

Cómo enfrentar reacciones negativas a la educación sexual utilizando un marco multicultural de derechos humanos

Vera Paiva ^a, Valeria N. Silva ^b

a Profesora de Psicología Social, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, SP Brasil. Correspondencia: veroca@usp.br

b Máster en Medicina Preventiva, Instituto de Psicología/Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, SP Brazil

Resumen: *Tanto la educación sexual como sus protocolos y planificación dependen de un siempre cambiante ambiente político que caracteriza el campo de la sexualidad en la mayoría de los países. En Brasil, las perspectivas de derechos humanos influyeron en la respuesta del país a la epidemia del SIDA, e indirectamente, en la aceptación del público a la educación sexual en las escuelas. Sin embargo, a partir del año 2011, a medida que surgieron múltiples movimientos fundamentalistas en la región que produjeron recurrentes oleadas de respuestas negativas en todo lo relacionado con la sexualidad, tanto las políticas de salud como las educativas, se empezó a dar marcha atrás. Este artículo explora los enfoques en la salud que se basan en los derechos humanos y se centra en un marco multicultural con base en los derechos y estrategias productivas para ampliar el diálogo sobre el consentimiento sostenido a favor de la educación sexual. Los enfoques multiculturales de derechos humanos (MHR, por sus siglas en inglés) son dialógicos en dos campos: el proceso de comunicación que garantiza consentimiento y acuerdos comunitarios, y las metodologías construccionistas psicosociales-educativas. En su continuo proceso de consentimiento, el enfoque de MHR permitió una traducción específica de los valores, difundió la resistencia a la educación sexual en las escuelas/ciudades de los participantes y logró sostener las nociones de igualdad y protección del derecho a una educación sexual integral que no rompe los lazos de solidaridad grupal y garantiza la aceptación de diferencias. © 2016 edición en español, 2015 edición en inglés, Reproductive Health Matters.*

Palabras clave: derechos humanos, educación sexual, VIH/SIDA, adolescentes, prevención.

Introducción

La educación sexual, sus protocolos y planificación, están supeditados a un ambiente político en constante cambio, que es lo que distingue al campo de la sexualidad en la mayoría de países. En América Latina, la transición de regímenes autoritarios a democracias, que tuvo lugar entre 1980 y 1990 generó políticas públicas innovadoras basadas en derechos humanos que han creado la noción de que promover y proteger la salud está intrínsecamente ligado a promover y proteger los derechos. En Brasil, esta perspectiva ha dado forma a la respuesta del país al

VIH/SIDA e indirectamente ha influenciado la aceptación pública de la educación sexual en las escuelas. Desde 2011, sin embargo, han ido surgiendo varios movimientos fundamentalistas en la región, lo que ha causado oleadas recurrentes de reacciones negativas contra todos los temas que se relacionen con la sexualidad y, por lo tanto, las políticas de salud y educación han empezado a dar marcha atrás. Los conceptos de “ciudadanía” (incluyendo la “ciudadanía sexual”) que fueron centrales para la elaboración de las políticas sanitarias en las últimas décadas están ahora sujetos a cuestionamientos que han llegado a caracterizar el ambiente

político actual. Inesperadamente, Brasil ahora parece ser un caso emblemático de retroceso.¹²

En 1996, a medida que el país se embarcaba en dar una respuesta progresista de salud pública a la pandemia del VIH, el Ministerio de Educación de Brasil, con la cobertura del proyecto de Salud y Prevención en las Escuelas, el SPE (Saúde e Prevenção nas Escolas), ubicó la implementación de la educación sexual en la categoría de tema transversal fundamental para los planes de estudios de las escuelas en 27 Estados de la federación (y alrededor de 600 ciudades).³ Durante casi dos décadas, el SPE difundió información preventiva y promovió tanto el uso de preservativos y anticonceptivos, como el fin de estigmas y discriminaciones relacionadas con la sexualidad. Su esfuerzo intersectorial enfatizaba el derecho a la información científica, la necesidad de pensar y hablar sobre relaciones de género y diversidad sexual, y fomentar la educación cívica y antidiscriminatoria. La perspectiva del SPE incluía la reducción de daños con la promoción de la “cultura de la paz” (no a la discriminación y no a la violencia) no permitiendo la existencia de programas de “solo-abstención” en las escuelas públicas e inspirando a las escuelas privadas a que lancen iniciativas que se concentren en el uso de preservativos y, siempre que fuera aceptable, haciendo que hubiera preservativos disponibles en los centros educativos.

Sin embargo, el escenario religioso ha cambiado a causa de fieles cada vez más conservadores y principalmente evangelistas. Según el censo de 1980, el 90% de los brasileños eran católicos; durante las décadas del proceso de democratización que llevó a la adopción de la Constitución de 1988, el movimiento católico de la Teología de la Liberación desempeñó un papel fundamental en la alianza a favor de políticas basadas en derechos humanos que recibió el apoyo tanto de organizaciones de base como de importantes obispos. Sin embargo, en 1989, el Vaticano empezó a reemplazar a los obispos y organizaciones “pastorales” por grupos “canónicos” y vaticanistas, una estrategia instrumental del Vaticano para dismantelar el movimiento de la Teología de la Liberación e influenciar la políticas sexuales como respuesta al VIH/SIDA.⁵ Los años noventa vieron un aumento en el número de movimientos evangélicos difundidos por grandes cadenas de TV

y radio, quienes se beneficiaban de políticas de exoneración tributaria. El censo del 2010 muestra que los evangelistas crecieron de 15% en el 2000 a 22% en 2010 (los católicos eran 65% y los no-religiosos 8%)⁶. Los movimientos evangélicos recurren a métodos de conversión que enfatizan que las otras creencias religiosas son “no creyentes” o “demoníacas” y han sido una fuerza en acción que busca el poder político como ya se ha visto en otras partes del mundo.

