

DESCORRIENDO VELOS: HACIA UNA NUEVA CULTURA REPRODUCTIVA*

Ms.C. Celia Sarduy Sánchez

Especialista del Centro Nacional de Educación Sexual

REFLEXIONES ACERCA DE LA SALUD REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO, ENFOCADAS EN TRES CUESTIONES: LOS LOGROS DE LOS DERECHOS EN EL CAMPO DE LA SALUD REPRODUCTIVA, EL IMPACTO DEL ORDEN ECONÓMICO ACTUAL EN LA SALUD COMO DERECHO Y LOS RETOS PARA ABORDAR LA SALUD REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

DERECHOS REPRODUCTIVOS: EL RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

Los derechos reproductivos se han ido delineando en una multiplicidad de reuniones mundiales. Estos hitos se podrían resumir de la manera siguiente:¹

- En la Conferencia sobre Derechos Humanos (Viena, 1993) se logró incluir que los derechos humanos de la mujer y de la niña fueran considerados parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales.
- El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo, 1994) define por primera vez el concepto de *derechos reproductivos*, consagrándolos como derechos de aplicación universal. Así, consigna que los derechos reproductivos «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 de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo

establecido en los documentos de derechos humanos. [...] Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con el objetivo de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable».² Se enfatizó la necesidad de entender que es indispensable lograr la equidad entre los géneros en temas como las relaciones sexuales y el placer, la anticoncepción, las enfermedades de transmisión sexual y los derechos reproductivos y sexuales.

- La Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Beijing, 1995) estableció en su declaración final:

[...] los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente sobre estas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

Se asume el concepto de salud reproductiva como:

Un estado de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos

social» (deslizamiento de sentidos), que establece asimetrías de poder, valorización/desvalorización, y determina el ejercicio de la sexualidad y la reproducción desde expropiaciones y limitaciones para mujeres y varones. Este ordenamiento provoca asimetrías y sobrecargas a las mujeres en lo que compete a su salud reproductiva y a la vida reproductiva en general, con el consecuente impacto en su salud integral.

- La reorganización de la vida reproductiva y la búsqueda de equidad y responsabilidad compartida, es decir, *pasar del derecho al hecho*. Requiere de la deconstrucción de la naturalización de la esfera reproductiva y de la lógica patriarcal que impregna la reproducción humana, y la construcción de una nueva lógica de relación entre los géneros, que en el caso que nos ocupa sería una *nueva cultura de la reproducción*.

EL MUNDO DE HOY, LAS NUEVAS CONTRADICCIONES Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD

Los problemas relativos a la fecundidad en América Latina han experimentado un nuevo giro. Esta perspectiva plantea que las políticas de población de la región no deben orientarse prioritariamente a alcanzar determinadas metas demográficas, sino a responder a la demanda insatisfecha en materia poblacional y a superar la inequidad demográfica. Esta nueva conceptualización vuelve a poner en su centro la noción de derechos reproductivos. La población tiene derecho a decidir libremente sobre su conducta reproductiva. Sin embargo, este derecho no se puede ejercer, especialmente en los grupos más pobres y desfavorecidos.

Desde las últimas décadas del pasado siglo, se ha venido produciendo un conjunto de procesos conocidos como «reformas del sector de la salud», encaminados a introducir cambios fundamentales en su organización, funcionamiento y desempeño, que impactan también la salud reproductiva.⁷ Desde el discurso, la reforma se encamina a lograr efectividad, eficiencia y calidad en las acciones de salud. En América Latina, estos procesos están mediados por las inequidades existentes, así como por la limitada cobertura y acceso de servicios de

salud; y ha traído aparejado efectos indeseables.⁸ Por ejemplo, se han generado nuevas formas de inequidad, condicionadas por que el costo social de la reproducción se ha descargado sobre las mujeres. Una medida de la eficiencia y la efectividad de los costos en la salud podrían utilizar como evaluador el número de tareas y tiempo que dedican las mujeres a la reproducción de la vida social, que incluye funciones y actividades que antes correspondían al sector de la salud.

