo sexual para ayudarlo a comprenderlas y protegerse de la explotación y prejuicios a su salud física y mental.

3. Desarrollar en el educando

- La libre adopción de un adecuado código ético de conducta, fruto del análisis objetivo y consciente de los aspectos positivos y negativos que proporcionan las relaciones humanas en la vida individual y en la familia.
- La capacidad para disfrutar plenamente su sexualidad, sin fobias ni sentimientos de culpa, acorde a su desarrollo biológico, psicológico y sociológico, en un marco de respeto, compromiso y responsabilidad con su persona y su pareja.
- La habilidad para elegir libremente, en el ejercicio

de su sexualidad, las funciones de comunicación, placer y procreación que conforma la relación sexual.

- Respeto por la dignidad de la vida humana, no sólo en su engendro sino a todo lo largo de la misma; y en tal sentido, decidir libre y responsablemente procrear hijos en el número y la oportunidad que lo decida.
- Reconocimiento de la mujer como ser humano igual al hombre, con derecho a realizarse como tal y no sólo como madre.
- Replantearse los roles sexuales tradicionales, buscando una mejor relación hombre-mujer que permita la desaparición del sometimiento del uno por el otro, basados en los principios de igualdad social, jurídica y económica de ambos sexos.
- Promover modificaciones de la vieja estructura familiar de corte patriarcal, con el fin de buscar una mayor equidad en las relaciones entre padres e hijos y entre la pareja conyugal, propiciando el amor, el respeto, el crecimiento y la autodeterminación de los miembros de la familia.

En consecuencia:

- a. La educación sexual debe estar articulada en el currículum dentro de un contexto científico y humanístico, como parte de la formación del individuo y como condición para alcanzar su salud sexual y reproductiva.
- b. La educación sexual es responsabilidad de los padres, de los institutos docentes y de la comunidad; cada uno debe aportar elementos complementarios en el proceso educativo.
- c. La educación sexual debe ser parte de un proyecto pedagógico que promueva un proceso permanente de interacción colectiva de conocimientos, actitudes, comportamientos y valores personales y de grupo en la vivencia de la sexualidad.

Al diseñar cualquier programa de educación para la promoción de la salud sexual, bien sea a nivel de la enseñanza formal o informal, considero esencial tener en cuenta los siguientes principios filosóficos y éticos de la educación sexual:

La sexualidad está ligada a la personalidad del individuo. Por tanto la educación sexual tiene que ser parte inseparable de la educación y formación integral del ser humano.

La educación sexual se hace implícita y

explícitamente. Se educa con el ejemplo. No podemos escoger educar o no educar sexualmente, siempre estamos impartiendo educación sexual aun cuando lo neguemos, pues rechazar explícitamente hacer educación sexual ya implica una educación negativa de la sexualidad.

La educación sexual es deber primario de los padres, los institutos docentes tienen la obligación de continuar y completar esta educación sexual. No pueden los padres soslayar esta obligación, pero además la escuela, liceos y universidades tienen el deber de completar la educación sexual dentro de los programas regulares de educación y capacitación formal del individuo.

La educación sexual debe ser progresiva y adaptada al grado de desarrollo del sujeto. Si bien debe comenzar desde o (antes) el nacimiento, los conocimientos y valores que conciernen a la sexualidad deben ser impartidos a medida y en el grado de desarrollo físico y psicológico del niño, adolescente y adulto. Tan negativo es no enseñar lo debido en el momento adecuado, como atosigar al niño con información que no es capaz de entender ni procesar.

La sexualidad animal sustenta un “instinto” sexual. La sexualidad humana es “racional” y por tanto el comportamiento sexual es consciente, voluntario, responsable y perfectible. La respuesta al estímulo sexual es diferente en el hombre que en el animal; éstos responden en forma automática al instinto; el ser humano procesa el estímulo erótico cerebralmente y su respuesta es consciente y voluntaria. Como todo comportamiento humano, la conducta sexual es capaz de modificarse, pues como se trata de pautas aprendidas, ellas pueden corregirse y ajustarse.

La conducta sexual es reflejo de valores y actitudes del individuo y de la sociedad donde vive. El comportamiento del ser humano responde a valores adquiridos a través del conocimiento o adoptado de las costumbres del ambiente que le rodea; igualmente es la expresión de normas éticas y morales que van a modular su actuación. La conducta sexual no está exenta de estas mismas influencias, lo cual explica las diferencias que se observan en las diversas culturas y épocas.