En junio 2015 una acción nacional de políticos conservadores cristianos-católicos (la “coalición bíblica”) eliminó con éxito toda mención de “género”, “diversidad” y “sexualidad” de varios planes educativos municipales. A nivel nacional, la misma coalición propone redefinir la homosexualidad como una enfermedad y penalizar la transmisión del VIH y a los médicos que atiendan a mujeres que sufran las complicaciones de abortos inseguros. En este retroceso orquestado —una versión brasileña de lo que Richard Sennet llama “la política de la tribu (en lugar de la ciudad)”⁷— aún las más grandes zonas metropolitanas y las capitales de Estados se han visto golpeadas por un movimiento político que afectará el futuro de las siguientes generaciones.

Desafortunadamente, las consecuencias de dos décadas de movilización política de los cristianos conservadores podrían ser aún peores: la educación preventiva y el uso de preservativos está disminuyendo; en cambio, la incidencia de VIH entre personas jóvenes (de 15 a 24 años) nacidas en los años noventa es 3.2 veces mayor que en las personas jóvenes de ese mismo grupo etario nacidas en los años setenta; para los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros hombres MSM (por sus siglas en inglés) es 6.4 veces más alta.⁸ Como sucede en muchos países,⁹ la incidencia del VIH en Brasil está en aumento principalmente entre mujeres jóvenes, y jóvenes MSM, y se estima que 12 000 mujeres embarazadas por año son VIH+¹⁰, mientras que la transmisión de madre a hijo se ha estabilizado alrededor de 3.5% desde 2008. Además, un análisis reciente de la implementación del Programa de Prevención y Salud en las Escuelas-SPE muestra que, generalmente, la mayoría de las escuelas públicas del país invitan a “expertos” (principalmente profesionales de la salud sin experiencia en educación sexual) para presentar los riesgos y peligros del sexo y no su prevención.¹¹

En términos más generales, se ha notado que hay un énfasis cada vez más fuerte en los valores cristianos, sin llamarlos exactamente así, en varias instituciones supuestamente laicas, como las escuelas y los servicios de salud reproductiva.

Los enfoques basados en derechos humanos con relación a la salud plantean que el incremento de las violaciones o negligencias en derechos humanos resultaría en mayor sufrimiento psicosocial, morbilidad y mortalidad.¹² En el escenario global, ya se han visto evidencias que muestran el impacto negativo de las malas legislaciones en casos de epidemia, que penalizan las sexualidades, prácticas y poblaciones.¹³ Como lo propone Sennet, el tribalismo puede ser destructivo; el desafío está en “responder al resto en sus propios términos” y, mientras tanto, ir construyendo lazos de cooperación entre personas que valoran la diversidad y difieren religiosa, económica, racial y étnicamente, así como en la forma como conceptualizan el género y el sexo.⁷

Este artículo se focaliza en un marco multicultural basado en lo derechos y en enfoques productivos para la ampliación del diálogo sobre el consentimiento sostenido a la educación sexual.

Para expandir y sostener el acceso a la educación sexual integral necesitábamos algunas respuestas: ¿cómo dialogar sobre distintos conceptos de feminidad, masculinidad y conyugalidad en un contexto escolar con estudiantes, padres, profesores y distintas autoridades educativas? ¿Cómo promover el derecho a la prevención y a los derechos sexuales y reproductivos a estudiantes de distintas creencias religiosas y éticas? En este artículo se presentará el continuo proceso de desarrollo de la aceptación de la prevención del VIH y la promoción de la salud reproductiva. El consentimiento sostenido es el proceso clave que indica cuáles son los programas de educación sexual más fuertes y duraderos: el consentimiento que resulta del involucramiento de la comunidad en la salud y la *participación* que genera *aceptación*, dos principios fundamentales en el enfoque basado en derechos humanos que le da forma a este marco de trabajo.^{14,15}

El marco

Este marco ha sido construido sobre perspectivas de *construccionismo social* en sexualidad,

inspiradas en teorías de género y experimentos locales de *educación popular constructivista* para la prevención del VIH y la educación sexual de los años noventa.^{16,17} Con el objetivo de reducir la prevalencia del VIH y enfermedades relacionadas al estigma del VIH, y mejorando paralelamente la comprensión de lo que es el género, la diversidad sexual, étnica y racial, y promoviendo y permitiendo un ambiente de aprendizaje escolar, los inicios del segundo milenio vieron un aumento en el número de proyectos que promovían el respeto a la diversidad en las escuelas.¹⁸ Ambos fueron inspirados principalmente por pedagogías críticas y la tradición latinoamericana representadas por el trabajo de Paulo Freire.¹⁹

Para contestar algunas de nuestras preguntas críticas, el enfoque basado en derechos humanos a la salud²⁰, ha sido redefinido a través de proyectos piloto de educación sexual¹⁴ en contraste con las metodologías que se concentran en el resultado (tales como el uso de anticonceptivos y preservativos). Tanto el enfoque construccionista como el basado en derechos humanos se concentran en los procesos.^{12,14,15}

El enfoque multicultural en derechos humanos (MHR)

El concepto de derechos humanos multiculturales de Santos²¹ es la base del enfoque de MHR en educación sexual: lidia con el dilema de reconocer la diferencia y afirmar la igualdad en la promoción de derechos, sin perder de vista las dimensiones universales y particulares de los derechos humanos.