La descentralización promovida por el proceso de reformas también ha descargado responsabilidades sobre las comunidades, que en general no tienen capacidad resolutoria, económica o técnica. Asimismo, el Estado como institución se ha desentendido de temas cruciales, como el de la salud.

El financiamiento de la salud por el Estado y la «Salud para Todos» son dos nociones en quiebra en la actualidad. De una parte, las restricciones financieras que enfrentan los gobiernos, sobre todo en los países en desarrollo, así como las políticas de ajustes neoliberales para dar respuesta a los mandatos del Fondo Monetario Internacional, han resultado en un crecimiento inusitado de la pobreza, y en la base de ese quiebre están: una cada vez mayor privatización de los servicios y la aparición de un mercado para la salud.⁹

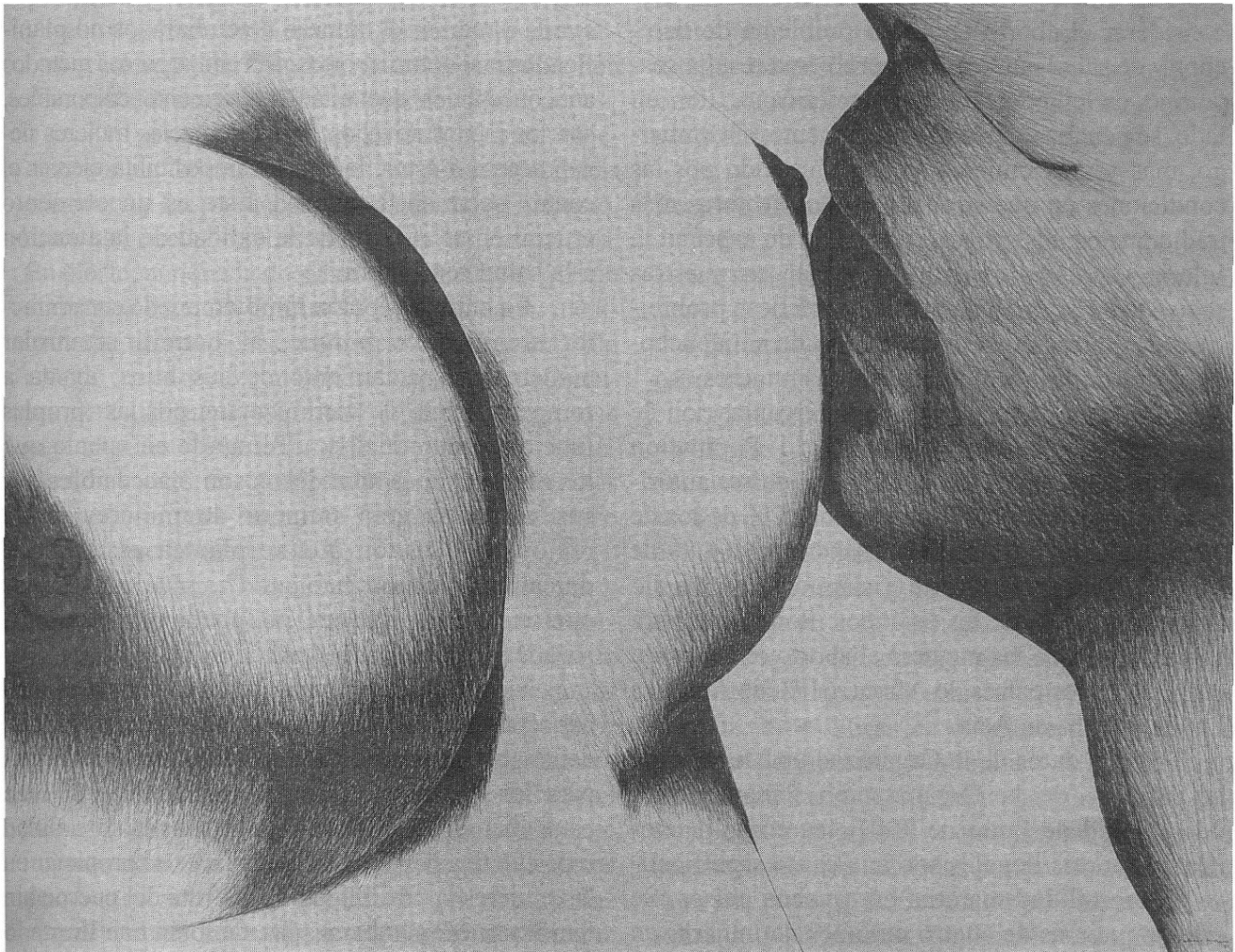
Este problema impacta sobre la salud de las mujeres, en especial la reproductiva. Los estudios han demostrado que el sistema de seguro privado, que ofrece servicios de calidad y amplia cobertura (para aquellos que pueden pagarlo), es inequitativo con las mujeres, pues las cuotas para ellas, sobre todo en la etapa reproductiva, son mucho más altas que para los varones. La existencia de microseguros que responden a los intereses de grupos corporativos pequeños restringen también la noción de solidaridad. Los gastos de bolsillo son mayores para las mujeres por la atención a sus cuidados reproductivos, no sólo en su rol de sostén de la salud familiar, sino incluso en los asociados específicamente a problemáticas de salud de la etapa reproductiva (anticoncepción, partos, puerperios, abortos, entre otros). Junto con este servicio de seguro privado coexiste también el servicio