La relación sexual implica comunicación, placer y procreación; funciones que se pueden ejercer separada o conjuntamente. Estas tres funciones están contenidas en el acto sexual y es potestad del

individuo, de acuerdo a sus circunstancias, disfrutar una o más de ellas en determinado momento; la capacidad de la persona, al usar los medios adecuados para separar éstas e imprimirle al acto sexual la función o meta deseada, es factor básico para su salud sexual.

La procreación debe ser consciente y responsable; en consecuencia la anticoncepción no sólo es lícita sino moralmente obligatoria. Ya que las funciones del acto sexual pueden ser selectivas, la procreación de todo hijo debe ser deseada y no fruto de la casualidad. Es una irresponsabilidad traer hijos al mundo cuando no son deseados o los padres no son capaces de alimentarlos, educarlos, y protegerlos hasta su desarrollo adulto. El uso de medios anticonceptivos se convierte en un requisito indispensable para una conducta sexual responsable y el disfrute de salud sexual. Hay diversidad de métodos que encajan dentro de las necesidades y exigencias de cada individuo. Procrear al azar es una negación de la dignidad humana.

La información y educación sexual NO induce a promiscuidad ni libertinaje. El conocimiento es una condición esencial para el comportamiento apropiado; la desinformación o la información errónea facilitan el camino para proceder incorrectamente. La ignorancia nunca es una buena consejera. Una oportuna educación es salvaguarda para la salud sexual de la persona.

Cuando se trata de programas regulares en los planteles educativos, es de gran importancia la selección de los maestros que intervendrán en su desarrollo; es preciso que tengan una formación adecuada, para lo cual deben recibir adiestramiento y supervisión. Los educadores de todos los países con los cuales he tenido contacto coinciden en que uno de los problemas de más difícil solución y que requiere especial atención es la idiosincracia del educador, y sus propios temores y prejuicios relativos a su sexualidad. En este sentido señalaré algunos requisitos o condiciones que debe llenar un educador sexual:

- Debe estar consciente de su propia sexualidad, aceptarla no sólo en su mera existencia sino a plenitud en la dinámica del funcionamiento de su personalidad total. Debe sentirse cómodo y congruente con su sexo.
- Debe poseer conocimientos sobre la sexualidad en todos sus aspectos y componentes, en la mayor profundidad posible, para que sea capaz de

transmitir ideas ciertas y precisas.

- Tiene que conocer las secuencias del desarrollo psicosexual, para que pueda comprender con simpatía los problemas comunes asociados a éste.
- Debe ser capaz de comunicarse efectiva y afectivamente, tanto verbal como no verbalmente, con sus estudiantes. En tal sentido debe utilizarse un lenguaje fácil y natural, sin eufemismos ni vulgaridad, para transmitir sus mensajes clara, sencilla y naturalmente, y proporcionar un ambiente que estimule al alumno a expresar sus propios sentimientos con sinceridad, sin temor a la crítica o al rechazo.
- Debe tener una clara conciencia de los cambios sociales, comprensión y apertura en las implicaciones de estos en los patrones de actitudes y en los comportamientos sexuales, respetando diferencias de raza, ideología, religión o grupo social.
- El educador sexual, como todos los educadores, no debe tratar de imponer a sus educandos sus propios valores o patrones y debe tener la suficiente objetividad para mantenerse en su papel de educador, recordando que no es teólogo ni moralista profesional.
- Debe tener empatía para comprender y orientar al educando en los casos en que éste requiera su ayuda personal; conocer sus propias limitaciones como orientador, y derivar los casos que lo requieran hacia un consejero calificado.

Los programas de salud sexual deben propender a dirigir cuidados especialmente a la mujer, no exclusivamente las casadas o unidas con o sin hijos, sino a todas en general y durante toda la extensión de su vida. Debe tenerse muy en cuenta que las necesidades y problemas de la vida sexual y de la reproducción competen a ambos sexos, antes, durante y después de la edad fértil.