Para reinventar los derechos humanos como un lenguaje emancipador, Santos señala que los distintos conceptos de dignidad humana coexisten en diferentes tradiciones culturales: tales como *dharma* en la tradición hindú, o *umma* en la tradición islámica. Cada tradición cultural considera que sus propios valores son válidos (y superiores) más allá del contexto; en otras palabras, desde la perspectiva de cada cultura, todas las otras culturas siempre estarán incompletas. Además, todas las culturas tienden a distribuir a las personas y grupos sociales en dos jerarquías primarias: la de la *igualdad* entre unidades homogéneas (ciudadanos y extranjeros) y la de la *diferencia* que produce una jerarquía entre identidades sociales distintas (entre sexos, entre etnias y entre religiones).

Por lo tanto, reconocer que nuestras culturas y tradiciones están incompletas es la base necesaria de nuestra humildad cultural: vivimos en un proceso de globalizaciones articuladas, que interactúan con distintas tradiciones culturales, todas las cuales apuntan a la validez universal: “hablan desde un autoproclamado lugar de universalidad”.²² Para realizar los objetivos de igualdad, así como paz y justicia, siempre dependemos del diálogo entre distintas concepciones de la dignidad humana, un diálogo intercultural.

Las “hermenéuticas diatópicas” brindan tres principios para la acción. Primero, el diálogo debe calificar y hacer mutuamente inteligibles (“traducir” distintas posturas) los distintos conceptos de la dignidad humana basados en discursos y tradiciones. Segundo, las interpretaciones deberán reconocer lo incompleto de todas las tradiciones culturales (y como tales, de todos los discursos sobre sexualidad). En el *proceso de diálogo* surgirán tensiones inevitables a medida que la historia crea hegemonías, poderes y desigualdades. Finalmente, la apertura para lograr acuerdos podrá suceder cuando se reconozcan dos imperativos interculturales:

- a. De las distintas versiones, debería elegirse la versión que mejor logra reconocer al otro, pues representa el círculo más amplio de reciprocidad.
- b. Defender la igualdad cada vez que las diferencias generen inferioridad y defender la diferencia, cada vez que la igualdad produzca la desnaturalización.

Al contrario de lo que esperaban los funcionarios de educación y las autoridades de las escuelas, quienes inicialmente temían que hubiera una reacción de firme oposición, estos dos caminos, presentados y discutidos a través de

un proceso continuo de consentimiento, contribuyen a un diálogo sostenido.

Otro aspecto del enfoque MHR con relación a la educación sexual es reconocer que todos tenemos igualdad de derechos: al reconocerse a uno mismo como un sujeto de derecho y un agente activo de derechos humanos, uno debería reconocer también simétricamente ese derecho en los demás, ¡de lo contrario estaríamos frente a un *privilegio* y no frente a un *derecho*!

Los procesos de MHR fomentan diálogos basados en hermenéuticas diatópicas y promueven la solidaridad y reciprocidad entre sujetos de derechos, respetando los cuatro momentos que se describen en el Cuadro 1.

En síntesis, la educación sexual basada en derechos humanos multiculturales (MHR) es una intervención psicosocial que promueve la comprensión de las dimensiones culturales y sociales de la sexualidad, expande el acceso a instrumentos de prevención (incluyendo los análisis hormonales y antirretrovirales) necesarios para practicar el autocuidado y el cuidado de otros, y mejora la educación sexual a través de diálogos que reconocen las diferencias sin reforzar la desigualdad y las violaciones de derechos, produciendo por lo tanto igualdad y solidaridad. Como alternativa a metodologías más predominantes que se basan en la promoción del uso de preservativos y anticonceptivos o en programas de solo abstinencia, las metodologías MHR son dialógicas en dos ámbitos: el proceso de comunicación que garantiza el consentimiento y los acuerdos con la comunidad (según la perspectiva de MHR resumida anteriormente); y las metodologías construccionistas, psicosociales y educativas, desarrolladas a partir de las pedagogías críticas y emancipadoras desde los años noventa.^{12,14,15,17,18,24}

Cuadro 1. Cuatro momentos del enfoque multicultural en derechos humanos en educación sexual

1. Definir la interacción como colaboración de los especialistas a través de un proceso duradero de consentimiento. Los profesionales en educación sexual tienen conocimientos tecnológicos y científicos que por definición, son competencias temporales. Estas competencias técnico-específicas deberían actualizarse continuamente e interactuar con el conocimiento cotidiano de las personas y sus competencias en la vida diaria. Por consiguiente los siguientes momentos son tareas colaborativas con los participantes.

2) Analizar las dinámicas de sexualidad y derechos para cada grupo y comunidad.

2.1 ¿Qué definiciones circulan entre las personas y a través de los medios electrónicos sobre la sexualidad, el género y las prácticas sexuales?

- 2.2 ¿Cómo definen los políticos las políticas públicas en el territorio?
- 2.3 ¿Qué leyes afectan la sexualidad?
- 2.4 ¿Qué entienden por educación sexual los funcionarios y proveedores de servicios educativos y de salud? Cuanto más se respeten los derechos sexuales y reproductivos, habrá menos violencia y abuso, embarazos no deseados y VIH.

3) Analizar la calidad de los servicios relacionados a la sexualidad en diferentes dimensiones.

- 3.1 ¿Qué servicios hay disponibles para adolescentes y personas jóvenes en la municipalidad?
- 3.2 ¿Qué tipo de accesibilidad deben tener los servicios que deberían estar orientados a la juventud, cómo hacerlos físicamente accesibles y no discriminatorios?
- 3.3 ¿Cuál es el grado de aceptación de los servicios? Lo que indica su calidad o, más bien, una garantía de que los valores de las personas y las tradiciones culturales de la comunidad o grupo están siendo respetadas, sin descuidar las cuestiones éticas de la atención profesional.
- 3.4 ¿Se garantiza la participación de los grupos o personas para que puedan interpelar a los responsables de promover y proteger sus derechos?
- 3.5 ¿Se garantiza la difusión y educación en materia de derechos humanos?
- 3.6 ¿La integración multisectorial y entre los programas aborda las distintas facetas de la desigualdad? Los profesionales que comparten información completa y son conscientes de las implicancias ético-políticas y técnico-científicas de las prácticas recomendadas y pueden evaluar y re-concebir técnicas y prácticas tienden más a respetar a los usuarios como sujetos de derechos humanos.

