

# Buenas Prácticas en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Reproductivos de Adolescentes



FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS  
EQUIPO DE APOYO TÉCNICO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

## RECONOCIMIENTO

El presente documento ha sido elaborado mediante la reflexión y discusión técnica de las siguientes personas: **Silvia Franco**, Asesora de Promoción de Salud Sexual y Reproductiva, con Énfasis en Adolescentes, quien elaboró el documento inicial, **Saroya Friedman**, que fue asistente de investigación y colaboró en la búsqueda de información; **Marina Laski** y **Silvia Necchi**, quienes a través de una consultoría revisaron el documento y brindaron importantes aportes al mismo, en base a evaluaciones de proyectos de UNFPA en la región de América Latina y el Caribe. Igualmente se agradece la colaboración de **Patricia Ortiz** en la traducción y revisión ortográfica. A todas ellas UNFPA quiere brindar un especial reconocimiento.

### Coordinación:

Silvia Franco, Asesora en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva, con Énfasis en Adolescentes.  
UNFPA. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe.

**Diseño:** Moni Kaminsky

**Foto:** UNFPA Youth & Adolescent Cluster. Buscando el Sueño. Las Caras  
Jóvenes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Jóvenes raperos. Kingston Jamaica.  
Janson 2006

Este documento debe ser citado como UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas,  
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. ISSN # 0-89714-833-9

Marzo 2006



United Nations Population Fund  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)  
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe

# Tabla de contenidos

---

<b>Introducción</b> .....	4
<b>Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en el Contexto de los Derechos Humanos</b> .....	5
<b>Sobre las Lecciones Aprendidas</b> .....	7
<b>Criterios de Evaluación de Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes</b> .....	8
Centralidad en los Derechos Humanos .....	8
Repensando las Metas a Alcanzar .....	9
Metodología de Evaluación .....	9
Indicadores de Logros.....	10
<b>Buenas Prácticas en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes</b> .....	11
Programas Escolares .....	12
Programas Comunitarios .....	14
Programas de Comunicación en Salud .....	16
<b>Reflexiones Finales</b> .....	17
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	18
<b>Anexo I: Ejemplos de Programas que han sido Evaluados con Buenas Prácticas por la Literatura Científica</b> .....	20
Programas Escolares .....	20
Programas Comunitarios .....	30
Programas de Comunicación en Salud .....	40

# Introducción

---

La necesidad de encontrar estrategias efectivas y de calidad para promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes tiene orígenes en consideraciones éticas, económicas y de derechos humanos.

Desde los aspectos éticos y de derechos humanos, se requiere ponderar la importancia que la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes tiene en el campo de la construcción de ciudadanía. El trabajo en derechos sexuales y reproductivos es el camino más directo para la construcción de ciudadanía ya que se vincula profundamente con la subjetividad de las personas, con su identidad de sujeto de derechos (UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para Latinoamérica y el Caribe, 2004). Dado que el proceso subjetivo central de la etapa adolescente es la construcción de una identidad, las estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva basadas en derechos humanos, en la autonomía para la toma de decisiones, tienen el potencial de apoyar la construcción de ciudadanos/as, con capacidad de vivir con autonomía en una democracia participativa. Pero requieren para ello de determinadas condiciones de inclusión social y ejercicio de poder en igualdad que serán analizadas a lo largo de este documento.

UNFPA ha reconocido que brindar a los/as adolescentes un adecuado apoyo y oportunidades para su desarrollo puede ser una poderosa fuerza para el logro de un progreso sostenible, y que la salud sexual y reproductiva de los/as adolescentes es un hecho político, no sólo porque a partir de su promoción los/as adolescentes se construyen como sujetos de derecho, sino porque el ejercicio de estos derechos condicionará el desarrollo humano. Si no fuera por su fuerte impacto político, los programas de promoción de salud sexual y reproductiva no serían objeto de tanta controversia.

La importancia que le han conferido a la promoción de la salud sexual y reproductiva los países –en sendas cumbres de Presidentes y Primeras Damas– tanto a nivel gubernamental como de sociedad civil, entre los que es posible incluir a los grupos conservadores que a ella se oponen, encuentra sustento en su importancia ética. Se trata de acciones que propenden a la construcción de ciudadanos íntegros, solidarios, críticos, respetuosos de la diversidad, responsables de la humanidad y autónomos, tal como afirma Vélez Granada (2002).

Diferenciar estrategias efectivas de promoción de salud sexual y reproductiva tiene también su basamento económico, centrado tanto en la disminución de los costos del sistema de salud, como en los costos de otras políticas sociales. La pandemia del VIH continúa en expansión y son los/as adolescentes y jóvenes los/as más afectados por ella, representando la mitad de los infectados en el mundo. El crecimiento de la epidemia del VIH pone en riesgo los derechos de las personas a la salud, al impactar en la economía del sistema de salud y en la pobreza de las personas. A su vez, la falta de acciones efectivas y de calidad incrementa el presupuesto de las políticas sociales. En tal sentido podría analizarse la diferencia entre la inversión en promoción de la salud, en relación a los costos de cualquier acción de reparación. A modo de ejemplo podríamos citar que en los Estados Unidos cada año se gastan USD \$ 20 billones en apoyar a familias jefe de hogar adolescente, en ingresos, servicios de salud y nutrición (Burt 1998). La constatación que la información sobre SIDA por sí misma no es garantía de cambios de comportamiento en materia de sexualidad, tal como ha sido reconocido por sendos estudios e incluso por el Informe Mundial de SIDA (2004), convierte a la situación en más acuciante y recrea la necesidad de revisar los paradigmas de promoción, información en salud para el logro de la salud sexual y reproductiva, y obliga a analizar críticamente las intervenciones.

Este documento se orienta a brindar elementos técnicos a la División de América Latina, las Oficinas de UNFPA y las organizaciones que trabajan con adolescentes, para el estudio de la eficacia y calidad de las estrategias implementadas en derechos y salud sexual y reproductiva. Pretende por lo tanto invitar a una reflexión sobre las mismas a partir del análisis de determinadas condiciones, entre las que se destaca la capacidad de garantizar los derechos humanos y especialmente los derechos reproductivos, de adecuarse a diversos contextos en que transcurre la vida de los/as adolescentes; de disminuir las inequidades de acceso a la salud en la región más inequitativa del mundo, como es América Latina y el Caribe, generando nuevos interrogantes sobre las prácticas para el logro de una mejor salud sexual y reproductiva de adolescentes.

# Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en el Contexto de los Derechos Humanos

La salud sexual y reproductiva de adolescentes se sustenta en la interacción de un conjunto de determinantes entre los que se pueden mencionar los factores biológicos, psicológicos, familiares, sociales –como la relación con padres y pares–, factores culturales –como el sistema de valores de una comunidad–, las desigualdades y violencia de género, factores políticos, las oportunidades de desarrollo, factores socioeconómicos –como la exclusión social y la pobreza–, el acceso a la educación, la autonomía, el poder para tomar decisiones, entre otros.

Por tratarse de fenómenos complejos, las estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva incluyen un conjunto de intervenciones. De acuerdo a lo definido en la Primera de Reunión de Promoción de la Salud (Ottawa 1986), comprenden acciones orientadas al desarrollo de políticas públicas, la generación de entornos favorables al desarrollo, el fortalecimiento de la comunidad, la reorientación de servicios de salud, junto con acciones educativas, de información y de empoderamiento para el logro de mayor autonomía. El propósito de estas intervenciones no es influir a las personas para que asuman una determinada conducta sexual, sino –como se definió en Ottawa– que adquieran la capacidad de tomar decisiones y controlar su propia vida y producir transformaciones en su ambiente para asegurar que sea favorable a su salud y a la de los demás integrantes de su comunidad, tal como lo menciona la Carta de Ottawa (Carta de Ottawa de Promoción de la Salud, 1986) y fue acordado en el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo 1994), como definición de salud reproductiva.

*“...la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección”*

*“La aplicación del presente Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual.” (Párrafo 7.2).*

En la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) se definió que los derechos humanos incluyen el derecho a apropiarse de los diferentes aspectos relativos a su sexualidad. De esta manera, ninguna

persona puede ser presionada para tener o no tener relaciones sexuales:

*“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 respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”. (Párrafo 96).*

A pesar de estos acuerdos internacionales, el campo de los derechos reproductivos en los/as adolescentes es todavía un terreno en construcción. Entre los decisores políticos, educadores, proveedores de salud, existen discusiones sobre de qué manera es posible interpretar estos derechos en función de la edad de los/as adolescentes, pese a lo establecido por la Convención de los Derechos del Niño.

Para enfrentar algunas interpretaciones confusas de los tratados y convenciones internacionales, los distintos Comités de Naciones Unidas se han pronunciado especificando conceptos en discusión. Sobre los derechos de los/as adolescentes a la salud sexual y reproductiva, el Comité de los Derechos del Niño en la Observación General N° 4 clarificó que:

*“En virtud del Artículo 3, 17 y 24 de la Convención de los Derechos del Niño, los Estados deben proveer a los adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo planificación familiar y anticonceptivos, los peligros de la maternidad temprana, la prevención del HIV y la prevención de las enfermedades transmisibles por vía sexual”. (Adolescent Health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. Par II. CRC/GC/2003/4).*

Sobre la salud sexual y reproductiva entendida en el contexto de los derechos humanos y por lo tanto obligatoriedad de los Estados en su priorización, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer indicó en la Observación General N° 24: Mujeres y Salud (20ª sesión, 1999):

*“...el acceso a cuidados de salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico y es fundamental para la salud y la igualdad de las mujeres... Los Estados Miembros son responsables de “asegurar la eliminación de todas las barreras al acceso de las mujeres a los servicios de salud, la educación y la información, inclusive en el área de la salud sexual y reproductiva”.*

*“priorizar la prevención de los embarazos no deseados a través de la planificación de la familia y de la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad materna mediante servicios para una maternidad segura y atención prenatal”.*

Sobre el concepto de salud sexual y reproductiva entendida como autonomía, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales clarificó en la Observación General N°14: Artículo 12 (2000) que:

*“El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud incluye “el derecho a controlar la propia salud, el propio cuerpo y la libertad sexual y reproductiva”.*

*“Los Estados Miembros están obligados a “adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y reproductivos, incluido el acceso a la planificación de la familia. . . los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar en respuesta a esa información”.*

Sin embargo la autonomía para la toma de decisiones en materia de sexualidad y salud sexual y reproductiva, derecho básico que hace posible el logro de la construcción de ciudadanía, no parece quedar siempre garantizado cuando se analiza la efectividad y calidad de algunas estrategias en el campo de la salud sexual y reproductiva.

# Sobre las Lecciones Aprendidas

---

En relación a las estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva de adolescentes, la literatura hace referencia a conceptos tales como “experiencias exitosas”, “mejores prácticas”, “lecciones aprendidas”, “prácticas basadas en evidencia”, entre otras, cuyos significados no siempre son coincidentes y por lo tanto es conveniente reflexionar sobre ellos, tal como plantea Munshi en un estudio para IPPF (2004).

El término “experiencias exitosas”, utilizado por el Programa de Salud y Desarrollo de Adolescentes de OPS/OMS, o “experiencias efectivas”, utilizado por la Campaña Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente de los Estados Unidos, se refiere a aquellas intervenciones productoras de resultados de probada eficacia con criterios estadísticos, a través de una evaluación con datos cuantitativos. Kirby (2001), coordinador del Grupo de Trabajo Programas Efectivos e Investigación de dicha Campaña, identificó un conjunto de criterios para que una evaluación sea considerada confiable, que consisten en 10 condiciones que deben co-existir para que una práctica sea efectiva. La ausencia de una de las condiciones disminuye su nivel de efectividad.

El concepto “experiencias efectivas” aunque atrayente, encuentra limitaciones en su conexión con factores contextuales. Presenta debilidades en explicar de qué manera se contextualiza la experiencia como para resultar exitosa, ya que coloca el foco en el resultado, soslayando los procesos de su implementación. Frente a la gran diversidad que tienen los/as adolescentes en la región de América Latina y el Caribe y su desigualdad en el acceso a sus derechos humanos y sus derechos reproductivos, resulta fundamental que la experiencia sea asociada a un contexto social y político concreto.

Un estudio que está realizando IPPF y la Fundación Mc Arthur busca identificar “mejores prácticas” en el trabajo en promoción de salud sexual y reproductiva de adolescentes. De acuerdo con la revisión realizada por Munshi para IPPF (2004), no existe un consenso amplio acerca del concepto “mejores prácticas”. En algunos casos hace referencia a éxitos y fracasos, en otros hace referencia a reconocimiento

público tanto como eficacia demostrada por investigaciones. En general el término “mejores prácticas” –indica Munshi– se define más bien por su perspectiva de futuro, ya que hace referencia a su potencial de duplicabilidad, adaptación o transferencia de determinada experiencia para el mejoramiento de otras prácticas. ONUSIDA lo ha definido como “un proceso continuo de aprendizaje, retroalimentación, reflexión y análisis sobre qué funciona (o no) y por qué”. En este sentido las mejores prácticas incorporan también el concepto de contexto y por lo tanto el resultado no sólo guarda relación con su aplicación sino con su capacidad de adaptación local.

El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de OMS utiliza el concepto de “prácticas basadas en la evidencia”, identificando así un conjunto de intervenciones –en su mayoría clínicas– con evaluaciones cuyos resultados estadísticos tienen diferencias significativas respecto de estudios control. Este concepto no siempre incluye la información que brinda la investigación social, tanto con sus aportes cuantitativos como cualitativos, aunque mucho se ha avanzado en este campo.