Los programas educativos de salud sexual aplicados a los currícula regulares, deben lograr la colaboración del instituto docente, incluidos los padres, maestros y alumnos, para el desarrollo del programa, tanto en su diseño como en su ejecución. Que no sea “una asignatura más” sino integrado dentro de las diversas materias docentes, como un proyecto de vida, siguiendo la línea de “transversalidad”, en la cual los contenidos se integran dentro de las diferentes materias a lo largo del programa académico.

La metodología participativa, en la cual el educando es sujeto y no objeto del proceso, es fundamental para crear un clima propicio a la comunicación abierta que permita relacionar los aportes científicos con la experiencia empírica. Aunque el contenido de la enseñanza debe ser fundamentalmente acorde a la edad y desarrollo del educando, en los niveles de primaria y ciclo básico, ellos deben comprender: -Familia y vida familiar. -Desarrollo psicosexual. -Pubertad y madurez. -La respuesta sexual. -Biología de la reproducción humana. -Concepción y anticoncepción. -Embarazo, parto. -Derechos reproductivos. -Violencia sexual. -Salud sexual. -Enfermedades de transmisión sexual y SIDA. -Comunicación. -Proceso de toma de decisiones. Formación de valores. Disfunciones sexuales. Abstinencia. Masturbación.

No hemos logrado en nuestro país, a pesar de todos los esfuerzos que han surgido en el área educativa tanto oficial como privada, una decisión firme para implantar programas de educación sexual a todos los niveles de los pensa escolares. Se han dado varios intentos, y no obstante haber participado en numerosos encuentros internacionales y firmado convenios al respecto, el estado venezolano no ha logrado concretar lo que otros países hermanos como México, Costa Rica y Colombia, por nombrar algunos, tienen ya establecido. El programa oficial de educación sexual de la república de Colombia, aprobado en 1993 (26), se puede considerar como un modelo de lo que es pertinente en esta materia, y expresa muchos conceptos coincidentes con los criterios que hemos defendido por muchos años en esta materia. Vale la pena señalar los conceptos de “ejes” y “énfasis”.

“Los programas de educación sexual deben diseñarse a través de ejes que articulen las temáticas y que se mantengan a lo largo de su ejecución. Ellos son: La persona como ámbito de construcción de la identidad, la conciencia y la singularidad. La pareja como espacio privilegiado para la construcción y vivencia de la sexualidad. La familia como núcleo socializador primario desde donde se construyen valores, actitudes y comportamientos sexuales. La sociedad como espacio socializador secundario, desde donde se validan y realimentan la cultura y los valores”.

“Un énfasis es la perspectiva desde la cual se determina la pertinencia de los contenidos en cada uno de los grados, considerando el momento evolutivo de los alumnos y sus necesidades e inquietudes.

Lo que se trabaja en un grado, puede abordarse en otros, es cuestión de dar prioridad a un determinado aspecto para cada nivel”. Veamos el énfasis en cada nivel:

Preescolar: Identidad. -Consolidación de la imagen de sí mismo, mediante la interiorización de valores y actitudes del entorno.

Primer Grado: Reconocimiento. -Valoración positiva de las características y comportamiento singulares que determinan que cada persona sea única y diferente.

Segundo Grado: Tolerancia. -Construcción de una relación igualitaria, respetuosa y solidaria entre las personas, sin ningún tipo de discriminaciones.

Tercer Grado: Reciprocidad. -Conformación del nosotros, desarrollando la solidaridad y el compartir, aprendizaje del dar, darse y recibir.

Cuarto Grado: Vida. -Fortalecimiento de la conciencia ecológica como medio de relación armónica con el entorno. La sexualidad como componente esencial de los procesos vitales.

Quinto Grado: Ternura. -Promoción del encuentro interpersonal que reconoce la dependencia y la necesidad del contacto, cuidado y reconocimiento de sí mismo y del otro.

Sexto Grado: Diálogo. -Formación de la sexualidad desde el compartir afectos, ideas y conductas con el otro, basada en el respeto y la comunicación.

Séptimo Grado: Cambio. -Aceptación del crecimiento y desarrollo y transformación personal a partir de la vivencia consciente de tales procesos.

Octavo Grado: Amor-Sexo. -Enriquecimiento de la sexualidad de un contexto afectivo, creativo y humanista.

Noveno Grado: Responsabilidad. -Preparación para la toma de decisiones libres, conscientes y éticas en relación con la vida sexual.

Décimo Grado: Conciencia crítica. Comprensión y análisis del entorno y de sí mismo que permita asumir un juicio valorativo frente a actitudes y comportamientos sexuales.