4) Identificar desigualdades cotidianas, como mínimo:

- 4.1 Las diferencias de poder y jerarquías en la escuela
- 4.2 Discusiones sobre valores y tradiciones culturales
- 4.3 El contexto político y económico
- 4.4 Desigualdades raciales, étnicas y de género
- 4.5 Las diferencias entre las distintas generaciones
- 4.6 Las diferencias en el acceso a los servicios de salud

El punto de entrada más interesante para el análisis de las desigualdades es recopilar y discutir escenas de la vida diaria que expresan violaciones a los derechos humanos.

Se trata a los participantes como ciudadanos-sujetos (sujetos de derechos) que entablan diálogos con expertos y tienen conocimientos para co-construir su propio bienestar. Ese diálogo incorpora diversos valores y trayectorias, y examina los contextos sociales y programáticos que mitigan la vulnerabilidad de los participantes frente a consecuencias imprevistas del comportamiento sexual en un ambiente de respeto mutuo en las escuelas o los centros de salud.

Metodología

Este artículo se concentra en el proceso de obtener y sostener consentimiento para un proyecto de prevención de embarazos no deseados y VIH²⁵ en escuelas secundarias públicas, incluyendo el consentimiento por parte de los funcionarios educativos, y la comunidad escolar adulta (administradores de la escuela, padres y profesores) y estudiantes.

El estudio sobre la aceptación del programa, la creciente participación y sostenibilidad del constante proceso de consentimiento –analizado a través de un marco de MHR y desarrollado en proyectos anteriores^{14,26} fue llevado a cabo y liderado por la investigadora principal y primera autora del presente artículo. Los miembros del equipo de investigación llevaron a cabo observaciones rigurosas y registraron el proceso en notas de campo, videos y grabaciones, siempre que esto fuera aceptado y luego de recibir un consentimiento informado y firmado.

Las reuniones dialógicas y las entrevistas con los funcionarios educativos inspiraron el proyecto. Luego de obtener permisos a nivel federal y regional, buscamos la autorización de los directores y coordinadores pedagógicos de las escuelas. A través de una presentación del marco de MHR, el equipo de investigación consiguió que la participación de funcionarios en todos los niveles y que los miembros

de cada comunidad educativa discutieran sobre los principios básicos de la participación comunitaria y la autonomía. Estas conversaciones seguían la metodología del proyecto al incluir la noción de solidaridad subrayando las perspectivas de derechos humanos, a la vez que recalcan la noción del respeto a las diferencias. Un tema clave que incluyó el equipo de investigación fue el laicismo constitucional que debía ser respetado por las distintas religiones y valores.

En 2013, dos reuniones en los Ministerios de Salud y Educación crearon una idea común de cómo navegar el contexto político actual protegiendo los proyectos de SPE/Proyectos de Salud y Prevención en las Escuelas. El primer acuerdo fue proteger la identidad de las ciudades y escuelas públicas que participaban, a menos que toda la comunidad educativa se pusiera de acuerdo y decidiera lo contrario. El segundo paso fue conocer a los funcionarios educativos locales, y luego a la comunidad escolar para incentivarlos a participar del proceso de consentimiento.

Obstáculos y limitaciones

El miedo a una posible reacción negativa por parte de los padres y representantes de la fe evangélica, los llamados “evangelistas”, fueron descritos como obstáculos en dos ciudades. Los funcionarios de esas ciudades se negaron al proyecto sin devolver nunca la carta-acuerdo (sin firmar) al equipo de investigación o sin siquiera comunicar un simple “no”; las conversaciones informales nos dieron a entender que las elecciones locales y las manifestaciones políticas fundamentalistas cada vez más frecuentes eran la razón de esas actitudes.

Siete escuelas públicas aceptaron participar en el proyecto, expresando –pero no representando– la diversidad del país. Estas escuelas se encontraban en lugares empobrecidos que describimos a continuación:

(A) Una ciudad costera conocida por su eco-turismo y como zona de peregrinaje católico; (B) una ciudad al interior que se caracteriza por la agroindustria y como centro de transporte de la región con fuertes comunidades evangelistas; (C) pueblos rurales aislados en la Sierra, originalmente sirvieron de refugio para esclavos afro-brasileños que se resisten a las políticas de Estado y hogar de crecientes y

austeras comunidades evangelistas; (D, E, F, G) territorios empobrecidos en zonas urbanas.

En cada lugar, se realizaron de tres a cinco reuniones con los administradores de las escuelas, y por lo menos una reunión con funcionarios locales de salud y educación. De dos a cuatro “círculos de conversación” se realizaron con padres y profesores para lograr consenso sobre el proyecto, y muchas más con directores, profesores, padres y estudiantes que participaron del proceso de consentimiento.

La primera dificultad que encontró el equipo de investigación fue la gestión del tiempo, que puede limitar el uso de la metodología de MHR. Las conversaciones sobre las experiencias de la vida diaria y las hermenéuticas diatópicas requieren la disponibilidad de tiempo para hablar y escuchar los relatos. La metodología se centra en la participación de los “sujetos-ciudadanos” –o sujetos de derecho que están a cargo de su sexualidad y auto-cuidado– lo que garantiza todas las demás dimensiones de la metodología de MHR, especialmente la aceptación de las acciones propuestas en las que se enfoca este artículo; ¡nada simple en un contexto de retroceso!