Por su parte UNFPA y otras agencias del Sistema de Naciones Unidas utilizan el término “lecciones aprendidas” para referir tanto los aprendizajes logrados de situaciones que han funcionado, como aquellos desafíos pendientes y hasta los errores, que resultan también fuente de aprendizajes. UNFPA (2004 b) define de esta manera las lecciones extraídas de la experiencia que se aplican a una situación genérica más que a una situación concreta. Y especifica que la identificación de las lecciones depende de tres factores: a) la acumulación de experiencias y análisis pasados; b) buenos instrumentos de recolección de datos; y c) un análisis de contexto. De esta manera UNFPA pone el foco en los procesos y en el contexto como productores de aprendizajes. Teniendo en cuenta la gran heterogeneidad y desigualdad entre las condiciones de vida de los/as adolescentes, UNFPA indica también que los resultados tienen que asociarse a una específica población blanco (UNFPA, Population Council 2002).

# Criterios de Evaluación de Programas de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

La preocupación por medir los resultados de estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva en adolescentes, se ha incrementado en los últimos años con la confirmación de que los/as adolescentes son el grupo que está definiendo el crecimiento de la pandemia del SIDA. Un hito al respecto fue marcado por la publicación “*No Easy Answers: Research Finding on Programs to Reduce Teen Pregnancy*” (Kirby 1997), con la revisión de programas de salud sexual y reproductiva en los Estados Unidos.

En los últimos años, varias organizaciones y agencias del Sistema de Naciones Unidas se han abocado a identificar cuáles y cómo debieran ser las estrategias para producir resultados eficaces y de calidad en el campo. En 2001 el Departamento de Salud del Niño y el Adolescente de OMS convocó a un grupo de expertos de distintas regiones del mundo para acordar criterios que definieran la eficacia de determinadas intervenciones preventivas en salud sexual y reproductiva de adolescentes. Si bien se recopilaron documentos, estudios y experiencias, una importante conclusión fue que, a la hora de evaluar la efectividad, los procesos resultan tan definitorios como las estrategias seleccionadas.

En el año 2002 UNFPA y Population Council (2002) organizaron un taller a fin de revisar las lecciones aprendidas en investigaciones y programas en salud sexual y reproductiva de adolescentes, que permitiera analizar críticamente la “primera generación de proyectos” y avanzar hacia la “segunda generación”. La principal conclusión arribada es que sólo puede analizarse el resultado de una práctica asociándola a una específica población blanco, un grupo específico de adolescentes identificado por edad, escolaridad, situación socioeconómica, condición de vida, situación laboral, entre otros. Concluyó que no existen estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva que funcionen para todos los casos, dada la gran heterogeneidad del grupo adolescente, en condiciones de vida, sistemas de valores y creencias, y acceso a derechos humanos.

En Junio 1994 se realizó una consulta global organizada por OMS, ONUSIDA, UNFPA y UNICEF con el apoyo del Grupo de Trabajo Interagencial de Personas Jóvenes de ONUSIDA en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, orientada a encontrar intervenciones basadas en evidencias que puedan colaborar a alcanzar los objetivos de reducir la prevalencia de VIH entre adolescentes y jóvenes. En la reunión se definió como un deber ético el establecer

programas de prevención del VIH aún cuando las evidencias no demostraran resultados firmes. De esta manera se relativizaron los indicadores cuantitativos, incorporando el concepto de “prácticas prometedoras” como aquellas que no cuentan aún con evidencias estadísticamente significativas de su eficacia, pero que se estima resultan útiles para la prevención (UNFPA 2004 a).

Existen además otros meta-análisis cuyas conclusiones debieran ser objeto de reflexión a partir de los indicadores de calidad priorizados, o las estrategias implementadas, que no siempre se encuentran en línea con el respeto a los derechos humanos de los/as adolescentes.

## CENTRALIDAD EN LOS DERECHOS HUMANOS

Antes de evaluar la eficacia y calidad de las estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva es necesario analizarlas a la luz del marco de derechos humanos. La Convención sobre Derechos del Niño reconoce explícitamente a las/los adolescentes como titulares de derechos humanos, lo que significa un importante avance en el tratamiento jurídico de la infancia y la adolescencia. Esto significa que el reconocimiento de dichas poblaciones como sujetos de derecho las habilita a opinar y ser escuchadas, a buscar y difundir informaciones e ideas por sí mismas (Faur, 2003). Además, el desarrollo de programas basados en los derechos humanos constituye herramienta fundamental para superar situaciones de desigualdad a través de políticas que promuevan el reconocimiento de las diferencias basadas en el género, etnia, condición social y orientación sexual.

La consideración del marco de derechos humanos deja sin posibilidades de inclusión los programas de “educación sólo en abstinencia” [*abstinence-only until marriage*] ya que éstos limitan en los/as adolescentes su derecho a la toma de decisiones autónomas y a la información necesaria para estar en condiciones de asumir responsablemente su sexualidad y evitar posibles riesgos para su salud y embarazos no planeados. Así lo demuestran diversas investigaciones que se vienen efectuando desde hace varios años, como la realizada por Kirby y Brown (1996), Condom Availability Programs in US Schools, donde se expone que las/los adolescentes que han participado de programas de información y provisión de preservativos se encuentran en mejores condiciones para poder evaluar las oportunidades para el desarrollo de su vida sexual y asumirla con compromiso y responsabilidad.



A su vez, los programas de “educación sólo en abstinencia” no han demostrado tener efectos beneficiosos sobre la salud sexual y reproductiva de adolescentes. De hecho, según afirma Kirby (2004), enseñar sólo abstinencia puede ser no sólo irresponsable sino temerario. La evidencia muestra que muchos adolescentes tienen relaciones sexuales, sin haber recibido ninguna educación sobre métodos anticonceptivos, situación que aumenta las tasas de embarazo no planeado e ITS (AGI 2001).

La publicación realizada por Rector para Heritage Foundation (2002), con el resultado de 10 investigaciones que muestran la eficacia de los programas de “educación sólo en abstinencia”, puesto que evitan absolutamente la posibilidad de embarazo no planeado e ITS, ha sido ampliamente criticada por Kirby (2001, 2002) por no cumplir con los estándares de investigación, que podrían darle credibilidad técnica.

## REPENSANDO LAS METAS A ALCANZAR

El análisis de la efectividad de las acciones de promoción nos remite también a reflexionar sobre qué es posible entender hoy por un adolescente cuyo desarrollo, sexualidad y capacidad de reproducción sean vividas de manera saludable y en concordancia con los derechos humanos. Tener claridad sobre cuál es la meta que se busca, resulta esencial cuando se quiere definir una estrategia de calidad para el trabajo con adolescentes. Acorde al Plan de Acción de la CIPD (Cairo 1994), los logros de un programa de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos debieran incluir el aumento de la capacidad de autonomía de las personas y la construcción de ciudadanía, los que difícilmente aparecen entre los indicadores de evaluación que se utilizan comúnmente.

La Asociación Mundial de Sexología (AWA, OPS 2000) definió la salud sexual como *“la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y socio-cultural relacionado con la sexualidad”*. De acuerdo con este concepto la promoción de la salud sexual y reproductiva no debiera reducirse a cambios de comportamiento vinculados a la prevención de daños, como puede ser la disminución del embarazo no planeado o la infección por VIH. La promoción de la salud sexual y reproductiva se orienta también –semejante a lo planteado por Vélez Granada (2002) sobre la educación– al logro de “la felicidad, la libertad y la convivencia bajo lineamientos enmarcados en los derechos humanos”, lo que implica la capacidad de reconocerse y reconocer a los otros como seres sexuados, para que en medio de la diversidad y respeto por las diferencias, cada uno/a construya su propia identidad.

De acuerdo con la opinión de Siecus (1997) una efectiva promoción de salud sexual y reproductiva produce aumento de conciencia, de comunicación entre padres e hijos, permite la clarificación de valores para la toma de decisiones personales, ya sea en postergar el inicio de la actividad sexual, incrementar el uso de métodos anticonceptivos y el condón. Para Siecus (1997) un programa de salud sexual y

reproductiva integral debiera perseguir los siguientes cuatro objetivos:

- Proveer a los/as adolescentes correcta información sobre sexualidad humana.
- Proveer a los/as adolescentes competencias para cuestionar y evaluar sus propias actitudes.
- Ayudar a los/as adolescentes a desarrollar competencias interpersonales, como la comunicación, la toma de decisiones y asertividad con habilidades para manejar las presiones de sus pares y parejas.
- Ayudar a los/as adolescentes a evaluar responsablemente sus relaciones sexuales, y decidir sobre un conjunto de alternativas, entre las que se incluye la abstinencia, la anticoncepción y el condón.

Dentro del objetivo de aumentar las competencias para la comunicación, el vínculo positivo entre adolescentes y sus padres, ha sido encontrado con un factor protector en adolescentes en edad escolar (Kirby 2001 b).

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La Campaña Nacional de Prevención del Embarazo de Adolescentes de los Estados Unidos publicó un estudio (Kirby 2001 a), en el que se revisaron cerca de 300 evaluaciones de programas de promoción de salud sexual y reproductiva de adolescentes, encontrando que los programas carecían de un seguimiento o segunda evaluación que pudiera comprobar el sostenimiento de los cambios producidos. La Campaña precisó que el primer paso para identificar estrategias efectivas es la definición clara de estándares de calidad de las evaluaciones, que permitan comparar sus resultados. A tal fin organizó un Grupo de Trabajo sobre Programas Efectivos e Investigación que se abocó a definir criterios para considerar confiables las evaluaciones. Entre los criterios se mencionan los siguientes (Kirby 2001 a - Siecus 1997).

1. Diseño experimental o quasi-experimental en grupos de observación y control.
2. Una muestra de al menos 100 adolescentes en grupos de observación y control.
3. Apropriados análisis estadísticos.
4. Período de evaluación en el grupo de observación y grupo control de al menos 6 meses posterior a la intervención.
5. El programa muestra al menos dos cambios entre los siguientes indicadores:
  - Posponer o retrasar el inicio de la actividad sexual.
  - Reducción de la frecuencia de relaciones sexuales.
  - Reducción del número de parejas sexuales/ incremento de la monogamia.
  - Incremento en el uso y/o consistencia en el uso de métodos anticonceptivos y/o condón.
  - Reducción de la incidencia de relaciones sexuales sin protección.

6. Efectividad demostrada en la reducción de las tasas de embarazo adolescente, ITS o VIH en relación a un grupo control.

En esta lista habría que incluir aspectos tales como autonomía y construcción de ciudadanía que resultan clave no sólo para el logro de salud sexual y reproductiva, sino también para el desarrollo de todo el potencial como persona.

El Grupo de Trabajo sobre Programas Efectivos e Investigación de los Estados Unidos, recomienda que para analizar la eficacia y calidad de las estrategias se debe poder asegurar que los resultados alcanzados se asocian con el programa en estudio. Este dato no siempre es posible de obtener, especialmente cuando se analizan estrategias integrales, contextuales, en donde se complica la posibilidad de controlar todas las variables y asociarlas a los cambios producidos.

## INDICADORES DE LOGROS

Diseñar indicadores que puedan dar cuenta de los cambios con la integralidad que tiene el concepto de la promoción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos es todavía un desafío, ya que es difícil conocer si el programa tiene por resultado un adulto sexualmente saludable.

Según Siecus (1997) las evaluaciones de programas de salud sexual y reproductiva que miden sus resultados por indicadores tales como la capacidad de los/as adolescentes de

posponer sus relaciones sexuales y/o de aumentar el uso de anticoncepción y condón, son limitados conceptualmente. Recomienda por lo tanto utilizar indicadores más amplios, vinculados a la promoción de la salud sexual y reproductiva incluyendo el análisis de la imagen corporal y el tipo de comunicación que los/as adolescentes tienen con sus pares y su pareja.

A su vez Siecus (1997) explica que son muy pocas las evaluaciones que consideren los cambios más allá de un año y medio y por consiguiente es difícil tener certeza si el impacto es sustentable, o de corto o medio efecto. A esta consideración habría que agregar otra referida al grupo de edad que compone la muestra a investigar, ya que el resultado de la postergación del inicio de la actividad sexual no resulta significativo en la adolescencia temprana y media en muchos países de América Latina y el Caribe.

Un estudio realizado por el Banco Mundial (1998), encontró la dificultad de aislar las variables en observación de aquellas otras contextuales que podrían coadyuvar al logro de resultados. Esta limitación puede resultar de la debilidad que tienen las evaluaciones cuantitativas en dar cuenta de la complejidad de intervenciones integrales, tanto en cuanto a actores, como contextos y procesos específicos. Los estudios cualitativos al modo de estudios de casos, parecen ser los que mejor pueden rescatar los procesos productores de mejores niveles de salud sexual y reproductiva, siempre que sea posible extraer conceptualizaciones a modo de “lecciones aprendidas” que logren ir más allá de la experiencia misma.

# Buenas Prácticas en Promoción de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes

Las lecciones aprendidas en el campo de la promoción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, hacen presente la necesidad de estudiar los procesos por los que las estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva en adolescentes operan en diversos contextos, definiendo específicamente en qué población blanco logran resultados. Como se trata de procesos con determinantes complejos, es necesario desconsiderar la ilusoria idea de que existen recetas mágicas para lograr efectividad y calidad en las estrategias de promoción de salud sexual y reproductiva.

Un estudio elaborado por Burt para Urban Institute (1998), presenta una crítica a los programas que se enfocan en un solo problema, por su limitado enfoque y escasa eficacia. Burt demuestra que las intervenciones más integrales son las que mejores resultados producen. Afirma que los programas más efectivos tratan a los/as adolescentes y sus familias de manera holística, se inician tempranamente, ofrecen actividades enriquecedoras de crecimiento y desarrollo y apoyan a los/as adolescente durante períodos prolongados (Dryfoos 1990 citado por Burt 1998). Los hallazgos de Burt pueden sintetizarse en lo siguiente:

- Iniciación temprana del programa en la pre-adolescencia.
- Intervenciones prolongadas, hasta la transición a edad adulta.
- Interacción personal intensa, centrada en la relación entre adolescentes y mentores.
- Vinculación intensa con la escuela.
- Metas amplias con oferta de opciones para futuro mejor.
- Servicios múltiples, para familias y jóvenes de manera integral.
- Generación de redes o lazos interinstitucionales.
- Integridad del programa sostenida en el tiempo.