público, de baja calidad y cobertura limitada, dirigido a atender los problemas quienes no pueden pagar.¹⁰ Esta relación *público-privado* constituye uno de los mayores retos en la atención de salud en general, y en particular para lograr una mayor cobertura de calidad en términos de salud reproductiva.

Como hemos apuntado en otra parte, los profundos cambios tecnológicos y la atención a las enfermedades crónicas no transmisibles están produciendo un elevado incremento de los costos de atención, lo que *incluye también los adelantos tecnológicos relacionados con la salud reproductiva*. A esto se añade la exclusión de los servicios de salud de aproximadamente 25 % de la población de Latinoamérica, lo que nos permite colocar las siguientes interrogantes: ¿quiénes son los que se benefician a partir de la privatización de los servicios?, ¿a quiénes alcanza una mayor eficiencia y eficacia de los mis-

mos?, ¿cómo se logra a partir de la privatización aumentar el acceso y la cobertura de las poblaciones excluidas? y ¿cómo se logra desde este orden de cosas cumplir con el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que refrenda que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales?¹¹

La privatización de los servicios limita también la participación ciudadana en las políticas locales, quedando excluido el enorme número de personas que en el mundo han ingresado a los bolsos de pobreza, especialmente las mujeres. A pesar de ser productoras de salud, las mujeres casi nunca deciden cuestiones de salud, —por tanto, sus necesidades no están claras en la determinación de las políticas— y en general no ocupan puestos que deciden políticas (triple discriminación).



Sin título (1971).

Tinta sobre cartulina, 55 x 72 cm

SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DESDE UNA VISIÓN DE GÉNERO

La mirada a la salud reproductiva desde la perspectiva de género implica la reubicación del binomio madre-hijo, la apertura a la reconstrucción de la feminidad y de la masculinidad (entrada del varón a los dominios que anteriormente eran exclusivos de mujeres) y develar inequidades en esta temática que apuntan a responsabilidades específicas asignadas y asumidas por mujeres y varones en cuanto a la reproducción. Esto permitiría la elaboración de estrategias de acción que ayudarán a un abordaje más equitativo en salud y a compartir responsabilidades, así como a ubicar algunos problemas de salud que articulan con la salud reproductiva (el aborto, la anticoncepción, la anticoncepción de emergencia, la planificación familiar). Me centraré en el examen de estos últimos.

El aborto

La única posición políticamente correcta es considerar el aborto como un problema de derechos y de salud pública. Este problema resulta sustantivo en el contexto latinoamericano. Por un lado, se penaliza, jurídica y éticamente; sin embargo, más y más mujeres siguen muriendo por las condiciones en que se realizan. Los sectores más tradicionales, los grupos Pro Vida y en especial la Iglesia Católica (con mucho poder en nuestras sociedades) promulgan y aplican tácticas prohibitivas de educación sexual y de uso de anticonceptivos que no brindan opciones a las mujeres.