La segunda dificultad fue la falta de recursos económicos que las escuelas requerían para ampliar el proyecto bajo nuestra supervisión después de finalizar el estudio de 18 meses.

Pudimos expandirlo a dos ciudades, y elegimos las ciudades B y C donde los profesores incorporaron la educación sexual en la elaboración de planes de estudio (2015-2016).

El consentimiento de la comunidad escolar

La necesidad de realizar reuniones adicionales al principio del proceso significó una mayor resistencia al consentimiento del proyecto. En algunos casos, sin embargo, el creciente interés en el proyecto y la participación de la comunidad motivó un mayor número de reuniones.

El primer acercamiento que resultó ser el más productivo en todas las escuelas fue comenzar hablando de la historia de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Preguntas como “¿de dónde vienen los Derechos Humanos?” y “¿qué significan para ti?” hicieron que algunos padres y profesores hablaran de experiencias de genocidio o violen-

cia extrema en la historia de su propia comunidad. Otros recordaron las primeras bombas atómicas en Japón como un “ejemplo de las capacidades destructivas finales en conflictos humanos sin mediación” (conclusión de la reunión entre padres-profesores y estudiantes). Muchos de los padres que participaron tenían un nivel bajo de alfabetización. Pero aun en los pueblos de montañas y bosques remotos y aislados, ellos pudieron explicar lo que consideran un derecho humano, lo que es una señal de cambio cultural positivo en Brasil, luego de que adoptaran la Constitución de 1988, basada en los derechos humanos y que se dio al finalizar la dictadura.

Fue potente abrir el diálogo con la elaboración colectiva de una lista de derechos humanos, o leyendo el preámbulo de la declaración: que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad, con derechos inalienables que establecen la libertad, justicia y paz en el mundo.

Los líderes del proyecto concentraron el debate alrededor de los factores psicosociales y estructurales que producen y dan poder a las jerarquías (o la falta de las mismas), promoviendo la conciencia colectiva para lidiar con ellas. El desafío era abordar la igualdad y el derecho a la educación sexual integral sin romper la solidaridad de grupo, y asegurando la aceptación de todas las distintas posturas. Se invitaba constantemente a los participantes a entablar diálogos como “sujetos de derechos” (*sujeito de direitos, agentes*), en un ambiente laico. La palabra “agente” conceptualiza a un individuo que está *haciendo* o *siendo* algo: como agentes de derechos, los participantes deberían ser guiados por el principio de *reciprocidad*.

De lejos, la cuestión más útil para superar la resistencia de los funcionarios de la ciudad, directores de las escuelas, líderes comunitarios y padres fue: “¿deberíamos quitarle a todos los estudiantes el derecho a tener nociones de prevención y autocuidado y a estar informados sobre los últimos hallazgos científicos en educación sexual no obligatoria solo porque algunos no van a permitir que sus hijos participen?” Ese era un excelente punto de entrada para discutir “el derecho a la salud” como obligación de los Estados para asegurar el acceso a servicios integrales de salud y educación, que en Brasil es un derecho constitucional *universal* (“libre y gratuito”).

Hemos visto en repetidas ocasiones cómo la sexualidad y la idea de los derechos sexuales es uno de los campos más emblemáticos para discutir nociones de igualdad, libertad y dignidad.²⁷ Las intervenciones de los padres eran generalmente a favor del acceso de sus hijos a educación sexual y prevención en las escuelas: “¡no sabemos cómo hacerlo!”; “la escuelas deben apoyarnos en estos temas”. Los padres nunca expresaron oposición al programa. Los adultos que pensaban que la educación sexual puede llevar a la actividad sexual escuchaban atentamente las preguntas productivas: “¿es peor que mirar la tele o surfear el Internet?” o “¿puede usted controlar lo que intercambian a través de las redes sociales y conversan con sus amigos?”

Algunos adultos manifestaron su preocupación sobre cómo lidiar con identidades de género no tradicionales o con orientaciones no heterosexuales, y la pregunta más productiva para el debate fue: “¿cómo podemos asegurarnos de que las personas jóvenes que deseen retrasar su iniciación sexual o no estén interesadas en el sexo, no sean blanco de bullying o estigmatización y discriminación por ser “asexuales”, una discriminación similar a la que experimentan los estudiantes de la comunidad LGTB como observamos en todas las escuelas?, ¿cómo hacemos que la asexualidad así como la homosexualidad y las distintas identidades de género y otros comportamientos ligados al género sean parte de un diálogo sobre igualdad y prevención?”

“Es bueno saber quiénes son nuestros estudiantes e hijos y lo que en verdad hacen”

La discusión sobre la información nacional acerca de la edad promedio de la iniciación sexual, el uso de preservativos, la prevalencia del VIH y las tasas de embarazo entre adolescentes, *presentada a los participantes desde una perspectiva de derechos humanos*, fue decisiva para lograr el consentimiento y mayor participación de la comunidad educativa.

En las reuniones a todos los niveles –con los funcionarios locales, profesores, padres solos y padres con sus hijos– el equipo de investigación resaltó que mientras los valores y creencias religiosas podrían afectar las opiniones y actitudes relacionadas con la sexualidad, la diversidad del comportamiento sexual entre

los jóvenes brasileños es un hecho, como lo muestra la información recogida por encuestas en todo el país. Los y las adolescentes de distintas creencias religiosas no tienen prácticas sexuales distintas, aun si investigáramos la vida cotidiana de los jóvenes en las iglesias.¹⁴

En todas las escuelas, se hizo evidente que la educación sexual es necesaria. Por ejemplo, cuando se preguntó a qué edad debería empezar la educación sexual los estudiantes no levantaron la mano a las edades de 18, 17... 16 años: la mayoría indicó que la edad ideal era entre 12 y 14 años. Permitir que los adultos y los funcionarios gubernamentales locales de educación y salud vayan a estas reuniones a conocer los puntos de vista de los estudiantes fue muy importante para lograr el apoyo al proyecto.