Onceavo Grado: Creatividad. -Desarrollo de la capacidad de imaginar, inventar y recrear en el contexto amoroso-sexual.

Actualmente está en propuesta ante el Ministerio de Educación un proyecto de programa de educación familiar y sexual para los niveles de cuarto a noveno

grados, donde se introducen siguiendo el criterio de “transversalidad”, contenidos bastante completos en cuanto a educación sexual, educación para la salud y educación familiar y ciudadana. Esperemos que este proyecto, como tantos otros, no se quede “dentro del tintero”, y que logre cristalizar en programas efectivos.

Parejo a los elementos educativos, corren los de los servicios asistenciales. En nuestro país, los aspectos de salud sexual (que en la actualidad se reducen a planificación familiar) se encuadran dentro del rubro salud materno-infantil. Se considera la salud, en cuanto se refiere a la reproducción, como un componente solamente ligado a la maternidad; no se considera la salud sexual propiamente como un aspecto inherente a la persona humana, sino como un apéndice de la maternidad, lo cual constituye un gran error conceptual. Es así como los servicios de atención en planificación familiar vienen entonces a “competir” con la salud infantil, tanto en recursos humanos como en financieros. El resultado es el lamentable estado en el que se encuentran las clínicas de planificación familiar que regenta el MSAS: sólo son accesibles al 10,6% de la población femenina en edad fértil, la mayoría de ellas tienen graves fallas logísticas en materia de anticonceptivos, sin mencionar la ausencia reiterada del personal médico que las atiende. En numerosas ocasiones hemos propuesto desligar la salud sexual y planificación familiar de la Dirección de Atención a la Madre, el Niño y Adolescente a objeto de que pueda desarrollar sus programas adecuadamente en una División Salud Sexual, tal como otras divisiones del ministerio. Ello permitiría desarrollar programas a nivel nacional que garantizaran una efectiva atención dentro de la descentralización administrativa que se promueve hoy.

A pesar de todos los compromisos que los entes gubernamentales han firmado en numerosos eventos nacionales e internacionales en materia de salud sexual en los últimos años, sólo se nos ofrecen proyectos, promesas y planes que en la práctica no llegan a cristalizar. Queremos ser optimistas con los proyectos que actualmente se están estudiando, los cuales incluyen el cambio de la División Materno-Infantil a División de Salud Reproductiva (esperamos que no sea un simple cambio de nombre) y la redacción de la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva, que esperamos sea aprobada y se cumpla en todo el territorio nacional.

Los esfuerzos que el Ministerio de la Familia desarrolló hasta hace pocos años en la promoción de la educación sexual, la prevención del embarazo en adolescentes y otros aspectos importantes de salud sexual, se han visto en los últimos años relegados al olvido, suplantados por programas de tipo moralista que están muy lejos de mejorar la carencia educativa de nuestros jóvenes. Valiosos materiales de divulgación y folletos instructivos fueron destruidos por orden del actual ministro por considerarlos inadecuados para la formación moral de los jóvenes. La CONAPED (Comisión para la prevención del embarazo precoz), creada en 1992, comenzó a funcionar más efectivamente a partir de 1995 con centros de prevención en todos los estados de la república; y desarrolló un plan que fue el resultado de una jornada de consulta a los diferentes entes públicos y privados del país (27). En la actualidad se encuentra en fase francamente recesiva.

Para concluir este análisis, quiero expresar algunas propuestas para mejorar la salud sexual:

1. Se requiere la expresa manifestación de la voluntad política y apoyo público por parte de los entes del Estado para que se asignen los recursos económicos, humanos y técnicos necesarios para fomentar la salud sexual de los venezolanos.
2. Que los programas se efectúen de forma descentralizada en todo el país y con participación de la comunidad, tanto en el área educativa como de servicios.
3. Utilizar los recursos humanos y logísticos en cooperación con el sector privado, ONGs y agencias internacionales.
4. Mejorar la calidad de atención: disponibilidad de personal técnico capacitado y disponibilidad logística e insumos suficientes para atender la demanda de los usuarios.
5. Cubrir los grupos más vulnerables y desfavorecidos.
6. Que los Ministerios de Sanidad, Educación, Familia y Juventud reconozcan efectivamente en sus programas de acción, en forma explícita, los derechos reproductivos como derechos humanos inalienables e indispensables para garantizar el pleno disfrute de la salud sexual por parte de todos los venezolanos.