De acuerdo con datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU/World Population Policies, 1999), para un total de 141 países autorizan el aborto 87 % de los europeos, 5 % de los de América Latina y África subsahariana; 14 % de los de África del Norte (islámicos) y Medio Oriente; y 53 % de los asiáticos. Solamente para salvar la vida de las mujeres el aborto es aceptado en 48 % de los países de África, 61 % de América Latina y 27 % de Asia.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud de junio de 2001, las complicaciones de abortos ilegales son una causa significativa de mortalidad materna en muchos países. Se estima que más de cuatro millones de mujeres en

América Latina recurren al aborto clandestino cada año y que, a pesar de ser fácilmente evitables, las muertes por aborto inseguro y complicaciones del embarazo, parto y puerperio siguen siendo las principales causas de las muertes maternas en nuestros países.

Se impone desarrollar estrategias sostenidas de educación sexual y planificación familiar dirigidas a evitar embarazos no deseados, con pleno respeto a los derechos de las personas a decidir sobre su vida sexual y reproductiva. Ello significa también apoyar las acciones de grupos de mujeres que están levantando estándares para revertir la situación del aborto en la región.¹²

Los métodos anticonceptivos

El acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces constituye un componente crucial de los derechos reproductivos de mujeres y hombres. El acceso a métodos anticonceptivos ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las mujeres, porque ayuda a reducir el número de embarazos no planificados, así como abortos. Sin embargo, los métodos anticonceptivos que están mayormente disponibles, son los menos novedosos y no todas las mujeres tienen acceso a éstos, lo que les imposibilita ejercer el control sobre su fecundidad. Éste es un elemento crucial en el análisis de la calidad de la atención a la salud reproductiva.

La anticoncepción también puede ser un factor significativo porque, al permitir controlar número y espaciamiento de sus hijos, ayuda a romper el ciclo de victimización por las propias funciones reproductivas. Tomando en cuenta que los métodos más novedosos son inaccesibles por sus costos a gran número de mujeres de la región, la cuestión que se plantea es: ¿de qué derechos estamos hablando?, ¿cuáles son las opciones para quienes no pueden costearlos?, ¿a qué y quiénes acceden?

Existe una amplia variedad de métodos anticonceptivos producidos para las mujeres, lo que contrasta con la poca disponibilidad de alternativas para los varones (condón y vasectomía). Si bien estos métodos han permitido separar la sexualidad reproductiva de la sexualidad placer, al propiciar en las mujeres la posibilidad de disfrute del cuerpo sin temor a quedar embarazadas, también han limitado

al varón la posibilidad de participar de las decisiones sobre los métodos a emplear en pareja para evitar embarazos no deseados. Las consultas de planificación familiar, centradas en la atención a las mujeres y con casi total ausencia de varones, corroboran empíricamente esta realidad.

La anticoncepción de emergencia (ACE)¹³

La ACE es un tema de debate actual, polémico y a menudo controvertido. Mientras la ACE en forma de anticonceptivos orales está disponible en toda la región latinoamericana (en cualquier parte en que la anticoncepción es legal), las pastillas designadas específicamente para la ACE son legales en sólo unos pocos países en la región (me refiero a las dosis y combinaciones específicas necesarias para la ACE)¹⁴ y muy pocos proveedores de servicios de salud promueven activamente su uso.

Desde las posiciones más conservadoras, las objeciones a la ACE han sido que su uso constituye aborto, promueve el comportamiento promiscuo y causará que mujeres y hombres abandonen sus métodos regulares de anticoncepción.

Los partidarios principales de la primera objeción son la Iglesia Católica, los fundamentalistas religiosos y los políticos conservadores. Al respecto, éstos han quedado rebasados por la ciencia médica. En efecto, aunque la doctrina católica afirma que un embarazo empieza con un óvulo fecundado, médicamente una mujer se considera embarazada sólo cuando un óvulo fecundado se implanta en el recubrimiento de su útero. La ACE evita precisamente la implantación del óvulo en el útero; por ende, previene el embarazo. En otras palabras, este método no es un abortivo, pues no puede terminar un embarazo una vez que ha empezado.