Estas reuniones ayudaron a aclararles a todos los presentes que el pánico causado por el SIDA en las décadas de los ochenta y noventa había sido reemplazado por la idea errónea de que “el SIDA ya no es problema (porque) está controlado”. Las reuniones también demostraron que los anticonceptivos de emergencia habían sido adoptados por las muchachas jóvenes.

El consentimiento se hizo más fuerte luego de que se conocieran los resultados de la encuesta sobre conocimientos, creencias y prácticas en sexualidad y prevención del proyecto y mostrara vacíos a nivel local con relación a la información nacional. La encuesta cumplió con obtener el consentimiento que se requería de los padres, y utilizó dispositivos portátiles para reunir información individual y anónima. La tasa de adhesión a la encuesta y a las actividades del estudio fue alta y reflejó los perfiles de las escuelas: 42% católicas, 37% evangelistas, 14% declaradas no religiosas y 7% afiliadas a otras religiones. La edad promedio fue de 16.7 años, 59% fueron chicas y 41% chicos; el 34% de los estudiantes se autodenominó blanco, el 66% como no blancos (afrobrasileños, indígenas y mestizos).

De igual modo la información nacional para los resultados entre los 14 y los 19 años en todas las escuelas incluyeron: 97% apoyaba la educación sexual y el acceso a preservativos; la edad promedio de la iniciación sexual era de 14.6 años (15 para niñas, 14.3 para niños); 69% de los estudiantes informaron que utilizaron preservativos en su primera relación sexual; y 10-17% de los estudiantes informaron haber tenido rela-

ciones sexuales con una persona del mismo sexo por lo menos una vez. La mayoría creía que la educación sexual debería iniciarse alrededor de los 12 años; entre el 20 y el 40% no sabía cómo usar un preservativo o dónde hacerse el análisis de VIH; y 40% declaró “amar y confiar en su pareja” como método de cuidado. Las creencias religiosas no causaron diferencias significativas en ninguno de estos factores.

La comunidad escolar adulta consideró que estos resultados “requieren atención” y expresaron su “fe en la ciencia” y la sensación de que “hay que hacer algo, entre todos”. La aceptación fue el primer resultado del proceso en las escuelas, donde la alta participación indica que la participación de la comunidad sí es viable.

En una ciudad –en contraste con el consentimiento expresado por los padres, la adhesión de los profesores a la construcción de aptitudes y el entusiasmo de los estudiantes–, el director de la escuela intentó limitar la participación de los padres y profesores, creando obstáculos para la implementación del proyecto y logrando, eventualmente, que el proyecto perdiera impulso.

¿Salud y riesgo sexual, o derechos y agentes (sujetos) sexuales?

La capacitación de profesores, la inclusión de los estudiantes en condición de “agentes del proyecto”, el discurso de la salud pública sobre los riesgos y peligros del comportamiento sexual y las definiciones normativas que prevalecen de que la salud sexual es un (buen) comportamiento que debería ser moldeado, generaron animadas discusiones con los jóvenes. Esta es la última etapa que se espera del marco del proyecto en este período y constituye un buen indicador de la participación y compromiso de la comunidad.

Como lo anticipamos en el marco de MHR, cada escuela adoptó actividades distintas, que requerían colaboración y coproducción en conjunto con la comunidad escolar. Las actividades del SPE y otros proyectos similares se reinventaron con frecuencia, respetando los contextos locales. Una mayor participación de la comunidad hacía que hubiera más tiempo para las actividades y más actividades para ser incluidas en el plan de estudios, además del constante consentimiento y compromiso de la comunidad.

Las actividades clave del plan de estudio consideraban: 1. discusiones en pequeños grupos usando sus propias palabras, conocimientos e imaginación para describir sus cuerpos y sexualidades y discutir con los profesores y sus pares cómo las parejas heterosexuales y homosexuales pueden prevenir el VIH y otras ETS. 2. Proyectos artísticos que usaban arcilla o masas de harinas locales para modelar “partes sexuales y reproductivas del cuerpo” y luego hablar de la cultura sexual local y procesar la actividad *decodificando* significados y parafraseando a los estudiantes. 3. Involucrar a los participantes en la creación de cosas, palabras y escenas o situaciones, que luego cobran vida a través de historias cortas sobre el amor, las citas, el sexo como obligación social o sobre situaciones reales o imaginarias que puedan causar una infección de VIH, un embarazo no deseado o violencia por parte de la pareja sexual, para luego procesarlas y decodificarlas. 4. Sesiones en grupos más grandes, que usen películas para discutir escenas específicas. 5. Hacer que los es-

tudiantes participen en competencias para ver “quién puede inflar más rápido los preservativos como globos, si los chicos o las chicas” para mostrar que los preservativos son difíciles de romper y cuánto pueden expandirse.

Los estudiantes también entrevistaron a miembros mayores de sus respectivas familias sobre sus experiencias con la educación sexual cuando eran adolescentes, construyendo una perspectiva histórica. En las festividades escolares, los estudiantes crearon imágenes para decorar un dispensador de preservativos, algunos utilizaron sus imágenes religiosas.

Las diferencias en el conocimiento de la prevención entre chicos y chicas, y las actitudes discriminatorias con relación a guiones o vivencias sexuales no normativas como quedar embarazada, fueron la forma de introducir la discusión sobre poder y relaciones sexuales en la mayoría de escuelas; en dos escuelas, la violencia y el abuso sexual eran el tema emergente de género, mientras que en otra escuela el proceso de salir del closet de una chica transgénero fue el punto de entrada para este debate.