Por su parte Kirby (2001 b) en el meta-análisis realizado sobre las estrategias implementadas en los Estados Unidos identifica cuatro tipos de programas de comprobada eficacia:

- a) Programas de educación de la sexualidad y prevención de VIH con determinadas características.
- b) Programas de servicios clínicos con determinados protocolos.
- c) Programas de servicios de apoyo con voluntariado y pequeños grupos de discusión.

- d) Programas de servicios múltiples recreativos y sociales en donde los/as adolescentes pueden entablar una relación estrecha con los proveedores.

La revisión de los programas de salud sexual y reproductiva de adolescentes realizada por Kirby (2001 a, 2001 b) revela que ciertas características son las más positivas para el logro de resultados:

- Marco conceptual basado en una teoría del aprendizaje comprehensiva.
- Mínimo de 2 años de acciones sostenidas.
- Servicios de salud vinculados con la escuela.
- Capacitación de docentes que asegure su preparación.
- Inclusión de padres y líderes comunitarios.
- Servicios comunitarios integrales que promuevan la autoestima e identidad.
- Curricula integral que combine aspectos de salud sexual y reproductiva con competencias de negociación, aspectos vocacionales, trabajo o arte y educación.
- Libertad para que el programa se adapte al sistema de valores y creencias de la comunidad.

Kirby (2001a) afirma que un programa con un solo componente no puede reducir todos los riesgos en salud sexual y reproductiva de adolescentes, dado que la evidencia demuestra la necesidad de utilizar una variedad de estrategias. Un programa tendrá mayores posibilidades de ser efectivo y de calidad en la medida en que incluye la mayor cantidad de los componentes. La integralidad brindará al programa mayores posibilidades para incidir en la transformación de los contextos de vida que determinan las decisiones sobre salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos de los/as adolescentes.

Considerando la heterogeneidad y desigualdades sociales que viven los/as adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, es necesario tener claridad sobre qué tipo de población se pretende alcanzar, priorizando la población más excluida de los derechos, a fin de seleccionar objetivos de aprendizaje, contenido, métodos de enseñanza, acordes al grupo meta, como ha sido recomendado por el Grupo de trabajo de Tallories de UNUSIDA (UNFPA 2004 a).

Se presentan a continuación algunos ejemplos de

programas de promoción de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Se trata de 32 programas de América Latina, África, Estados Unidos y países del Sudeste Asiático, de los cuales 15 son programas escolares, 14 programas comunitarios y 3 de ellos son programas que trabajan a través de medios de comunicación social.

Varios de estos programas definen resultados desde una perspectiva restringida respecto a los logros que la promoción de la salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos debiera alcanzar, por lo que debieran ser considerados bajo esa limitación.

Si bien se ha pretendido incluir experiencias desarrolladas en América Latina, varios ejemplos se refieren a programas implementados en los Estados Unidos, que si bien cuentan con evaluaciones realizadas con criterios estadísticos, no siempre resultan aplicables a los/as adolescentes latinoamericanos, que en gran proporción se encuentran excluidos del sistema escolar y presentan dificultades en el acceso a los servicios de salud.

## PROGRAMAS ESCOLARES

En los países con altas tasas de escolaridad, los programas de salud sexual y reproductiva implementados dentro del sistema escolar, resultan uno de los métodos más efectivos para alcanzar amplia cobertura a los/as adolescentes. Pero estos programas dejan sin acceso a adolescentes en mayores condiciones de vulnerabilidad, como los/as jóvenes de mayor edad, los/as migrantes o los/as que viven en condiciones sociales de vulnerabilidad. En América Latina y el Caribe donde la escolaridad promedio alcanza a 5 años de estudio, y la exclusión escolar es alrededor de la mitad de adolescentes, es necesario organizar estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva también en espacios vinculados con el empleo, las actividades recreativas y sociales, donde sea posible el acceso de adolescentes con mayores condiciones de vulnerabilidad y que están fuera del sistema escolar.

Las estrategias educativas centradas en escuelas requieren un mayor consenso sobre la oportunidad, esto es el grupo de edad en que es necesario brindar la información, el marco conceptual educativo apropiado, la definición sobre quién impartirá el curso y las metodologías (FHI, 2002). Constituyen obstáculos los enfoques políticos que no reconocen los derechos de los/as adolescentes a recibir información y educación de la sexualidad, la falta de financiamiento, la escasez de profesores capacitados, la poca capacidad de involucrar a padres y adolescentes simultáneamente. En varios países la educación en sexualidad es impartida tardíamente en los cursos finales de la escuela secundaria, después que los/as adolescentes han iniciado relaciones sexuales.

En la región de América Latina y el Caribe, las Oficinas de UNFPA han trabajado largamente la inserción de políticas de educación de la sexualidad dentro del sistema educativo formal, para el desarrollo de políticas educativas que incluyan y sostengan la incorporación de contenidos en

promoción de la salud sexual y reproductiva de una manera integral en la curricula (UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico 2003. FHI 2002).

Frente a las altas tasas de exclusión escolar, es necesario considerar también las estrategias que aumentan el acceso y retención al sistema escolar. Dado que el aprendizaje de competencias para tomar decisiones informadas en la prevención de VIH/SIDA aparecen asociadas con los niveles de educación y alfabetización de los/as adolescentes, la retención escolar es en sí misma una importante estrategia de promoción de salud sexual y reproductiva (Badcock-Walters, Nelly and Görgens 2004 citada por EFA Global Monitoring Report 2005). La educación formal fortalece los aprendizajes de competencias requeridas para comprender la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA y dar sentido a los mensajes de prevención. La escuela provee una estructura continuada en el tiempo, una población cautiva, un marco conceptual humanista de construcción de aprendizajes que son elementos clave para la promoción de la salud sexual y reproductiva en el contexto de la construcción de ciudadanía.

Existen algunas limitaciones a las estrategias basadas en el sistema educativo. Una de ellas se vincula con la dificultad de promover los procesos de construcción de autonomía y empoderamiento para la toma de decisiones, dentro de los modelos educativos tradicionales de tipo vertical. Otra debilidad que muestran los programas “educación para la vida familiar” se refieren a la dificultad de centrarse en las temáticas específicas de salud sexual y reproductiva, equidad de género y toma de decisiones, que suelen quedar diluidas. También se ha mencionado la dificultad de disponer de material de apoyo educativo coherente con objetivos amplios de la educación de la sexualidad humanista e integral (UNFPA Population Council 2002).

Un ejemplo positivo puede encontrarse en el programa escolar “Adolescencia: El momento para Decidir”, que se llevó a cabo en Santiago de Chile, que cuenta con una evaluación basada en criterios estadísticos. El programa se orientó a adolescentes y padres como audiencias específicas, con una duración de aproximadamente dos años, incluyendo talleres basados en el desarrollo integral para los adolescentes, e información sobre comunicación y educación para los padres. En tanto los adolescentes fueron el centro de atención con 18 sesiones, a los padres se les dedicaron cinco. El impacto del programa se midió con indicadores conductuales como el uso de anticonceptivos, postergación del inicio de relaciones sexuales e indicadores de impacto como el número de embarazos. La evaluación mostró resultados positivos en mejorar el conocimiento de la sexualidad, anticoncepción e ITS, siendo la tasa de postergación del inicio de actividad sexual más significativa en las adolescentes mujeres. Tanto a corto como a mediano plazo, las adolescentes mujeres fueron menos activas sexualmente que los adolescentes varones del grupo control; sin embargo, a los 33 meses en este mismo grupo no existían diferencias de género en cuanto a la actividad sexual. De acuerdo a su evaluación, el programa

aumentó las conductas de prevención de embarazos y disminuyó las tasas de embarazo en el grupo de intervención.

La publicación “Evaluación de una intervención escolar para prevención de ITS/SIDA en Perú”, estudia un programa escolar originado en la teoría de aprendizaje social, orientado a la reducción de la desigualdad de género. El machismo presente en la cultura peruana, resulta un obstáculo para las opciones saludables en salud sexual y reproductiva. En la estrategia sólo participaron profesores con experiencia como consejeros, a los que se capacitó a fin de mejorar sus competencias como facilitadores. Contó con una unidad dirigida a temas sociales y culturales, a roles de género, contenidos para la toma de decisiones y habilidades de comunicación. El programa se orientó a fomentar la comunicación entre los adolescentes y sus amigos, familia e instituciones locales de salud, mediante la implementación de tareas interactivas. A pesar de que el tiempo de implementación fue limitado (menos de 5 meses en total), la evaluación realizada mediante cuestionarios diferenciados para adolescentes varones y mujeres, mostró efectividad en la disminución de conceptos de inequidad de género entre adolescentes varones y en el aumento de conocimiento sobre SIDA y autoestima en adolescentes mujeres. Se evidenciaron mejoras en cuanto a conductas de prevención y uso de anticoncepción, así como disminución en la discriminación contra personas viviendo con VIH. El programa se orientó a una temática específica de Perú, como es el machismo y la discriminación, contando con contenidos amplios y facilitadores bien capacitados. El tiempo corto de implementación pone límites a la permanencia de sus logros, los que sólo fueron evaluados por pruebas realizadas al inicio y al finalizar la actividad, sin comparaciones con algún grupo control.

El programa de Desarrollo Social de Seattle está basado en un modelo de desarrollo social (comportamiento humano integrado), que brinda seguimiento a adolescentes desde la escuela primaria hasta los 21 años. Con base en Seattle, Washington, parte la premisa que una base sólida en los logros académicos a una edad temprana genera lazos con la escuela, que ayudan a prevenir conductas de riesgo en la juventud. Se capacitó a educadores y se ofrecieron clases voluntarias a los padres. Los adolescentes fueron evaluados a través de auto-informes de comportamiento, notas de análisis de logros y registros disciplinarios. El programa demostró efectos a corto plazo en la reducción del número de parejas sexuales y al aumento del uso de condones. A largo plazo se evidenció una reducción en el número de embarazos y de nacimientos de padres/madres adolescentes. Este programa estuvo dirigido a adolescentes en condiciones de pobreza, y se desconoce si el programa hubiera alcanzado el mismo impacto con adolescentes de niveles socioeconómicos más altos.

Otro programa de California, llamado “Reduciendo el Riesgo”, tiene firmes bases en un marco conceptual de aprendizaje. Este programa combina aspectos de teoría de aprendizaje social, teoría de influencia social y teoría de

comportamiento cognitivo. Al término de los 16 períodos de clase del curso, el programa busca promover cambios de conducta para evitar las relaciones sexuales sin protección, incluyendo opciones anticonceptivas entre las que se encuentra la abstinencia. El programa no sólo aumentó la comunicación entre padres e hijos, sino que también incrementó el porcentaje de adolescentes que siempre usaron condón, redujo la incidencia de relaciones sexuales sin protección, aumentó el conocimiento de anticoncepción, mejoró la percepción social acerca de la sexualidad y postergó el inicio de las relaciones sexuales entre adolescentes. A pesar de sus éxitos puede cuestionarse que el enfoque de riesgo centrado en situaciones individuales, no permite la transformación de contextos de vulnerabilidad en los que los/as adolescentes toman decisiones en salud sexual y reproductiva.

El programa “Servicio para Alcanzar la Salud de la Comunidad Joven”, con base en Nueva York, NY, vincula la escuela y la comunidad en un programa de largo plazo basado en la teoría de aprendizaje social y en el modelo de confianza en salud. Se distingue de otros programas en que se fundamenta en una filosofía de promoción del compromiso de servicio a la comunidad, a lo que se asocian aprendizajes en salud sexual y reproductiva. Ofrece 40 sesiones por año, durante dos años, lo que lo hace significativamente más largo que la mayor parte de los programas de este tipo. Cada adolescente es asignado en un espacio de responsabilidad en el que debe completar tres horas semanales de servicio a la comunidad. Esta estrategia de la promoción de la salud sexual y reproductiva obtuvo cambios significativos en postergar el inicio de relaciones sexuales, reducir la frecuencia de relaciones sexuales e incrementar el uso de anticonceptivos. La segunda evaluación realizada a los 24 meses de finalizado el programa, mostró que la reducción de tasas de iniciación sexual se sostenía en el grupo intervención. El componente de servicio a la comunidad es una temática que debe ser analizada como importante aporte al trabajo con adolescentes. Si bien la solidaridad desarrolla autoestima y da sentido a la vida de los/as adolescentes, el hecho de no ser una opción voluntaria podría ser cuestionada a partir del derecho a la participación. Una explicación se encuentra en que el sentimiento de autoestima que se construye a través del servicio a la comunidad, se traduce en conductas de autocuidado en los/as adolescentes. Este componente asociado a una educación en sexualidad ha demostrado notables resultados a corto, mediano y largo plazo.

El “Programa Dinamarca”, de Carolina del Sur, es un programa escuela/comunidad que utiliza la teoría de aprendizaje social y de difusión para integrar la escuela con los servicios de salud mediante propuestas integrales. En este programa, la educación sexual fue integrada a una currícula educativa preexistente, tales como cursos de biología, ciencia y estudios sociales entre otros. Adicionalmente se desarrollaron dentro del programa clínicas escolares y referencias a servicios de salud sexual y reproductiva,

proporcionando acceso regular a los recursos de ser estos requeridos por los/as adolescentes. Esta estrategia se orientó a salvar las barreras que un adolescente puede enfrentar para obtener los servicios de salud. Junto con aprendizajes sobre los riesgos de la iniciación sexual temprana y sin protección, los/as adolescentes acceden a los servicios de salud. Otras actividades del programa son los cursos para maestros sobre educación de la sexualidad, a nivel graduado, y talleres ofrecidos a padres/madres y líderes de la comunidad. El programa también trabaja mensajes educativos en los medios de comunicación. La efectividad del programa Dinamarca se basa en su amplio paquete de intervenciones, así como en involucrar a todo el entorno de personas que influyen en las vidas de los adolescentes. Si bien tiene una duración de dos años, el programa ofrece también otros dos años de servicios de seguimiento. Tanto a corto como a largo plazo, el programa ha logrado reducir significativamente la tasa de embarazos no planeados.