Las mujeres han defendido la legalización y la promoción de la ACE, porque resulta un recurso eficaz para prevenir un embarazo no deseado antes de que empiece, sea por relaciones sexuales no protegidas, violación, incesto o fracaso de otros métodos anticonceptivos (por ejemplo una ruptura del condón). Además, es una manera de reducir el número de abortos, lo cual es especialmente importante en los países donde es ilegal o las tasas de abortos son altas. Su utilización elimina las consecuencias adversas asociadas al aborto que

además tienen costos (también en términos económicos) mucho más elevados que la ACE.

En cuanto a la segunda objeción, los cambios frecuentes de pareja en los adolescentes y jóvenes, o personas de cualquier edad, no están relacionados con la disponibilidad o no de un método anticonceptivo y/o una tecnología existente como la ACE. Respecto al tercer argumento contra la ACE, ésta no tiene por qué causar que mujeres y hombres abandonen sus métodos regulares de anticoncepción. En ambos casos, estamos frente a representaciones sociales vinculadas a aspectos éticos, morales y religiosos, que se manifiestan en contra de las expresiones de libertad de la sexualidad, el deseo y el placer. La educación sexual centrada en el desarrollo de la responsabilidad individual y colectiva, pero también en la defensa del placer como un derecho, debe estar en todos los programas educativos de los diferentes niveles de enseñanza en la región. El acceso a la información y a los diferentes métodos anticonceptivos (incluso a la ACE) amplía las posibilidades y alternativas en la toma de decisiones, que también es una forma de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

La planificación familiar

La planificación familiar incluye los servicios y recomendaciones sobre anticoncepción, que tienen en cuenta la elección adecuada de los métodos anticonceptivos, según las especificidades de cada persona (edad, sexo, tipo de unión, frecuencia coital, recomendaciones médicas, afecciones o patologías asociadas) y se realiza a través de acciones de orientación a la mujer y a la pareja que favorecen la toma de decisiones relacionadas con el número de hijos esperados y deseados, según la evaluación médica y las posibilidades materiales de la pareja (o la mujer), entre otros factores.

Aunque esta postura se ha difundido en las sociedades latinoamericanas a partir de la década del ochenta, las políticas de cobertura de servicios de planificación familiar han limitado su acción fundamentalmente a la introducción, en gran escala, de la tecnología anticonceptiva para las mujeres. Uno de los problemas identificados por profesionales cubanos es la poca participación de los varones en consultas de planificación familiar,¹⁵ situación que en

DE
SSSSSSSS

muchas ocasiones entra en contradicción con el real poder que tienen los mismos en las decisiones sobre el número de hijos y en el ciclo reproductivo de la pareja.

Existe una serie de necesidades insatisfechas, como realizar una mejor labor en los programas de educación de la sexualidad dirigidos a todas las edades;¹⁶ conectar los temas de sexualidad y autocuidado; y trabajar en la creación de una nueva cultura de la planificación familiar a partir de la incorporación real y participativa de los varones y del desarrollo de condiciones que apunten a un tratamiento personalizado y de calidad en los servicios de planificación familiar.

Desde una perspectiva de género, se requiere hacer más visibles las relaciones significativas entre mujeres, y entre mujeres y varones; redimensionar las relaciones con los proveedores y proveedoras de salud reproductiva; y usar el derecho existente para producir *un nuevo derecho* que abra los espacios vacíos a nivel de las legislaciones (la despenalización del aborto, el castigo a la violencia sexual y la revisión de las leyes de protección de la maternidad, que apuntalen o favorezcan la participación del varón en todo el proceso reproductivo).

SALUD REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO: LOS RETOS

A continuación se enuncian de manera muy sumaria, los principales retos que debemos afrontar si queremos lograr una nueva cultura en el campo de la salud reproductiva en América Latina. Los que se refieren a la salud y al aborto como derechos y a algunos aspectos que tocan a la anticoncepción de emergencia, son importantes y honrosas exclusiones para el contexto cubano.