En territorios metropolitanos, escenas y guiones sexuales²⁸ desconocidos causaban especial atención. Nos enteramos sobre las *almondegas* (albóndigas) y el *lavajato* (lavaauto). La *albóndiga* es un fuerte abrazo entre docenas de personas que bailan y es vista como pura carne para ser consumida sexual y anónimamente mientras se baila. Las chicas sin pantalones se paran al lado de las paredes en la fiesta de baile funk (*pancadão*) las cuales son muy populares en las *favelas* esperando que distintos chicos las *laven* por dentro con “sus potentes eyaculaciones”, como en los lugares donde se lavan autos. Los chicos y chicas jóvenes que adhieren a estos tipos de guion van a las escuelas y pudimos escuchar sus relatos sobre el uso de la anticoncepción de emergencia, o tener que enfrentar la discriminación por haber quedado embarazada. Una de ellas estaba huyendo de sus padres que eran muy estrictos y recientemente se habían convertido en evangelistas y estaba encarando su socialización.

“Tu futuro depende de tus elecciones”: una imagen creada para un dispensario de preservativos utilizando imágenes religiosas de los niños.



JOCELYN CARLIN / PANOS PICTURES

Reflexiones finales

La historia de la sexualidad ha sido definitivamente “la historia de un tema en flujo constante”.²⁹ Flujo también es un buen término para describir el compromiso de la comunidad con la educación sexual a través del consentimiento constante que construye la aceptación, ambos aspectos son fundamentales para su sostenibilidad.

En el enfoque de MHR, la sexualidad y la educación sexual se conciben como actividades sociales que fluyen y dependen del contexto. En el proceso continuo de consentimiento, este enfoque permitió que se tradujeran valores distintos y superó la resistencia a la educación sexual en las ciudades/escuelas que participaron; las familias y adolescentes que no participaron no se opusieron a que se desarrolle la actividad en su escuela. La información que se recogió con la participación activa de profesores y estudiantes, superó la negación de la (inaceptable) sexualidad activa de los adolescentes, un argumento que se utilizaba para suspender la educación sexual y que es bastante prevalente en otras partes del mundo,¹³ a excepción de los países de Europa occidental.³⁰ Se cuestionaron los modelos normativos moralizadores de prevención de riesgo de los últimos años: los guiones sexuales no pueden ser los mismos para todos, o para cada situación o contexto sexual, ni para todas las perspectivas morales y religiosas; la ciudadanía sexual no debería ser reducida a “los derechos de los consumidores” (el derecho a una sexualidad predefinida, a un buen comportamiento predefinido). La educación (al igual que la salud) no se consume sino que se coproduce.¹⁹

El lenguaje de los derechos humanos ha mediado con éxito el debate sobre las distintas definiciones de autonomía y dignidad y de la organización social de la sexualidad. El lenguaje de derechos mostró que las definiciones de “deseable” o “inaceptable” son construcciones discursivas, particulares a una comunidad y a un momento histórico.

El cumplimiento de los derechos se asociaba frecuentemente a las responsabilidades programáticas de los gobiernos locales, así como a la falta de lugares para análisis serológicos de fácil acceso para adolescentes.

Los expertos y resultados obtenidos por la ONU han apoyado los proyectos de educación sexual basados en derechos humanos, tales como el MHR.³¹ Reconocerse y reconocer a otros como sujetos de derechos ha aumentado la participación y garantizado la diversidad de otros proyectos, como en un proyecto que respondía a los programas de solo-abstinencia en los EE.UU.³² Pero debería considerarse la historia de cada país ya que marca una diferencia sobre cómo conceptualizamos y vivimos los enfoques en derechos humanos.

La limitación más fuerte para adoptar este enfoque es el concepto que tienen las personas de lo que son los derechos humanos: los enfoques multiculturales en derechos humanos (MHR) son productivos cuando la historia política enfatiza nociones de dignidad asociadas a la justicia social y definen la ciudadanía en términos de derechos. Aun así, cuando los enfoques en derechos humanos no valoran el concepto de reciprocidad y un grupo, hablando desde un lugar de universalidad que se ha adjudicado a sí mismo, proclama que sus valores son los únicos válidos –tal como hacen quienes adoptan (o temen) a los movimientos de cristianos fundamentalistas en el actual contexto brasileño– los derechos de quienes tienen valores distintos se verán afectados.

Dado que no existe una educación sexual universal que carezca completamente de fallas, los diferentes enfoques pueden ser más o menos dañinos según los estudiantes o grupos sociales en los que se encuentren. Un anhelo central de la educación sexual basada en MHR es prevenir y mitigar los daños y sostener un programa fuertemente participativo asegurando el derecho de los adolescentes a una educación sexual integral.

En este mundo conectado por Internet, la creciente diversidad y las sexualidades alternativas, las identidades de género y los comportamientos que requieren ser reconocidos por la educación sexual no serán eliminados a fuerza de leyes o sermones religiosos. Los retrocesos también generan nuevas oportunidades para desarrollar resistencias e innovaciones productivas. Esperamos que este enfoque multicultural de derechos humanos pueda inspirar otras iniciativas a seguir en la misma dirección: las diferencias y la diversidad no deben ser convertidas en desigualdades.

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a Louisa Allen y a los correctores por sus comentarios, y Magaly Marques por su gentil apoyo y enseñanzas durante el proceso de revisión.