## PROGRAMAS COMUNITARIOS

Los programas comunitarios no sólo pueden llegar a adolescentes que se encuentran fuera del sistema escolar, sino que con mayor facilidad pueden promover cambios en los entornos de vida de los/as adolescentes con estrategias contextuales que se orientan a resolver las vulnerabilidades en la vida de los/as adolescentes. Los centros juveniles son buenos ejemplos en este sentido, ya que ofrecen una gama de opciones que promueven el empoderamiento, la construcción de identidad y el reconocimiento social, a través de actividades recreativas, artísticas y sociales, junto con oportunidades de aprendizaje en salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Un excelente ejemplo lo constituyen las Casas Municipales de la Adolescencia que ha desarrollado Nicaragua (UNFPA Nicaragua, Amunic, 2004). En las CMAs, gran parte de la efectividad del proyecto se encuentra sustentada en el auténtico protagonismo de las/los adolescentes, en la posibilidad que tienen de sentirse arraigadas/os a una institución que los/as contiene y en el sistema democrático de autogestión que caracteriza su dinámica. Esto promueve que, a partir de sus propias propuestas, se generen emprendimientos para la autosostenibilidad del proyecto y para su desarrollo personal – con apoyo de docentes, madres/padres, equipos de salud y diferentes organizaciones sociales, además del mismo municipio- que valorizan y potencian sus habilidades tanto en lo personal como en sus posibilidades para encarar acciones de advocacy y en su inserción y reconocimiento comunitario.

Los modelos de centros juveniles, casas de la juventud estudiados por Kirby (2002 b) demostraron reducir las tasas de embarazos no planeados y/o VIH/ITS, y/o modificar al menos dos indicadores conductuales en relación a la salud sexual y reproductiva. No sólo reducen el estigma que podría tener en una pequeña comunidad el acceso a un servicio de salud sexual y reproductiva, sino que se transforman en

modelos para el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes (UNFPA, Population Council 2002). Las debilidades de esta estrategia que han sido mencionadas, se basan en la edad promedio del grupo participante que con frecuencia excede la de los/as adolescentes, tratándose de jóvenes o adultos jóvenes y sus familias. Se hace referencia también al costo de sustentar intervenciones amplias en las que las más utilizadas son las opciones recreativas (YouthNet 2002). Estas críticas desconocen que las estrategias sociales y recreativas, asociadas incluso a la capacitación para el empleo, son por sí mismas opciones de promoción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Los programas de desarrollo de adolescentes se orientan al logro de competencias y/o habilidades para la vida, aspiraciones educacionales, oportunidades vocacionales y necesidades de desarrollo psicosocial. Sin embargo, en la propuesta de desarrollo de condiciones de vida saludable, los programas resultan importantes apoyos al empoderamiento y la construcción de ciudadanía.

Estos programas utilizan la estrategia de educación entre pares, promoviendo aprendizajes en salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos a través de relaciones horizontales. Los programas de educación entre pares, seleccionan y capacitan a adolescentes para que lleguen a ser consejeros de sus compañeros acorde a sus particulares condiciones de vida. Los programas de educadores-pares operan con la premisa de que los/as adolescentes se identifican más con su grupo de edad similar y otorgan mayor credibilidad a la información de compañeros sobre salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Los educadores-pares a su vez, funcionan a modo de mentores, involucrados afectivamente con los participantes en la promoción de sus derechos en forma integral. Requiere para ello la capacitación de los educadores-pares en el servicio a sus compañeros. El contenido de estos programas tiende a centrarse en el empoderamiento para la transformación de los contextos socioculturales de los/as adolescentes, promoviendo el desarrollo de valores sociales. Mientras es claro que los programas de educación entre pares alcanzan resultados positivos, no todos los programas de pares han mostrado resultados sostenibles. Los factores obstaculizadores se centran en el rol de liderazgo que asumen los adolescentes-educadores y que no siempre responden a las características de las relaciones horizontales que pretenden promover. Por otra parte, se ha discutido que el impacto de los programas de educación entre pares tiene más logros en condiciones de empoderamiento de los propios educadores-pares que en otros participantes del programa (YouthNet 2002). Asimismo, para asegurar la sostenibilidad, estos adolescentes que aún están en la construcción de su autonomía, necesitan contar con referentes adultos que cumplan la función de consultores y tener facilitada la articulación con los sectores de salud, educación y trabajo para orientar a sus pares en la efectivización de derechos.

Las estrategias comunitarias también involucran acciones de movilización social que pueden variar desde una

propuesta a pequeña escala para crear conciencia, hasta la movilización de toda la comunidad, utilizando también medios de comunicación. A través de la participación activa de adolescentes, padres/madres y líderes de la comunidad, los programas comunitarios promueven movilización y toma de posición de la comunidad sobre los derechos de los/as adolescentes, brindando opciones integrales que permiten enfocar diferentes aspectos del desarrollo integral en forma simultánea.

Un programa comunitario “Educación sexual en adolescentes y jóvenes varones y mujeres del área rural” realizado en Paraguay con organizaciones rurales, contribuyó al mejoramiento de las condiciones de vida de los y las adolescentes y jóvenes del sector rural, a través de un programa que incidió en su formación integral y en su preparación para futuras responsabilidades familiares y comunitarias. La orientación sociocultural de este proyecto con adecuación al idioma y a la sensibilidad local, fue una de sus fortalezas como asimismo el reforzamiento de sus derechos contribuyó al desarrollo de aspectos solidarios hacia otros jóvenes. A pesar de que este programa impactó positivamente en las escuelas y familias de la comunidad que demandaron acciones similares, encontró limitaciones en la articulación con efectores de salud que no estaban en condiciones de dar respuesta a las demandas surgidas del mismo.

Una estrategia comunitaria que ha demostrado gran aceptación y efectividad en su capacidad de advocacy, son las “Jornadas Comunitarias de Conversación en Afectividad y Sexualidad” (JOCCAS). La estrategia consigue movilizar a amplios sectores de una comunidad en aspectos de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, a través de modelos horizontales de comunicación, favoreciendo competencias para el diálogo y negociación sobre temáticas de salud sexual y reproductiva. La estrategia ha sido aplicada por varios países en ACCIONES promovidas por UNFPA en América Latina y el Caribe con gran éxito, ya que promueve la autogestión de la comunidad y el protagonismo de adolescentes y jóvenes, junto a padres/madres y líderes comunitarios. Integra también una propuesta autogestionada en el campo de la comunicación social y advocacy que facilita el reconocimiento comunitario de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos como clave para el desarrollo. Por crear una estructura ad-hoc entre las instituciones de la comunidad, su debilidad se encuentra en la sostenibilidad de la propuesta, en la medida en que el vínculo que dio origen a la estructura de soporte desaparece. Otras debilidades se visualizan en la capacitación de facilitadores para evitar la transmisión de información errónea o con mitos respecto de la sexualidad. La estrategia consigue empoderar a los/as jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva consiguiendo instalar en la comunidad el reconocimiento del derecho de los/as adolescentes al cuidado de su salud sexual y reproductiva con autonomía.

El programa “Entre Nous Jeunes Paires Educateurs” es una estrategia basada en la comunidad, implementado en

Cameroon, África. Se trata de un programa de 18 meses que utiliza educadores-pares seleccionados de las escuelas y asociaciones de jóvenes en función de los resultados de sus calificaciones en pruebas escritas y orales. El programa comienza con la capacitación de una semana sobre salud sexual y reproductiva, anticoncepción y habilidades de negociación. La estrategia seleccionada de educadores-pares, facilita las discusiones en pequeños grupos y/o reuniones más amplias. Las sesiones se realizaron en las asociaciones comunitarias de salud y deportes. Adicionalmente, se entregó material para su identificación en forma de calendarios, tiras cómicas, posters, camisetas y gorras de béisbol. Los educadores-pares pudieron ampliar el conocimiento de los adolescentes. Los/as adolescentes vinculados a los educadores-pares fueron mayormente usuarios de condón que los que no lo tuvieron. Adicionalmente, aquellos adolescentes que trabajaron con educadores-pares estuvieron más inclinados al uso de anticonceptivos modernos. Los jóvenes seleccionados para este programa como educadores-pares fueron ligeramente mayores que muchos de otros programas, de 18 a 25 años. Ciertamente, esto pudo haber influenciado los resultados de esta evaluación. Adicionalmente, la ubicación de la ciudad pudo haber aumentado el contacto con los mensajes de salud reproductiva a través de otros medios aparte del programa. Estos son factores a considerar cuando se repita el programa.

El programa “Carrera”, en las afueras de Nueva York, se centra en el desarrollo juvenil a través de actividades vocacionales. Es un programa integral que ofrece a los/as adolescentes opciones vocacionales, artísticas, recreativas y de apoyo escolar, mediante actividades extra-escolares y programas de verano con énfasis en el desarrollo de competencias personales. Las actividades extra-escolares ocupan de 3 a 5 horas diarias y consisten en servicios vocacionales o de empleo, tutoría y asistencia académica, clases de arte, actividades deportivas y promoción de salud sexual y reproductiva integral sobre anticoncepción. El programa de verano ofrece actividades de enriquecimiento, tales como capacitación para el empleo y tutoría para el desarrollo de logros académicos. Adicionalmente los/as adolescentes pueden acceder a servicios de salud, incluyendo salud mental, dental y reproductiva. Las familias son invitadas a participar de las actividades propuestas. El programa también proporciona a los participantes acceso a los servicios sociales que requieran. A largo plazo, se evidenciaron resultados en la disminución de las tasas de embarazo no planeado. En las adolescentes mujeres hubo un retraso en el inicio de las relaciones sexuales así como resistencia a la presión de los compañeros. Los adolescentes varones que ya habían iniciado relaciones sexuales aumentaron sus conductas de protección en salud sexual y reproductiva. Es uno de los más amplios programas comunitarios con demostrada efectividad de sus intervenciones.

La estrategia de construcción de redes juveniles aplicada por la ONG Canto Jovem (Natal, Brasil), que contó con el

apoyo del UNFPA (2003), estimula en las/los adolescentes un estilo de protagonismo y participación que trasciende los límites del lugar de residencia de dicha población, favoreciendo compromisos más abarcativos que sostienen y motorizan, muy especialmente, las actividades de advocacy, tanto a nivel local, como nacional e internacional. Esta estrategia genera conciencia acerca de las realidades vividas por sus pares y de su trascendencia política, facilita el empoderamiento individual y grupal y crea consistentes lazos de solidaridad. A su vez, a nivel local, Canto Jovem desarrolla redes basadas en la creatividad artística en las que se incluyen las temáticas de SSRA. Tiene una sólida inserción en el ámbito educativo ya que implementa cursos de SSRA reconocidos oficialmente, siendo el área de los servicios de salud el que tiene dificultades para abordar estas temáticas.

## PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

El rol de los medios de comunicación resulta esencial no sólo como instrumento de información, sino en la significación que concede a los hechos de la vida, siendo un marco de referencia por el cual los/as adolescentes, sus padres/madres y docentes interpretan su realidad. Los medios configuran el horizonte valorativo, cognitivo, construyen la agenda política, los límites de lo político y la forma de entender la cotidianidad. Los medios pueden ser una herramienta eficaz de advocacy para la comunidad, generando conciencia sobre la normalidad de la sexualidad en la vida de las/los adolescentes, las temáticas de salud sexual y reproductiva y las inequidades de acceso a los derechos humanos en este campo.

Si bien los medios de comunicación tienen el potencial de alcanzar audiencias de muy diversas condiciones socioeconómicas y pueden llegar a tener influencia en el conocimiento y actitudes de los/as adolescentes y la comunidad, es discutible si logran producir cambios de comportamiento. Es por ello que sería importante que los programas comunicacionales articulen claramente sus propuestas con los servicios de orientación/consejería y/o líneas telefónicas gratuitas, para que la población adolescente que recibe información por este medio disponga de oportunidades para resolver los interrogantes que de ella les surjan.

Por otra parte, existe una fuerte necesidad de evaluaciones claras en esta área, dado que son pocos programas orientados a los medios de comunicación, que cuentan con evaluaciones rigurosas.

Los resultados a largo plazo no demuestran ser claros si la estrategia de comunicación se utiliza en forma independiente; sin embargo, puede ser sumamente efectiva cuando se combina con un programa escolar o de comunidad con las características mencionadas. Uno de los beneficios de la educación a través de los medios es que puede ser la vía más efectiva para llevar mensajes, especialmente cuando éstos son transmitidos a través de caracteres con los que los/as adolescentes se identifican.

En ese sentido “Vida na Rua en Belo Horizonte”, tiene un interesante enfoque en promoción de salud sexual y reproductiva y advocacy sobre derechos reproductivos, especialmente orientado a “chicos/as de la calle” como blanco de sus intervenciones. Este programa intenta sensibilizar a la audiencia blanco para que tome posición respecto de estos temas, reconociéndose y valorándose a través de la exposición de sus propias imágenes. El enfoque principal de este programa es sensibilizar a los directores institucionales, educadores, padres y líderes de la comunidad, sobre los riesgos de la infección de VIH, buscando obtener su apoyo. Otra audiencia a sensibilizar fueron los asesores de medios y comerciales para obtener su apoyo a esta iniciativa. A través de los medios se puso énfasis en mejorar el conocimiento y disminuir la desinformación acerca de la infección por VIH/SIDA. Se capacitó también a líderes de bandas y a otros/as adolescentes a fin de que condujeran debates sobre la información que se transmitía por los medios de comunicación. El programa resultó una estrategia para alcanzar a una audiencia dispersa y de difícil acceso, ya que la información a través de los medios no requiere atención de gran duración y resulta atrayente especialmente para los/as adolescentes en especiales condiciones de vida, como son “los/as chicos de la calle”. En segundo lugar, los mensajes comunicacionales y las entrevistas a través de los medios son productores de impacto, en la medida en que contribuyen al reconocimiento social a través de la identificación de las temáticas comunes desde una lectura social del problema. Los límites se encuentran en la permanencia de los cambios que el programa produjo.