1. La construcción de una nueva cultura de la reproducción demanda un análisis crítico de todo lo que la cultura patriarcal ha impregnado en los cuerpos, subjetividades, ejercicio de la sexualidad y la reproducción en mujeres y varones. Sólo desde esta crítica podemos construir nuevas representaciones y posicionamientos acerca de la sexualidad reproductiva, de manera que las mujeres puedan ceder poderes sobre el feudo de lo reproductivo (y de lo privado) y permitan la entrada de los varones a ese feudo (paternidad) del que la cultura los ha expropiado.

2. Se requiere una reubicación del binomio madre-hijo, lo que significa también la reconstrucción de la feminidad y la masculinidad, lo que implica adentrarnos en el tema de la subjetividad y sus deconstrucciones.

3. Los conceptos de derechos reproductivos y sexuales deben ser trabajados conjuntamente, con todas las implicaciones teóricas, metodológicas, terapéuticas y del trabajo de promoción y prevención en salud que tiene la articulación entre lo reproductivo y lo sexual.

4. Se debe identificar y tratar de revertir las desigualdades e inequidades de género que se basan en asimetrías de poder, valoración-desvalorización de lo femenino, ejercicio de la sexualidad en función de la reproducción y las expropiaciones que mujeres y varones sufren como consecuencia de esas asimetrías.

5. Los sectores sociales más avanzados tienen que luchar por rescatar la salud como derecho humano y no como una mercancía, problema que afecta fundamentalmente a las mujeres durante su etapa reproductiva en muchos países de nuestra región.

6. La despenalización de las prácticas de aborto en nuestro continente, la legalización de éste como un derecho reproductivo de las mujeres, así como la legalización e implantación de la anticoncepción de emergencia como una vía efectiva y alternativa para evitar el embarazo, representan metas fundamentales a alcanzar en los próximos años.

7. Las consultas de planificación familiar deben incentivar la participación de los varones en la toma de decisiones compartidas sobre el uso de métodos anticonceptivos en la pareja y la planificación de los embarazos.

8. La educación sexual debe dirigirse a crear una nueva cultura reproductiva, que propenda a una redefinición de «ser mujer» y «ser varón», en busca de favorecer la responsabilidad compartida en el uso de los métodos anticonceptivos. Las empresas productoras de medicamentos también deben desarrollar investigaciones en varones sobre métodos anticonceptivos dirigidos a la población masculina.

9. Por último y no menos importante, la salud reproductiva debe pensarse no sola-

mente como un tema de autocuidado de las mujeres, sino también de la pareja.

NOTAS

* Este artículo es una versión de la ponencia presentada en el evento «Salud reproductiva en las edades extremas de la vida», celebrado en Varadero, Cuba, en octubre de 2003. Agradezco a Rafael Hernández su revisión para esta publicación.

¹ Los materiales consultados están disponibles en Internet; para ampliar la información, ver www.un.org/popin/icpd/conferencia/oufspa/conf13.html.

² Párrafo 7.3 de la declaración de esta conferencia. Citado por Mabel Gabarra: «Derechos sexuales y reproductivos», ponencia presentada en el Seminario «Género y salud», organizado por la Secretaría de Cultura de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) y la Cátedra de Trabajo de Campo, Área de Salud de la Facultad de Psicología de la UNR, octubre de 1998. Este trabajo está en circulación por Internet a través de la revista feminista *Tertulia*.

³ *Ibíd.*

⁴ Al respecto, María Betania Ávila señala: «[...] el hecho de que una mujer no tenga hijos/as siempre ha sido entendido como una falta de oportunidad, una especie de imposición del destino. Resultado de una falta cualquiera. No tener hijos/as como opción es una construcción social del feminismo que aún no ha logrado superar la representación patriarcal de esa elección. Es evidente que la opción goza cada vez más de aceptación social, pero aún existen sanciones, o por lo menos interrogantes, sobre la idoneidad de tal decisión.» En María Betania Ávila: «Reflexiones sobre los derechos reproductivos», documento de CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, III Seminario Regional «Derechos sexuales, derechos reproductivos, derechos humanos»). Este trabajo está en circulación por Internet a través de la revista feminista *Tertulia* y fue proporcionado por MODEMMUJER.