También deseamos reconocer el trabajo de nuestros colaboradores y de nuestro equipo de investigación en los lugares estudiados: Ximena Pamela Díaz Bermúdez, Edgar Hamman, Maria Cristina Antunes, Ricardo Casco, Grazielle Tagliamento, Mauro Niskier Sanchez, Bárbara Ribeiro de Souza Dias, Laura Mala-

guti Modernell, Joao Paulo Fernandes, Isabelle Picelle, y Clelia Prestes

La principal investigadora del proyecto de investigación “Avaliação da estratégia de prevenção da gravidez não planejada e das DST / AIDS por meio da inclusão de dispensadores de preservativos em escolas de ensino médio” fue Vera Paiva y el proyecto fue financiado por el Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq/Universal &Pq1C). Se recibieron fondos del Ministerio de Salud/DN SIDA, UNESCO y UNFPA.

Referencias

1. Malta M, Beyrer C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. *JIAS*, 2013;16:18817.
2. Silva, Guerra, Sperling. Sex education in the eyes of primary school teachers in Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brazil. *Reproductive Health Matters*, May 2013;21(41):114–123.
3. Brasil/Ministério da Educação. Home Page. <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=578>(&t accessed in April 2015).
4. Brasil/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. Paiva V, Ferrara AP, Parker R, et al. Religious Coping and Politics: Lessons from the Response to Aids. *Temas em Psicologia*, 2013;21(3):883–902(http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/en_v21n3a10.pdf).
6. Teixeira F, Menezes R. *Religiões em movimento: o censo de 2010*. Vozes: Petrópolis, 2013.
7. Sennet R. *Together*. London/New York: Yale University Press, 2012.
8. Grangeiro A. A política de saúde para o enfrentamento da aids. Apresentação na audiência pública. 11 de junho de 2015. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015.
9. Idele P, Gillespie A, Porth T, et al. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2014;66(Suppl. 2):S144–S153.
10. Brasil/Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids*. 2014. (Ano III (1)).
11. Lombardi CA. *Relatório Final da Avaliação* (produto 4). Brasília: UNESCO, 2014.
12. Paiva V. Social Psychology and Health: Socio-Psychological or Psychosocial? Innovation of the Field in the Context of the Brazilian Responses to AIDS. *Temas em Psicologia*, 2013;21(3):551–569.
13. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, et al. The Current State of Play of Research on the Social, Political and Legal Dimensions of HIV. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2015;31(3):477–486.
14. Paiva V, Garcia J, Santos AO, et al. Religious communities and HIV prevention: an intervention-study using human rights based approach. *Global Public Health*, 2010;5: 280–294.
15. Gruskin S, Tarantola D. Universal access to HIV prevention, treatment, and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS*, 2008;22(Suppl. 2):S123–S132.
16. Paiva V. Sexuality, condom use and gender norms among Brazilian teenagers. *Reproductive e Health Matters*, 1993;2:98–109.
17. Paiva V. Gendered scripts and the sexual scene: promoting sexual subjects among Brazilian Teenagers. In: Parker, Aggleton (Org.). *Culture, Society and Sexuality. A reader*. 2nd edition. New York: Routledge. 2007. pp. 427–442.
18. Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos /CLAM. *Diversity in School*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2012.
19. Gadotti M, Torres CA. *Legacies*. Paulo Freire: Education for Development. *Development and Change*, 2009;40(6): 1255–1267.
20. Gruskin S, Tarantola D. *Health and Human Rights*. In: Gruskin, Grodin, Marks, editors. *Perspectives on Health and Human Rights*. London: Routledge, 2005.

21. Santos BS. Subjetividade, cidadania e emancipação. In: Santos, editor. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 2003.
22. Santos BS, Nunes JA. Introdução. Para Ampliar o cânone do reconhecimento. In: Santos (Org.) *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multi-cultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003. pp 23.
23. Ayres JRC, Paiva V, Franca-Jr I. From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker, editor. *Routledge Handbook of Global Public Health*. London: Routledge, 2010. p.98–107.
24. Paiva V. Analysing sexual experiences through ‘scenes’: a framework for the evaluation of sexuality education. *Sex Education*, Londres, 2005;5(4):345–359.
25. Paiva V, Merchan-Hamann E, Bermudez XPD, et al. Avaliação da Estratégia de Prevenção da Gravidez não planejada, das Dst / Aids em Escolas De Ensino Médio. In: Projeto CNPq/Universal. Brasil: Conselho Nacional de Pesquisa, 2012.
26. Paiva V. Everyday Life Scenes: methodology to understand and reduce vulnerability in a human rights perspective [Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para Compreender e Reduzir a Vulnerabilidade na Perspectiva dos Direitos Humanos]. In: Paiva, Ayres, Buchalla. (Org.). *Vulnerabilidade e Direitos Humanos*. vol I .Curitiba: Juruá Editora, 2012, p. 165–208.
27. Garcia J, Parker R. From global discourse to local action: the makings of a sexual rights movement? *Horizontes Antropológicos*, 2006;12(26):13–41.
28. Simon W, Gagnon JH. Sexual scripts. In: Parker, editor. *Culture, society and sexuality*. London: UCL Press, 1999. p.29–38.
29. Weeks J. The importance of being historical. In: Aggleton, Parker, editors. *Routledge handbook of sexuality, health and rights*. New York: Routledge, 2010. p.28–36.
30. The Alan Guttmacher Institute (AGI). Can more progress be made? Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Executive Summary. New York: AGI, 2001.
31. Boonstra HD. Advancing sexuality education in developing countries: evidence and implications. *Guttmacher Policy Review*, 2011;14(3)(<https://www.guttmacher.org/pubs/gpr/14/3/gpr140317.html>).
32. Marques M, Ressa N. The Sexuality Education Initiative: a programme involving teenagers, schools, parents and sexual health services in Los Angeles. *Reproductive Health Matters*, 2013;21(41):124–135.
33. Jones T. A Sexuality Education Discourses Framework: Conservative, Liberal, Critical, and Post-modern. *American Journal of Sexuality Education*, 2011;6(2):116.