# Reflexiones Finales

---

Existe consenso internacional sobre el derecho de los/as adolescentes a participar de experiencias de promoción de salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos, aún cuando no haya evidencia demasiado firme sobre la efectividad de cada intervención, tal como ha sido planteado en la reunión de Tallories con el grupo interagencial de prevención de SIDA (UNFPA 2004 a).

Para asegurar el acceso de los/as adolescentes a sus derechos reproductivos es necesario encarar algunos desafíos. En primer lugar se requiere debatir y reflexionar qué tipo de ciudadano se está construyendo con las estrategias propuestas y revisar si las mismas están ampliando o restringiendo el marco de referencia de los/as adolescentes para tomar decisiones en materia de salud sexual y reproductiva, basada en derechos humanos.

Algunas estrategias utilizadas con adolescentes que responden a marcos lógicos “paternalistas” o “adultocéntricos” desconocen el derecho de los/as adolescentes a disponer de autonomía, capacidad crítica, poder e información veraz y oportuna para la toma de decisiones sobre algo tan personal como es su sexualidad. Algunos modelos educativos verticales basados en el moldeado de conductas, con predefinición de las respuestas correctas para todos/as los/as adolescentes, independientemente de su cultura, su edad o sus condiciones de vida, terminan cercenando las posibilidades de reflexión y elección de los/as adolescentes y reforzando los modelos de falta de autonomía con consecuencias negativas para sus posibilidades de construcción de proyectos de vida.

Como estas estrategias se han legitimado con evaluaciones que utilizan indicadores limitados a objetivos conductuales, se requiere por lo tanto consensuar nuevos indicadores que respondan al marco de derechos humanos y especialmente los derechos reproductivos acordados en la CIPD de El Cairo.

Frente a la reaparición en la región de discursos fundamentalistas religiosos que pretenden instalar la falsa dicotomía de los derechos de los/as adolescentes opuestos a los derechos de sus padres, justificados en un afán de rescatar la “familia natural”, es necesaria una fuerte acción política que tenga a los/as adolescentes y a sus padres/madres como protagonistas. El debate político está centrado en torno a la opción entre un modelo democrático de interacción que respete los derechos humanos y apoye el desarrollo de individuos capaces de integrarse a una

democracia participativa o, en su defecto, la defensa de un modelo de familia patriarcal, modelo en el cual las decisiones y proyectos son impuestos por quienes ejercen más poder. La participación y compromiso de padres/madres resulta central, pero basada en su obligación de asegurar los derechos de sus hijos/as y su desarrollo en autonomía.

Resulta claro que las intervenciones para ser eficaces deben ser integrales, comenzar tempranamente, sostenerse durante por lo menos dos años e integrar a la familia y facilitar los vínculos entre escuela y servicios de salud.

A nivel escolar, la necesidad de sustentar las acciones en políticas públicas que tengan coherencia con los marcos teóricos educativos adoptados por los procesos de reforma de los sistemas educativos de América Latina y el Caribe, lleva a considerar la implementación de estrategias basadas en teorías de la construcción de aprendizajes, fundamentadas en las reales necesidades de aprendizaje de la población adolescente.

Otro aspecto a ser considerado se basa en la comprobación que los/as adolescentes son sujetos en desarrollo y, por lo tanto, las estrategias que aseguran sus oportunidades de desarrollo integral, resultan más efectivas para el logro de los derechos y la salud sexual y reproductiva, para el ejercicio de una ciudadanía plena.

Si se supone que un/a ciudadano/a con derechos es aquel que tiene suficiente poder para ejercer (su ciudadanía en condiciones de igualdad) su condición de tal en un medio sociocultural que respete y promueva la igualdad de oportunidades y de trato, es necesario considerar a su vez hacer frente a la desigualdad de poder, y nos referimos no sólo a las jerarquías de género, condición socio-económica, raza/etnia, sino también a la desigualdad de poder de los/as adolescentes frente al mundo adulto.

El mejoramiento de la calidad de vida y del ejercicio de ciudadanía requiere voluntad política, acciones conjuntas y recursos suficientes, pero es muy frecuente encontrar que los discursos sobre la construcción de políticas públicas en salud sexual y reproductiva resultan un hecho controversial, muchas veces declamado y pocas veces ejercido, especialmente a nivel local. Por lo tanto, se torna fundamental en este campo acompañar una propuesta de promoción en salud sexual y reproductiva con una acción política sustentada en los derechos humanos de los/as adolescentes por el desarrollo en equidad.

# Referencias Bibliográficas

- Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR et al (2000) : Postponing sexual intercourse among urban junior high students- a randomized controlled evaluation. *Journal of School Health* 2000; 27:236-247.
- Advocates for Youth (2003): Wagoner J, President Science and Success: Sex education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections. 1025 Vermont Avenue, N.W., Suite 200. Washington DC.
- Aplasca MR, Siegel D, Mandel JS, Santana-Arciaga RT, Paul J, Hudes ES, Monzon OT, Hearst N (1995): Results of a model AIDS prevention program in the Philippines. *AIDS Suppl 1* S7-13. Ref ID: 4093.
- Asociación Mundial de Sexología. OPS/OMS (2000): Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Antigua, Guatemala 2000.
- Awasthi S, Nichter M, Pende VK (2000): Developing an interactive STD-prevention programme for youth; lessons from a North Indian slum. *Studies in Family Planning* 31, 138-150. Ref ID 8753.
- Brieger WR, Delano GE, Lane CG, Oladepo O, Oyediran KA (2001): West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program. *Journal of Adolescent Health* 29, 436-446.
- Burt M (1998): Por qué debemos invertir en el adolescente?. OPS/OMS. Washington DC.
- Cáceres CF, Rosasco AM, Mandel JS, Hearst N. (1994): Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru. *Journal of Adolescent Health* 15, 582-591.
- Campbell FA, Ramey CT, Pungello E et al (2002): Early childhood education: young adult outcomes from the Abecedarian Project. *School of Public Health Applied Developmental Science* 2002; 6(1):42-57.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986): En Organización Panamericana de la Salud *Promoción de la salud: una antología*, Washington DC, OPS, 1996. Publicación Científica N° 557.
- Collins J, Robin L, Wooley S et al (2002): Programs-that-work: CDC's guide to effective programs that reduce health-risk behavior of youth. *Journal of School Health* 2002; 72:93-99.
- Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D et al (1999): Short term Impact of Safer Choices: a multicomponent, school-based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *Journal of School Health* 1999; 69:181-188.
- Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D et al (2001): Safer Choices: reducing teen pregnancy. HIV and STDs. *Public Health Reports* 2001; 116 (Supplement 1): 82-93.
- Darroch J, Frost J, Singh S et al (2001): Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Can more progress be made?. The Allan Guttmacher Institute. Occasional Report N° 3. New York & Washington.
- East P, Kiernan E, Chavez G (2003): An evaluation of California's adolescent sibling pregnancy prevention program. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 2003; 35:62-70.
- ETR Associates. Be Proud! Be Responsible! Programs that Work. <http://www.etr.org/recapp/programs/proud.htm>.
- Family Health International, Youth Net Program (2002): Intervention strategies that work for youth: Summary of the FOCUS on young adults end of program report. <[www.fhi.org/yoouthnet](http://www.fhi.org/yoouthnet)> <pathfind.org/focus/htm>
- Faur, E (2003): ¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia. En *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Checa, S (comp.). Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Fitzgerald AM, Stanton BF, Terreri N, ShipenaH. Li X, Kahihuata J, Ricardo IB, Glibraith JS, DE Jaeger AM (1999): Use of Western based HIV risk reduction interventions targeting adolescents in an African setting *Journal of Adolescent Health* 25 52-61.
- Frost JJ, Forrest JD (1995): Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Family Planning Perspectives* 1995; 27:188-195.
- Gonzalez E, Caba F; Molina T, Sandoval J, Meneses R: 1990-2001. Harvey South Africa. 2000.
- Howard M, McCabe JB (1990): Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives* 1990; 22:21-26.
- Hubbard BM, Giese ML, Rainey J (1998): A replication study of reducing the risk, a theory-based sexuality curricula for adolescents. *Journal of School Health* 1998; 68:243-247.
- Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT (1992): Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention 1992: *American Journal of Public Health* 1992; 82:372-377.
- Johns Hopkins Bloomberg: Andrea: Time for love. Sexual responsibility on prime-time television. School of Public Health.
- Johns Hopkins Bloomberg: Isabel: Your Electronic Counselor. Makes sex education accessible to young people in Peru. School of Public Health.
- Johns Hopkins Bloomberg: Vida na rua en Belo Horizonte: Educating street youth through entertainment.
- Kirby D (2001 a): Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby D (2001 b): Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk taking. *Family Planning Perspectives*, 2001, 33 (6).
- Kirby D (2002): Do the abstinence-only program delay the initiation of sex among young people and reduce teen pregnancy? The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby D, Barth RP, Leland et al (1998): Reducing the risk, a theory based sexuality curricula for adolescent. *Journal of School Health*, 1998; 68:243-247.
- Kirby D, Brown N (1996): Condom Availability Programs in US Schools. *Family Planning Perspectives*, Volume 28, Number 5, September/October 1996.
- Kirby D, Korpi M, Barth RP et al (1997): The Impact of the postponing sexual involvement curricula among youths in California. *Family Planning Perspectives* 1997; 29:109-114
- Koo HP, Dunteman GH, George C et al (1994): Reducing adolescent pregnancy through a school- and community-based intervention: Denmark, South Carolina, revisited. *Family Planning Perspectives* 1994; 26:206-211+.
- Leeds health education database (2003): Interventions to control AIDS and sexually transmitted diseases.
- Lonczak HS, Abbott RD, Hawkins JD et al (2002): Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2002; 156:438-447.
- Main DS, Iverson DC, McGloin J et al: Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education program. *Preventive Medicine* 1994; 23:409-417.
- Meekers, D., Stallworth, G. and Harris, J. (1977): Changing adolescent's beliefs about protective sexual behavior: the Botswana Tsa Banana Program. PSI Research Division Working Paper No.3, Washington: Population Services International.
- México. Secretaría de Salud (2000): Evaluación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes.
- Munshi S (2004): Documentando mejores prácticas en programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Repaso bibliográfico. Federación Internacional de Planificación de la Familia. Región del Hemisferio Occidental. Junio 2004 (draft).
- O'Donnell L, Steve A, O'Donnell C et al (2002): Long-term reductions in

- sexual initiation and sexual activity among urban middle schoolers in the Reach for Health service learning program. *Journal of Adolescent Health* 2002; 31:93-100.
- O'Donnell L, Steve A, San Doval A et al (1999): The effectiveness of the reach for health community youth service learning program in reducing early and unprotected sex among urban middle school students. *American Journal of Public Health* 1999; 89:176-181.
- ONUSIDA (2004): Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2004. Cuarto Informe Mundial. Ginebra. Junio 2004.
- Paine-Andrews A, Harris KJ, Fisher JL et al: Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities. *Family Planning Perspectives* 1999; 31:182-189.
- Philliber S, Williams Kaye J, Herrling S et al: Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 2002; 34:244-251.
- Rector R (2002): The Effectiveness of abstinence education programs in reducing sexual activity among youth". Heritage Foundation. Cited by Kirby (2002): Do abstinence-only program delay the initiation of sex among young people and reduce teen pregnancy? The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Rotheram-Borus MJ, Koopman C, Haignere C et al: Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. *JAMA* 1991; 266:1237-1241.
- Schutt-Aine J, Maddaleno M (2003): Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. OPS/OMS. Washington DC.
- Sellers DE, McGraw SA, McKinlay JB : Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for Latino youth. *American Journal of Public Health* 1994; 84:1952-1959.
- Siecus Publications: But Does It Work? Improving Evaluations of Sexuality Education. (1997) 25 (6) <<http://www.siecus.org/pubs/evals0000.html>>
- Smith KW, McGraw SA, Crawford SL et al: HIV risk among Latino adolescents in two New England cities. *American Journal of Public Health* 1993; 83:1395-1399.
- Speizer I.S, Tamashe, B.O. and Tegang, S.P (2001): An evaluation of the Entre Nous Jeunes peer educator program for adolescents in Cameroon. *Studies in Family Planning* 32, 339-351.
- St. Lawrence JS, Brasfield TL, Jefferson KW et al: Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63:221-237.
- The Alan Guttmacher Institute (2002): Facts in brief, sexuality education. 120 Wall Street New York, NY 10005 <[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)>
- The Henry Kaiser Family Foundation (2003): National survey of adolescents and young adults: Sexual health knowledge, attitudes and experiences. <<http://www.kff.org/youthhivstds/3218-index.cfm>>
- The Heritage Foundation. Rector R (2002): The effectiveness of abstinence education programs in reducing sexual activity among youth.
- Toledo V, Luengo X, Molina R, Murray N, Molina T, Villegas R: Adolescence: a time for decision.
- UNESCO (2004): Education For All. Global Monitoring Report 2005.
- UNESCO Bangkok – UNFPA (2003): Peer approach in adolescent reproductive health education. Some lesson learned. UNESCO Asia and Pacific Regional Bureau for Education. Bangkok, Thailand.
- UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe (2003). Falconier de Moyano, M. *Sistematización de experiencias en Educación de la Sexualidad/ Educación en Población*. UNFPA Equipo de Apoyo Técnico. México.
- UNFPA (2003a): Estado de la población mundial 2003. Valorizar 1000 millones de adolescentes. Inversiones en su salud y sus derechos. New York.
- UNFPA (2004 a): Not ready... steady... GO! Draft information brief on the Tallories consultation to review the evidence base to inform policies and programmes for achieving the global goals on young people and HIV/AIDS.
- UNFPA (2004 b): Conjunto de herramientas de planificación, seguimiento y evaluación. Mayo.
- UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe (2004). *Sistematización de proyectos UNFPA en promoción de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes*. Laski M, Necci S, Franco S. México.
- UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe (2004). *Cuatro casos de promoción de salud sexual y reproductiva en el contexto de la reducción de la pobreza*. Laski M, Necci S, Franco S. Mexico.
- UNFPA Costa Rica (2002): Informe estado de la población mundial. Población, pobreza y oportunidades. Foro juventud, pobreza y equidad. Un insumo para la formulación de la política de la persona joven, en ocasión del Estado de población mundial 2002. San José Costa Rica 2002.
- UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. 2005. Arilha M, Franco S, Andino N, y otros. *Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos*. México DF.
- UNFPA Nicaragua, Amunic (2004): Casas municipales de adolescentes. Sistematización. Managua, Nicaragua.
- UNFPA, Population Council (2002): Adolescent and youth sexual and reproductive health. Charting direction for a second generation of programming. New York.
- Vélez Granada JF(2002): Lo simple y lo complejo. Nuevos aprendizajes en procesos de formación de jóvenes. *Revista Nueva Época*; 6; (6): 118-127. México DF. Ene-Jun 2002.
- Zabin LS, Hirsch MB, Smith EA et al: Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers. *Family Planning Perspectives* 1986; 18:119-126.