⁵ Ver Ana María Fernández: «La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres», Editorial Paidós, Buenos Aires, 1992. Esta autora explica la construcción de la subjetividad femenina a partir del análisis de tres mitos fundacionales: mito mujer = madre, mito de la pasividad erótica femenina y mito del amor romántico, estableciendo un marco referente importante para comprender el tema de las subjetividades colectivas desde la perspectiva de género.

⁶ María Betania Ávila: ob. cit. El subrayado es mío.

⁷ Ver Celia Sarduy Sánchez y Ada C. Alfonso Rodríguez: «Develando contradicciones en la gestión local de salud», Seminario-Taller «Perspectiva de género, políticas públicas y equidad en salud: desafíos para Centroamérica y el Caribe», San José, Costa Rica, 2002.

⁸ María Isabel Matamala Vivaldi: «Sensibilidad de género y práctica conceptual», *Mujer y Salud*, Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y del Caribe, vol. 3, 2000.

⁹ Celia Sarduy Sánchez y Ada C. Alfonso Rodríguez: ob. cit.

¹⁰ Marcos Lorenzelli: «Economías y políticas sociales: los casos de la salud y la educación», *Cántaro en la Red* (revista de información electrónica), 2001.

¹¹ Celia Sarduy Sánchez y Ada C. Alfonso Rodríguez: ob. cit.

¹² La campaña lanzada por la Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y el Caribe propuso declarar el 28 de septiembre de 2001 como «Día por la despenalización del aborto en América Latina y el Caribe», dirigido a la legalización del aborto. Estas acciones tienen como fin impulsar la formación de consensos políticos para la revisión y la liberalización de las leyes punitivas y facilitar leyes que permitan el aborto.

¹³ Los métodos de emergencia son los utilizados después del acto sexual sin protección para evitar el embarazo. Se pueden utilizar píldoras a base de progestina o píldoras con estrógenos y progestina combinados. La anticoncepción de emergencia no interrumpe un embarazo establecido, pues sólo es efectiva entre uno y cinco días posteriores a la fecundación. Según se recoge en la Hoja Informativa del Programa «Mujer, salud y desarrollo» de la OPS/OMS (mayo, 2001), el término «emergencia» implica que la ACE es un método de último recurso para prevenir el embarazo no deseado y no debe sustituir los métodos anticonceptivos regulares.

¹⁴ Para profundizar en las dosis y combinaciones específicas a utilizar para la ACE, recomiendo ver Carlos Ortiz Lee: «La anticoncepción de emergencia en la adolescencia», *Sexología y Sociedad*, Ciudad de La Habana, año 10, no. 25, agosto, 2004, pp. 19-22.

¹⁵ Estos aspectos fueron ampliamente debatidos durante el Primer Simposio Internacional sobre Género y Salud, celebrado en octubre de 2000 en Santiago de Cuba y recogidos en su Relatoría, que no ha sido publicada.

¹⁶ Este comentario parte de una percepción personal y de mi experiencia de trabajo en la educación sexual que me ha posibilitado acercarme a la lectura de varias de las propuestas en América Latina. En aquellos países donde existen programas de educación de la sexualidad (o educación sexual), los énfasis se realizan en la educación para evitar riesgos, embarazos no deseados y las ITS/SIDA; por ende, lo que corresponde a la educación para el placer sexual, el trabajo con el cuerpo y la sexualidad en solitario o en parejas buscando equidad y compartir responsabilidades y placer (el cuerpo como depositario de placer) está ausente o forma parte de experiencias aisladas. Para profundizar en este tema, ver Celia Sarduy y Ada C. Alfonso: «Sexualidad femenina. Realidades, experiencias y retos», Memorias del XVI Congreso Mundial de Sexualidad (en formato electrónico), Ciudad de La Habana, marzo, 2003.