7. Que el Ministerio de Educación incorpore la educación sexual en todos los currícula regulares, desde el preescolar hasta la educación superior.
8. Que esta educación, tanto a nivel formal como individual, sea progresiva, adecuada al desarrollo psicosexual del educando, de carácter científico y no sexista. Su desarrollo debe ser “transversal” a lo largo del pensum escolar.
9. Que el MSAS transforme los actuales servicios de PF (considerados tan sólo como de “Salud materno-infantil”) en auténticos servicios de salud sexual, y que estos funcionen en todos los centros primarios de salud, ambulatorios y hospitales, antes del año 2000.
10. Que los servicios de salud sexual ofrezcan: información, educación y servicio para todos, incluidos hombres y adolescentes de ambos sexos, en planificación familiar, ETS-SIDA, pesquisa de cáncer de cuello uterino y mama; estudio y tratamiento de la infertilidad, prevención de embarazo precoz, promoción de la maternidad sin riesgos y programas de nutrición y lactancia materna. Que tenga a la disponibilidad todos los métodos AC accesibles y aceptables para todos.
11. Implementar servicios de salud sexual aplicados al pos parto inmediato, con énfasis en la utilización de métodos AC propios para esa etapa.
12. Crear Centros de Salud Sexual especiales y exclusivos para los adolescentes los cuales incluyan prevención y asesoría en PF, ETS-SIDA embarazo precoz, pesquisa de cáncer del cuello uterino, y libre disponibilidad de todos los métodos AC para aquellos que hayan iniciado o vayan a iniciar relaciones sexuales.
13. Que todos los entes educativos del país pongan en práctica los principios de la ética sexual que libere las fobias sobre el sexo, que haga justicia a la plenitud de las dimensiones biológicas, afectivas y psíquicas de la sexualidad, que dignifique el eros, y el placer, que permita a todos los seres humanos disfrutar su sexualidad separadamente de su función reproductora y acorde a su desarrollo biológico, psicológico, y sociológico en un marco de respeto y responsabilidad a su dignidad personal y la de su pareja.
14. Que la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Venezolana revisen la ley del Ejercicio de la Medicina y el Código de Deontología Médica a objeto de actualizarlos en lo relativo a la salud sexual y proponer su

modificación al Congreso Nacional.

Si logramos poner en práctica estas recomendaciones, podremos sentirnos satisfechos.

REFERENCIAS

1. Calderone MS, McIntosh M, Guttmacher A, Unsworth RP, Díaz Bruzual A. Participación de la escuela en la educación sexual. México: Editorial Pax; 1974.
2. Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 5 a 13 de setiembre de 1994.
3. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Declaración del Dr. Hiroshi Nakajima, Director General de la OMS, El Cairo 5-13 de setiembre de 1994.
4. Venezuela: Informe Nacional sobre Población y Desarrollo 1994, CORDIPLAN, Caracas: Taller Gráfico de la Oficina Central de Estadística e Informática; 1994.
5. Estado de la Población Mundial 1997. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 1997.
6. Venezuela: Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2035. Caracas: Taller Gráfico de la Oficina Central de Estadística e Informática, 1995.
7. La salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Venezuela. CORDIPLAN, Caracas: Taller Gráfico de la Oficina Central de Estadística e Informática; 1997.
8. Un estudio del comportamiento reproductivo de las adolescentes. Encuesta Social, 1993. Caracas: Ministerio de la Familia, diciembre 1995.
9. Bidegain G. Diferencias espaciales y socioeconómicas de la fecundidad en Venezuela, IIES- Universidad Católica Andrés Bello, 1989.
10. Bidegain G, Díaz Michelena G. La planificación familiar en Venezuela. Caracas: Editorial PLAFAM; 1988.
11. Población y desarrollo en Venezuela: Análisis Prospectivo 1997. FNUAP-CORDIPLAN-IVEPLAN. Caracas, julio 1997.
12. World population monitoring. Selected aspect of reproductive right and reproductive health, Naciones Unidas, División de Población. New York 1996.
13. Red de Población y Desarrollo Sustentable (REDPOB). La población venezolana en camino al desarrollo sustentable, Caracas, julio 1997.
14. Díaz Bruzual A. Teaching sexuality to future doctors. *Ost Phys* 1975:64-71.