# Anexo I: Ejemplos de Programas de Buenas Prácticas por la Literatura Científica

## PROGRAMAS ESCOLARES

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Adolescence: A Time for Decision</b>  <i>High School, Santiago Chile.</i>                      Toledo V, Luengo X, Molina R, Murray N, Molina T, Villegas R.</p>	<p>Programa escolar                      Talleres para adolescentes y padres/madres.                      La duración del programa fue de aproximadamente 2 años, en cursos de 4 niveles diferentes                      Se utilizaron 3 indicadores de resultados: a) uso de anticoncepción, b) inicio de actividad sexual y c) número de embarazos                      Los/as adolescentes experimentaron actividades de apoyo basadas en desarrollo integral (tales como factores de riesgo y medicina reproductiva), en tanto que los padres recibieron información sobre adolescencia, sus características y sobre cómo comunicar y educar a los/as jóvenes en sexualidad.                      Los/as adolescentes tuvieron 18 sesiones y los padres 5 sesiones.                      Después de cada sesión se pidió a los/as participantes contestar cuatro preguntas cerradas y hubo un espacio suplementario para expresar ideas adicionales.</p>	<p>Santiago, Chile                      Edad aproximada de los adolescentes, 12 a 19 años                      Grupo intervención en 2 escuelas                      Grupo control en 3 escuelas                      24 meses</p>	<p>Investigación quasi-experimental con grupos de intervención y control.                      Los/as adolescentes fueron evaluados en sus conocimientos antes del inicio del programa, a los 21 meses y a los 33 meses.</p>	<p>La intervención amplió el conocimiento en sexualidad y reproducción (15,2% mujeres, 16,5% varones), anticoncepción (15,3% mujeres, 13,6% varones), y enfermedades de transmisión sexual (18,5% mujeres y 16,2% varones)                      Hubo retraso en la edad de inicio de actividad sexual (el grupo de control después de 21 meses tenía +5,8 más mujeres sexualmente activas y 9,1 más varones sexualmente activos. En 33 meses en el grupo control hubo +7.6 más varones y mujeres sexualmente activos que en el grupo intervención).                      Se evidenciaron diferencias entre varones y mujeres.                      En los/as que iniciaron actividad sexual, se utilizó un nivel más alto de prevención de embarazo (en el 4º curso un 29,7% de las mujeres tendía al uso de anticoncepción vs. el 18% en el grupo control).                      Importante disminución en las tasas de embarazo en adolescentes del grupo de intervención, especialmente en el indicador de "abortos obligados"</p>	

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>High Schools in Lima, Peru</b> Caceres CF, Rosasco AM, Mandel JS, Hearst N (1994). <b>Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru.</b> <i>Journal of Adolescent Health</i> 15, 582-591</p>	<p>Programa escolar Centrado en la teoría de aprendizaje social Modelo educativo de Paulo Freire. Constructos sobre machismo y erotofilia-erotofobia. 7 sesiones semanales de 2 horas Discusiones, ejercicios verbales, juego de roles, familiarización con los condones/anticonceptivos y conferencias Trabajo para el hogar para promover interacción con la familia, amigos e instituciones locales de salud Los/as maestros capacitados fueron facilitadores del programa El programa constó con 7 unidades: 1) sexualidad del adulto, pubertad, incluyendo pubertad y adolescencia; 2) anatomía reproductiva y fisiología; 3) concepción, atención prenatal, lactancia y embarazo no planeado; 4) paternidad planeada, anticoncepción y aborto; 5) ETS, VIH/SIDA y sexo seguro; 6) sexualidad como constructora socio-cultural, roles sexuales y orientación 7) toma de decisiones y habilidades de comunicación Se impartió capacitación de 3 días a maestros con experiencia como consejeros escolares para que actuaran como facilitadores</p>	<p>Lima, Perú Pretest N=604 intervención; N=609 control Posttest N=406 intervención; N=402 control Escuelas secundarias 14 escuelas Edad aproximada 13 a 18 años</p>	<p>Estudio quasi-experimental con grupo intervención y grupo control Se hizo un pretest seguido por posttest a 3 meses de la intervención. Los pretest y posttest consistieron en un cuestionario de auto administrado con escalas del tipo vinculante para medir erotofilia, machismo, actitud hacia el uso de condones y las personas con VIH/SIDA El cuestionario utilizó escala del tipo Guttman para medir autoeficacia e la intención en la conducta. Se utilizaron cuestionarios separados para varones y mujeres.</p>	<p>Cambios significativos en los siguientes aspectos: a) el conocimiento de sexualidad y SIDA (<math>p &lt; .0001</math>); b) Erotofilia (<math>p = .004</math>); c) aceptación de anticoncepción (<math>p = .002</math>); d) machismo (<math>p &lt; .0001</math>), y e) discriminación contra las personas con VIH/SIDA (<math>p &lt; .0001</math>) para el grupo intervención También se observaron cambios significativos en el grupo de intervención en: f) la auto eficacia (<math>p &lt; .0001</math>) y g) las intenciones de conducta orientadas a la prevención (<math>p &lt; .0001</math>)</p>	<p>Mayor disminución del machismo en los varones. El conocimiento del SIDA y los resultados de la auto eficacia fueron más positivos entre las mujeres. Edad aproximada en la evaluación 13,3 a 18,3 años</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>***Secondary Schools in Namibia</b></p> <p>Fitzgerald AM, Stanton BF, Terrieri N, Shipena H, Li X, Kahihuala J, Ricardo IB, Gibrath JS, DE Jaeger AM (1999): <b>Use of Western based HIV risk reduction interventions targeting adolescents in an African Setting</b> <i>Journal of Adolescent Health</i> 25: 52-61.</p>	<p>Programa escolar</p> <p>Teoría de la motivación de la protección, con énfasis en habilidades de comunicación y toma de decisiones</p> <p>14 sesiones de dos horas durante 7 semanas</p> <p>Centradas en los temas básicos de la reproducción y conductas de riesgo tales como el consumo de alcohol, abuso de drogas y violencia.</p> <p>Después del horario escolar impartidas por maestros voluntarios y jóvenes fuera de la escuela (alumno facilitador/a o jóvenes que concluyeron el 12º año.</p> <p>Grupos mixtos de varones y mujeres entre 15-20 años.</p>	<p>Namibia, África</p> <p>Edad promedio 17 años</p> <p>Alumnos/as de grados medios 11º grado.</p> <p>N=515</p> <p>10 escuelas secundarias</p>	<p>Se solicitó a los/as alumnos/as ofrecerse como voluntarios para el estudio, con los grupos intervención y control.</p> <p>80% estuvo de acuerdo</p> <p>Para la línea de base, se entregó a los/as alumnos/as un cuestionario auto administrado y fueron asignados en forma aleatoria a los grupos de intervención y control.</p> <p>Inmediatamente después de la intervención se les dio un cuestionario de seguimiento.</p> <p>Cuestionario media conocimiento, actitudes, intenciones y conductas de riesgo de VIH.</p>	<p>Aumento del conocimiento dentro del grupo de intervención (88% vs 82%, <math>p &lt; .0001</math>)</p> <p>En el seguimiento post-intervención, en mayor medida en el grupo de intervención que en el de control, los/as adolescentes pensaban que podían tener intimidad sin tener relaciones sexuales (<math>p &lt; .05</math>), tener novia o novio durante largo tiempo sin tener relaciones sexuales (<math>p &lt; .01</math>) poder explicar el proceso de fecundación (<math>p &lt; .05</math>), saber utilizar un condón (<math>p &lt; .0001</math>), poder solicitar condones en una clínica.</p> <p>En menor medida en el grupo de intervención que en el de control, los/as adolescentes pensaban que si una adolescente mujer rechazaba tener relaciones sexuales a él le era permitido golpearla (<math>p &lt; .01</math>).</p> <p>En mayor proporción en el grupo de intervención, los/as adolescentes podían pensar en usar el condón antes de tener relaciones sexuales (<math>p &lt; .05</math>).</p> <p>Se evidenció una tendencia creciente, aunque no muy importante, en el uso del condón después de intervención.</p>	<p>Participantes voluntarios.</p> <p>Seguimiento inmediatamente después de la intervención.</p> <p>Mayores cambios en intenciones y actitudes que en conductas.</p> <p>Edad aproximada de evaluación 17 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<b>AIDS Prevention in the Philippines</b> Ablasca MR, Siegel D, Mandel JS, Santana-Arciaga RT, Paul J, Hudes ES, Monzon OT, Hearst N: (1995) <b>Results of a model AIDS prevention Program in the Philippines.</b> AIDS Suppl 1 57-13. Ref ID: 4093	Programa escolar 30 maestros asistieron a un taller de 2 días sobre educación en SIDA y ayudaron a diseñar una currícula escolar que cubría 5 áreas: a) sexualidad humana, b) ETS, c) SIDA y el sistema inmunológico, d) autoestima e) desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y asertividad para rechazar las propuestas sexuales. 12 clases brindadas en 2 sesiones de 40 minutos por semana, durante 6 semanas Juego de roles, juegos, diálogos, grupos de discusión y ejercicios. Conferencias, Manual para maestros, rotafolios y grabaciones de audio.	Manila, Filipinas Distrito semi-urbano de área metropolitana. Alumnos de escuela secundaria. N=420 en grupo de intervención (2 escuelas) N=384 en grupo control (2 escuelas) Edad aproximada 13 a 18 años	Diseño experimental con grupo de intervención y grupo control. Se seleccionaron en forma aleatoria 2 escuelas para intervención y 2 para control de un total de 10 escuelas. Se seleccionó en forma aleatoria un curso en cada año en ambas escuelas. Se entregó un cuestionario auto administrado a los/as alumnos/as para evaluar conocimiento, actitudes, creencias y patrones de conducta.	Aumento del conocimiento relativo al VIH ( $p<.01$ ) Incremento de actitudes positivas (menos rechazo a las personas con SIDA) en el grupo de intervención.	Edad de la evaluación 13 a 18 años.
<b>2000 Harvey South Africa Youth Net</b>	Programa escolar 3 etapas de dramatizaciones para la formación de maestros, enfermeras y alumnos/as.	N=1,080 Edades 13 a 29 años 14 escuelas	Estudio experimental, de tipo longitudinal. Pretest y posttest.	Incremento en el uso del condón. Mejores actitudes hacia las personas viviendo con VIH.	
<b>1999 Fawole Nigeria Youth Net</b>	Programa escolar Conferencias, películas, juegos de roles, canciones, debates, relatos, ensayos 6 sesiones semanales (de 2-6 horas cada una).	N=433 Edad promedio 17,7 años 4 escuelas.	Diseño experimental de tipo longitudinal. Selección aleatoria del alumnos/as Pretest y posttest	Reducción en el número de parejas sexuales y la proporción de adolescentes sexualmente activos/as Aumento de conocimientos sobre SIDA Mejores actitudes hacia las personas con SIDA	

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p>Hawkins JD et al.: <b>Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years.</b> <i>Archives of Pediatrics &amp; Adolescent Medicine</i> 2002; 156:438-447.</p>	<p>Programa escolar. Basado en el modelo de desarrollo social, en la teoría integral del comportamiento humano y en la teoría del desarrollo social. El programa brinda capacitación apropiada para el desarrollo y formación de competencias sociales en adolescentes de escuelas primarias. Capacitación a educadores. Cursos voluntarios de capacitación para mejorar paternidad/maternidad y métodos de crianza.</p>	<p>Seattle, Washington N=643 en línea base N=598 en seguimiento a los 18 años. N=349 a los 21 años. Adolescentes de escuela primaria. Área urbana Afroamericanos</p>	<p>Estudio quasi-experimental, incluyendo tratamiento y comparación Postest a los 18 y 21 años. Incluyó auto información sobre conductas junto con las Puntuaciones de Test de Logros de California y registros disciplinarios en la escuela.</p>	<p>Retraso en el inicio de actividad sexual: 72% en grupo de intervención vs. 83% en grupo control. Reducción del número de parejas sexuales: 32% en grupo de intervención vs. 43% en grupo control. Aumento en el uso del condón (siempre utilizado 50% vs. 12%) A largo plazo: reducción de la tasa de embarazos y partos en adolescentes (únicamente mujeres): A los 21 años 44% Tuvieron hijos en el grupo control vs. 23% en el grupo intervención.</p>	<p>Un programa basado en la Teoría de Desarrollo Social que promueve logros académicos, competencias sociales, y vincula la asistencia a la escuela con las posibilidades de prevención de prácticas sexuales de riesgo y consecuencias adversas para la salud en edad adulta temprana Edad en la evaluación 18 a 21 años.</p>
<p><b>Reducing the Risk</b> Kirby D, Barth RP, Leland et al <b>Reducing the Risk</b>, a theory based sexuality curricula for adolescent. <i>Journal of School Health</i>, 1998; 68:243-247. Hubbard BM, Giese ML, Rainey J. <b>A replication study of Reducing the Risk, a theory-based sexuality curricula for adolescents.</b> <i>Journal of School Health</i> 1998; 68:243-247 Collins J, Robin L, Wooley S et al. <b>Programs-that-work: CDC's guide to effective programs that reduce health-risk behavior of youth.</b> <i>Journal of School Health</i> 2002; 72:93-99.</p>	<p>Programa escolar Basado en la teoría del aprendizaje social, la teoría de la influencia social y la teoría de comportamiento cognitivo. 16 períodos de clases. Metas: a) evitar las relaciones sexuales sin protección; b) abstinencia; uso de anticoncepción.</p>	<p>13 escuelas secundarias de California (rurales y urbanas) N=429 en grupo de intervención N= 329 en grupo control. 53% de mujeres Edad promedio 15,3 años. Composición multiétnica: Blancos 62%; Latinos 20%; Asiáticos 9%; Afro descendientes 2%; Otros 2%</p>	<p>Estudio con grupo de intervención y grupo control. Seguimiento en 4 oportunidades: a) antes del currículo; b) inmediatamente después; c) 6 meses después y d) 18 meses después.</p>	<p>El conocimiento sobre anticoncepción aumentó con el tiempo. Retraso en el inicio de actividad sexual en un 24% Aumento en la comunicación padres e hijos/as *Las opiniones sobre sexualidad cambiaron en el 6º mes Reducción de incidencia de relaciones sexuales sin protección: 13% en el grupo de intervención vs. 23% en el grupo control.</p>	<p>La replicación de este estudio confirmó sus resultados. Edad promedio de la evaluación 17 años.</p>



Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Postponing Sexual Involvement (Augmenting a five session Human Sexuality Curricula)</b></p> <p>Kirby D, Korpi M, Barth RP et al. The Impact of the Postponing Sexual Involvement Curricula among youths in California. Family Planning Perspectives 1997; 29:109-114</p> <p>Howard M, McCabe JB. <b>Helping teenagers postpone sexual involvement.</b> Family Planning Perspectives 1990; 22:21-26.</p>	<p>Programa escolar</p> <p>Basado en la teoría de la inoculación social.</p> <p>Educación sexual entre pares.</p> <p>Información sobre abstinencia y anticoncepción.</p> <p>5 sesiones de 50 minutos.</p> <p>Hay referencia a adolescentes sexualmente activos a los servicios de salud reproductiva.</p>	<p>Escuelas en pequeñas ciudades del interior de Atlanta Georgia</p> <p>Alumnos/as de 8º grado.</p> <p>Edad aproximada 12 años</p> <p>N= 536</p> <p>Afroamericanos/as</p> <p>Jóvenes en condiciones de riesgo.</p> <p>Sin inicio de relaciones sexuales.</p>	<p>Diseño quasi-experimental, incluyendo grupo intervención y control.</p> <p>5 encuestas: Durante el Programa:</p> <p>a) al inicio; b) a la mitad y c) al final del 8º grado durante el programa);</p> <p>Para seguimiento:</p> <p>a) al inicio y b) al final del 9º grado, 3 y 12 meses después de la intervención.</p>	<p>Retraso en el inicio de relaciones sexuales (4% en grupo de intervención vs. 20% en el grupo de control, al final del 8º grado.</p> <p>Reducción en la frecuencia de relaciones sexuales: 43% en grupo control vs. 28% en grupo de intervención.</p> <p>Aumento en el uso de anticoncepción: 0,5 en grupo de intervención vs. 0,33 en grupo control.</p>	<p>Edad aproximada de la evaluación 13 años.</p>
<p><b>Postponing Sexual Involvement, Human Sexuality &amp; Health Screening</b></p> <p>Aarons SJ, Jenkins RR, Raine TR et al. <b>Postponing sexual intercourse among urban junior high students-</b> a randomized controlled evaluation. <i>Journal of School Health</i> 2000; 27:236-247.</p>	<p>Programa escolar</p> <p>Basado en la teoría cognitiva social.</p> <p>2 años de intervención iniciando en 7º grado.</p> <p>3 sesiones de 45 minutos en el aula.</p> <p>5 sesiones de 45 minutos</p> <p>8 sesiones "brown bag"</p> <p>Competencia para participantes de 8º grado.</p> <p>Profesionales de salud trabajando a tiempo completo.</p> <p>Determinación del riesgo individual por screenings.</p>	<p>6 escuelas secundarias</p> <p>N= 522 (en la línea base)</p> <p>N=503 (1er seguimiento)</p> <p>N=459 (2do seguimiento)</p> <p>N=422 (seguimiento final)</p> <p>Washington, DC</p> <p>Alumnos/as de 7º y 8º grado.</p> <p>Afroamericanos</p> <p>Adolescentes en condiciones socio-económicas de desventaja.</p> <p>Jóvenes en condiciones de riesgo que habitan en áreas urbanas.</p>	<p>Diseño de evaluación experimental incluyendo grupo de intervención y control.</p> <p>Encuesta de línea de base en el invierno del 7º grado.</p> <p>Seguimiento:</p> <p>Al final del 7º grado; Al inicio del 8º grado; Al final del 8º grado.</p> <p>Edad aproximada 12 y 13 años.</p>	<p>Retraso en el inicio de actividad sexual - índice de probabilidades al final de 7º grado (2.09) (sólo en mujeres)</p> <p>Incremento en el uso de anticonceptivos, (sólo en mujeres) índice de probabilidades (1.9) al final del 8º grado.</p>	<p>Edad aproximada de la evaluación 13 y 14 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Safer Choices</b></p> <p>Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D et al. <b>Short term Impact of Safer Choices: a multicomponent, school-based HIV, other STD, and Pregnancy prevention program</b>. Journal of School Health 1999; 69:181-188.</p> <p>Coyle K, Basen-Engquist K, Kirby D et al. <b>Safer Choices: reducing teen pregnancy, HIV and STDs</b>. Public Health Reports 2001; 116 (Supplement 1): 82-93.</p>	<p>Programa escolar</p> <p>Baado en la teoría cognitiva social; la teoría de la influencia social y el modelo de cambio social.</p> <p>Curriculo de prevención de VIH/ITS y embarazo de adolescentes</p> <p>20 sesiones, cada una con duración de un período de clases dividido uniformemente en 2 años</p> <p>Capacitación de tipo experiencial.</p> <p>Grupo de educadores-pares para realizar actividades en toda la escuela.</p> <p>Educación sobre maternidad/paternidad y crianza.</p> <p>Vínculos con el servicio sociales comunitario.</p> <p>Participación de personas viviendo con VIH como oradores.</p> <p>Capacitación de educadores.</p>	<p>20 escuelas de Texas y California.</p> <p>Adolescentes de áreas urbanas y suburbanas.</p> <p>Poblaciones multiétnicas</p> <p>N=3689 en línea base</p> <p>N=3058 en seguimiento</p> <p>Alumnos/as de secundaria de 9o y 10o grado.</p> <p>Edad aproximada 15 a 16 años.</p>	<p>Diseño experimental, incluyendo grupo de intervención y control.</p> <p>Pretest y encuesta de seguimiento a los 7 meses (al final de la primera intervención) y a los 19 meses (al final del 2º año de la intervención)</p>	<p>Aumento en el uso de anticoncepción efectiva (1,76 de mayor probabilidad)</p> <p>Aumento en el uso del condón (1,68 de mayor probabilidad)</p> <p>Reducción en el número de parejas sexuales sin uso de condón (0,73 de mayor probabilidad)</p>	<p>*Resultado más difícil tener efectos significativos en alumnos/as de secundaria en relación con el inicio de uso de condón.</p> <p>Edad aproximada de la evaluación 17,5 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Reach for Health Community Youth Service (CYS plus)</b></p> <p>O'Donnell L, Stueve A, San Doval, A. <i>et al.</i> <b>The effectiveness of the Reach for Health Community Youth Service learning program in reducing early and unprotected sex among urban middle school students.</b> <i>American Journal of Public Health</i> 1999; 89:176-181.</p> <p>O'Donnell L, Stueve A, O'Donnell C. <i>et al.</i> <b>Long-term reductions in sexual initiation and sexual activity among urban middle schoolers in the Reach for Health service learning program.</b> <i>Journal of Adolescent Health</i> 2002; 31:93-100.</p>	<p>Programa escolar</p> <p>Basado en el modelo de confianza en salud y teoría de aprendizaje social.</p> <p>Currícula de promoción de la salud</p> <p>Comparación entre grupo de adolescentes del programa de intervención (CYS plus) vs. Sólo currícula de salud y no intervención.</p> <p>40 clases por año durante 2 años.</p> <p>Cada clase duró de un período de clase.</p> <p>3 horas a la semana de servicio a la comunidad en una ubicación específico.</p> <p>Capacitación a educadores.</p>	<p>New York, NY.</p> <p>2 grandes escuelas públicas.</p> <p>Adolescentes de áreas urbanas.</p> <p>Edad promedio 12,2 años (7o grado)</p> <p>Edad promedio 13,3 años (de 8o grado)</p> <p>N=1157 en línea base</p> <p>N=1061 en seguimiento</p>	<p>Diseños quasi-experimental y experimental, con grupos intervención y control.</p> <p>Pretest y seguimiento a los 9 meses posteriores.</p> <p>Seguimiento longitudinal después de 24 meses posteriores.</p>	<p>Retraso en el inicio de relaciones sexuales: un 8% más que el grupo control; 3% más que aquellos que tuvieron sólo currícula y 4% puntos en participantes del programa CYS plus)</p> <p>Reducción en la frecuencia de relaciones sexuales: incremento de 5% con relación al grupo control; 3% con sólo currícula y 0,5% en el grupo de intervención.</p> <p>Aumento en el uso de anticonceptivos: 9% puntos entre aquéllos sin píldoras para control de natalidad del grupo control, vs. disminución de 5% puntos en sólo currícula y 8% puntos de disminución en grupo de intervención)</p> <p>Incremento del uso de condón: 3% más de relaciones sexuales con condón que el grupo control vs. una disminución de 13% grupo de sólo currícula y 16% de disminución en grupo de intervención.</p> <p>Reducción a largo plazo en los índices de inicio de relaciones sexuales: 44% de varones y 57% de mujeres para intervención que no habían iniciado relaciones sexuales, vs. 27% de varones y 47% de mujeres en currícula solamente.</p>	<p>*El hecho que la comunidad estuvo involucrada con el servicio y la educación produce la reducción de riesgos a largo plazo.</p> <p>Edad promedio de evaluación 14,4 años.</p> <p>Edad promedio de evaluación 15,5 años.</p>
<p><b>AIDS Prevention for Adolescents in School</b></p> <p>Main DS, Iverson DC, McGloin J <i>et al.</i> <b>Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education program.</b> <i>Preventive Medicine</i> 1994; 23:409-417.</p> <p>Main DS, Iverson DC, McGloin J <i>et al.</i> <b>Preventing HIV infection among adolescents: evaluation of a school-based education program.</b> <i>Preventive Medicine</i> 1994; 23:409-417.</p>	<p>Programa escolar</p> <p>Basado en el modelo de confianza en salud, la teoría cognitiva social y el modelo de influencia social.</p> <p>Currícula de prevención VIH/ITS</p> <p>6 sesiones, cada una de 1 hora en días consecutivos</p> <p>Programa escolar</p> <p>Educación de tipo experiencial para el desarrollo de competencias para rechazar situaciones de riesgo y presión social.</p> <p>Capacitación a educadores.</p>	<p>Nueva York, NY</p> <p>Alumnos/as de 4 escuelas secundarias de áreas urbanas.</p> <p>Población multiétnica</p> <p>N= 1201 en línea base</p> <p>N= 867 para seguimiento</p> <p>Edad promedio 15,7 años</p>	<p>Diseño quasi-experimental, con grupo de intervención y control.</p> <p>Pretest y encuesta posterior a los 3 meses después de la intervención.</p>	<p>Aumento de relaciones sexuales con una sola pareja: 23% en grupo de intervención vs. 16% en grupo control.</p> <p>Reducción en el número de parejas sexuales de alto riesgo: 2% en grupo control vs. 8% en grupo intervención.</p> <p>Aumento en el uso de condón: 6% en grupo de intervención vs. 3% en grupo control.</p> <p>A largo plazo: Reducción de incidencia de ITS</p>	<p>Edad promedio de evaluación 16 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Get Real about AIDS</b></p>	<p>Programa escolar  Basado en la teoría cognitiva social y la teoría de la acción razonada,  Reducción del riesgo de VIH.  15 sesiones en cada período de clase, en forma consecutiva.  Actividades experimentales para desarrollar competencias para rechazar presión sexual, para comunicación y para uso de condón.  Mensajes en espacios y servicios públicos.  Distribución de tarjetas informativas de prevención de VIH del tamaño de la billetera.  Capacitación a educadores.</p>	<p>17 escuelas (2 alternativas)  En es Estado de Colorado  Adolescentes de áreas urbana, suburbana y rural  N=2015 en línea base  N=1816 (2 meses)  N=1477 (6 meses)  Alumnos/as de 9º a 12º grados  Edad promedio 15 años.  Blancos y Latinos.  Sexualmente activos/as</p>	<p>Diseño quasi-experimental, con grupo de intervención y control.  Pretest  Seguimiento a los 2 y 6 meses.</p>	<p>Reducción en el número de parejas sexuales.  Aumento en el uso de condón  Aumento en compra de condón (no existen estadísticas exactas)</p>	<p>Los programas de reducción de riesgo de VIH, deben comenzar antes del inicio de la actividad sexual y continuar durante la escuela secundaria.  Edad promedio de la evaluación 15 a 15,5 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Denmark Program</b></p> <p><b>School / Community Program for Sexual Risk Reduction among Teens</b></p> <p>Koo HP, Dunteman GH, George C <i>et al.</i> <b>Reducing adolescent pregnancy through a school- and community-based intervention: Denmark, South Carolina, revisited.</b> <i>Family Planning Perspectives</i> 1994; 26:206-211+.</p> <p>Paine-Andrews A, Harris KJ, Fisher JL <i>et al.</i> <b>Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities.</b> <i>Family Planning Perspectives</i> 1999; 31:182-189.</p>	<p>Programa escolar</p> <p>Basado en la teoría del aprendizaje social y la teoría de difusión.</p> <p>Educación sexual integrada en clases de biología, ciencias, estudios sociales y otros cursos.</p> <p>Cursos de educación sexual con certificación para profesores</p> <p>Capacitación para educadores-pares</p> <p>Servicios de salud en la escuela, incluyendo suministro anticonceptivos y referencias a servicios de salud reproductiva.</p> <p>Talleres para padres y líderes de la comunidad</p> <p>Cobertura en medios de comunicación.</p>	<p>Áreas rurales en Carolina del Sur</p> <p>Adolescentes blancos y afrodescendientes.</p> <p>N= 4800</p> <p>Edad promedio mujeres de área rural 14 a 17 años.</p>	<p>Estudio quasi-experimental, con tratamiento y control</p> <p>Datos estimados de embarazo (todos los nacimientos y abortos)</p> <p>Intervención comparada con:</p> <p>a) programas anteriores (1981-1982)</p> <p>b) 2 años de programa posterior (1987-1988).</p>	<p>Reducción de índice de embarazos a largo plazo: Por edades de 14 a 17 años en 1981-1982</p> <p>77 nacimientos por 1000 mujeres</p> <p>Reducción de nacimientos en grupos de la misma edad en 1984-1986 a 37 por 1000 mujeres</p>	<p>Hubo replicación de la evaluación.</p> <p>Edad promedio de la evaluación 18 a 21 años</p>