15. Díaz Bruzual A. Vida familiar y educación sexual. Problemas especiales de la adolescencia. *Obs Gin Lat Amer* 1970;28:128-132.
16. Díaz Bruzual A. Importancia de la educación sexual en la práctica ginecobstétrica. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1970;30:463-471.
17. Díaz Bruzual A. Mitos y falacias sexuales. *El Farol* 1971;33:(238).
18. Díaz Bruzual A. El ginecobstetra como educador sexual. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1971;31:261-270.
19. Díaz Bruzual A. Ligadura tubárica con anillo de silastic. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1974;37:101-104.
20. Díaz Bruzual A, Fernandez R, Díaz Michelena G. Unidad de esterilización quirúrgica ambulatoria: Manejo rendimiento y evaluación. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1988;48:116-118.
21. Díaz Bruzual A. Venezuela: país rico con una población pobre. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1994;54:179-186.
22. Díaz Bruzual A. Conferencia Mundial sobre la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:175-183.
23. Díaz Bruzual A. Promoción de programas de educación sexual en las escuelas de medicina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35:201-208.
24. Asociación Venezolana de Orientación Familiar y Sexual. Memoria 1970-73, Caracas: Tipografía Vargas.
25. IPPF, Carta de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Londres, 1996.
26. Ministerio de Educación Nacional de la República de Colombia, Resolución N° 03353 del 2 de julio 1993, "Programas y proyectos institucionales de educación sexual en la educación básica del país".
27. Ministerio de la Familia, Comisión Nacional para prevención del embarazo precoz, Plan Nacional para la prevención del embarazo precoz 1995-1998, Caracas, 1995.

“Medicina alternativa. Los riesgos de remedios no comprobados y no regulados

¿Qué hay en la medicina alternativa que la coloque aparte de la medicina ordinaria? El término se refiere a un notablemente heterogéneo grupo de teorías y prácticas, tan diferentes como homeopatía, toque terapéutico, imaginaria, medicina herbaria... Lo que más coloca aparte a la medicina alternativa, es, en nuestra opinión, que no ha sido científicamente probada y sus defensores ampliamente niegan la necesidad de tal prueba. Y por prueba queremos significar la ordenación de rigurosas evidencias de seguridad y eficacia, tales como las requeridas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para la aprobación de drogas y por las mejores revisiones críticas de las revistas médicas para la publicación de reportes de investigación...

Muchos defensores de la medicina alternativa, en contraste, creen que el método científico, simplemente, no es aplicable a sus remedios. Ellos se apoyan en anécdotas y teorías... En 1992, el Congreso estableció dentro de los Institutos Nacionales de Salud, una Oficina de Medicina Alternativa, para evaluar los remedios alternativos. Hasta ahora, los resultados han sido desalentadores. Por ejemplo, de los 30 fondos de investigación que la Oficina otorgó en 1993, 28 han resultado en “reportes finales” (resúmenes) que están citados en

la base de datos de la Oficina. Pero una búsqueda en Medline casi seis años después que los fondos fueron otorgados, revelan que sólo 9 de los 28, fueron publicados. Cinco lo fueron en dos revistas no incluidas entre los 3 500 títulos de revistas de la colección de la Biblioteca de Medicina Countway. De los otros cuatro estudios, ninguno fue una prueba clínica controlada que pudiera permitir alguna conclusión acerca de la eficacia de un tratamiento alternativo... Es tiempo ya para que la comunidad científica deje de dar rienda suelta a la medicina alternativa. No puede haber dos clases de medicina —convencional y alternativa—. Hay solamente la medicina que ha sido adecuadamente probada y la medicina que no lo ha sido, una medicina que actúa y una que puede o no actuar. Una vez que un tratamiento ha sido rigurosamente probado, no importa más si fue considerado alternativo al comienzo. Si se halló que era razonablemente seguro y efectivo, deberá ser aceptado. Pero, imposiciones, especulaciones y recomendaciones no pueden ser sustitutos de la evidencia. Los tratamientos alternativos debe ser sometidos a pruebas científicas no menos rigurosas que las requeridas para los tratamientos convencionales” (Angell M, Kassirer JP. *N Engl J Med* 1998;339:839-841).