## PROGRAMAS COMUNITARIOS

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p>***** (not a particular program) <i>Personal Factors Associated with Contraceptive Use in Unmarried Sexually Active Adolescent Women</i></p> <p>Gonzalez E; Caba F; Molina T; Sandoval J; Meneses R. 1990-2001</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Orientación/consejería.</p> <p>El estudio consistió en 2021 adolescentes solteros/as sexualmente activos/as que solicitaron anticonceptivos al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEMERA)</p> <p>Todos los participantes fueron voluntarios</p> <p>Los/as participantes referidos a profesionales y/o que tenían discapacidades mentales fueron excluidos del estudio.</p> <p>Se consideraron continuos aquellos participantes que usaron el anticonceptivo prescrito durante 6 meses o más, y no continuos si lo utilizaron menos de 6 meses</p>	<p>Santiago, Chile</p> <p>N=914 mujeres</p> <p>Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (CEMERA)</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Grupo de intervención y control.</p> <p>Basado en voluntarios/as.</p> <p>2 grupos: usuarias en forma continuada vs. Usuarias en forma discontinua.</p>	<p>El tipo de anticoncepción utilizada tuvo impacto de acuerdo a si las participantes.</p> <p>Las usuarias en forma continuada tendían a elegir el uso de condones o anticonceptivos orales</p> <p>La edad, escolaridad, aspiraciones académicas, el uso previo de anticonceptivos no determinaron diferencias en los grupos.</p>	
<p><b>Entre Nous Jeunes Peer Educator Program</b></p> <p>Speizer IS, Tambashe BO and Tegang SP (2001)</p> <p><b>An evaluation of the Entre Nous Jeunes peer educator program for adolescents in Cameroon.</b> <i>Studies in Family Planning</i> 32, 339-351.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>18 meses de intervención</p> <p>42 educadores-pares fueron reclutados de escuelas y asociaciones juveniles. La selección incluyó examen oral y escrito.</p> <p>En capacitación inicial de una semana se proporcionaron técnicas de comunicación para discusiones grupales, anatomía reproductiva, métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas de métodos</p> <p>Anticonceptivos y habilidades de negociación para uso del condón.</p>	<p>Nkongsamba, Cameroon, Africa</p> <p>Edad promedio 12 a 25 años</p> <p>N=402 para el grupo de intervención</p> <p>N=400 para el grupo control (jóvenes de Yaounde)</p> <p>Seguimiento: N=405 grupo de intervención. N=413 grupo control.</p>	<p>Diseño quasi-experimental</p> <p>Selección aleatoria de grupos iguales de varones y mujeres</p> <p>Estudio de seguimiento 17 meses posterior.</p> <p>Durante la intervención los/as educadores-pares organizaron 353 grupos de discusión con 12.000 jóvenes y distribuyeron materiales a 5.000 Adolescentes.</p>	<p>El 54% del grupo intervención dijo conocer el programa ENJ</p> <p>39% indicó haber trabajado con un/a educador-par.</p> <p>La exposición del educador-par se relaciona con mayor conocimiento entre adolescentes (<math>p&lt;.55</math>)</p> <p>La pre-intervención de adolescentes en la muestra de intervención fue significativamente menor que en el grupo control, sobre conocimiento de síntomas de ITS (<math>p&lt;0,01</math>).</p> <p>Después del contacto con el educador-par esta situación se revierte (<math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>En el seguimiento, los/as jóvenes del grupo intervención con uso de métodos anticonceptivos modernos es significativamente mayor que en el grupo control (<math>p&lt;0,05</math>)</p>	<p>En seguimiento, el grupo mayor de edad pudiera haber afectado los resultados en poca proporción.</p> <p>La ubicación de la ciudad pudo haber aumentado el contacto con información programática sobre salud reproductiva. Edad aproximada de la evaluación 13,5 a 25,5 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
Speizer IS, T ambashe BO and Tegang SP (2001) <b>An evaluation of the Entre Nous Jeunes peer educator program for adolescents in Cameroon.</b> <i>Studies in Family Planning</i> 32, 339-351	Grupos de discusión: Uno por reunión  Las sesiones se realizaron en asociaciones de salud y deporte.  Materiales de promoción tales como calendarios, tiras cómicas, posters, camisetas, gorras y mochilas de béisbol.			Durante el seguimiento, los/as jóvenes que habían tenido contacto con un/a educador-par eran mayormente usuarios/as de condón que aquellos/as que no habían tenido educador-par ( $p<0,001$ )	
<b>Tsa Banana Program</b> Meekers D, Stallworth G, Harris J (1977): <b>Changing Adolescent's beliefs about protective sexual behavior: the Botswana Tsa Banana Program.</b> <i>PSI Research Division Working Paper No.3, Washington: Population Services International.</i>	Programa comunitario  El modelo de confianza en salud se utilizó como recurso para actividades educativas  Promoción de la conducta menos riesgosa: modelo ABC de abstinencia, fidelidad y uso de condón.  Diseñado para informar a los/as jóvenes que los servicios de salud reproductiva están también disponibles para ellos/as.  El proyecto incluyó:  Una campaña de comunicación con mensajes de radio, medios impresos, campañas de información dirigidas a los padres, profesores y líderes comunitarios, comercialización social sobre condones dirigida a jóvenes incluyendo inserciones en revistas para adolescentes.  Alcance a otras comunidades a través de vendedores educadores-pares.  Desarrollo de sitios de venta minoristas amigos de los/as adolescentes y servicios de salud con personal capacitado para participar en el servicio y brindar información especial.  Los/as educadores-pares enseñaron habilidades de negociación habilidades para rechazar la presión o para solicitar el uso de condón.  Se aplicó la metodología de educador-par en ambas escuelas, nivel primario y secundario.  En la escuela secundaria la población blanco fueron todos los/as alumnos y los mensajes incluyeron comportamiento sexual protegido y uso de condón.  En la escuela primaria la población blanco fueron los/as adolescentes de 13 años y más y los mensajes daban información sobre pubertad y se estimulaba la abstinencia.	Botswana, África  Adolescentes varones y mujeres de 10 a 25 años  Para el seguimiento se trabajó con adolescentes y jóvenes mayores de 12 a 25 años.  Los padres/madres no aceptaron entrevistas a adolescentes sobre su actividad sexual  N=507 para grupo de intervención  N=495 para grupo control  En la segunda ronda, N=1230 para grupo de intervención y N=1196 para grupo control	Diseño quasi-experimental, con grupo de control y encuesta pre y post intervención.  La segunda ronda se llevó a cabo 8 meses después de la implementación del proyecto  Los cuestionarios contenían preguntas sobre temas relativos a salud reproductiva y SIDA, y el segundo tenía preguntas relativas a la exposición a las actividades del programa.	Aumento de la creencia entre adolescentes varones y mujeres de que la gente usa condones para evitar riesgos sexuales ( $p<0,01$ )  Disminución de la creencia entre varones de que es difícil convencer a la pareja de usar condón ( $p<0,01$ )  Disminución de la creencia entre mujeres de que tener relaciones sexuales es bueno porque conduce al matrimonio.  Incremento entre mujeres de la creencia que el SIDA no puede curarse y que la gente puede abstenerse de tener relaciones sexuales.  Las mujeres (del grupo de intervención y del grupo control) son más tímidas para comprar condones en público, consideran que las mujeres pierden respeto si inician el uso de condón y piensan que pocas/os de sus amigos/os usan condones ( $p<0,01$ ).	Efectos diferentes en varones y mujeres sugieren que sería mejor separar los sexos para esfuerzos futuros.  Necesidad de desestigmatizar el uso del condón  Edad aproximada de la evaluación 12,2 a 25,2 años

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>West African Youth Initiative (WAYI)</b></p> <p>Brieger WR, Delano GE, Lane CG, Oladepo O, Oyediran K.A (2001): <b>West African Youth Initiative: outcome of a reproductive health education program.</b> <i>Journal of Adolescent Health</i> 29, 436-446</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Actividades grupales una por una.</p> <p>Metodología de educadores-pares capacitados.</p> <p>Distribución de material impreso y dramatizaciones.</p> <p>Se creó conciencia de los servicios disponibles y las referencias apropiadas para los servicios, se indicó aquellas intervenciones que los educadores-pares no podían proporcionar como prescripción de anticonceptivos, diagnóstico y tratamiento de ITS, y consejería en profundidad.</p>	<p>Ghana, África</p> <p>Nigeria, África</p> <p>8 organizaciones juveniles.</p> <p>Nivel secundaria, post-secundaria y extraescolar</p> <p>En escuelas para grupo control</p> <p>N=911 en línea base</p> <p>N=908 seguimiento de 2 años</p> <p>En lugares de intervención:</p> <p>N=873 en la línea base</p> <p>N=893 en seguimiento para comunidades del grupo control.</p> <p>Edad aproximada 13 a 18 años.</p>	<p>Escala de opinión sobre uso de anticonceptivos, auto-eficacia en prácticas de protección sexual, y disposición para comprar condones y espumas anticonceptivas.</p> <p>Escala de 8 puntos para medir sensación de confianza y competencias para comprar, negociar y usar anticonceptivos.</p> <p>Escala de 3 puntos sobre la disposición a comprar anticonceptivos.</p>	<p>El marcador de conocimiento fue más alto en el grupo intervención (8,7 puntos) que en el de control (7,9)</p> <p>Los/as jóvenes del grupo de intervención reportaron aumento en el uso de métodos modernos de anticoncepción 47,2% sobre una base de 55,6% en seguimiento (p=.045)</p> <p>En grupo control hubo una pequeña disminución.</p> <p>Mejores indicadores para el grupo intervención en percepción de auto-eficacia para el uso de condón (p=0,000013), disposición para la compra de condones (p=0,000005) y tabletas de espuma anticonceptiva (p=0,000007)</p>	<p>El mayor impacto se obtuvo en el grupo escolar.</p> <p>No hubo cambios significativos entre el grupo intervención y de control para jóvenes fuera de la escuela.</p> <p>Impacto significativo del modelo de educación entre pares en escuelas.</p> <p>Diversas razones produjeron dificultades para que los/as educadores-pares contactaran a jóvenes fuera de la escuela, tales como: problemas con la difusión por los medios, mayor poder económico y madurez sexual los/as jóvenes fuera de la escuela, etc.</p> <p>Edad promedio de la evaluación 13 a18 años.</p>



Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Interactive STD prevention program for youth in India</b></p> <p>Awasthi S, Nichter M, Pende VK(2000): <b>Developing an interactive STD-prevention programme for youth; lessons from a North Indian slum.</b> <i>Studies in Family Planning</i> 31, 138-150. Ref ID 8753</p>	<p>Programa comunitario.</p> <p>3 sesiones educativas en intervalos de 2 semanas.</p> <p>Proporcionar información básica a jóvenes varones sobre:</p> <p>a) Anatomía reproductiva y fisiología, fertilidad y concepción</p> <p>b) formas de transmisión de ETS, tipos de ETS, indicios y síntomas de ETS e infección de VIH</p> <p>c) el vínculo entre ETS y la infección de VIH</p> <p>d) la prueba de VIH y cuándo se debe hacer</p> <p>d) métodos de prevención de ETS y daños</p>	<p>Jóvenes varones</p> <p>Barrios de extrema pobreza en Lucknow, India</p> <p>N=377 en grupo intervención</p> <p>Edad promedio 18,3 años (33,4% en escuela)</p> <p>N=343 en grupo control</p> <p>Edad promedio=18,2 años (25,7% en escuela)</p>	<p>Se seleccionaron en forma aleatoria 28 de 261 barrios de extrema pobreza.</p> <p>Búsqueda de información sobre la historia sexual de los jóvenes varones y su conocimiento sobre ETS</p> <p>La misma encuesta se aplicó 6 a 8 semanas después de la intervención.</p> <p>4% de pérdida de la muestra para el seguimiento.</p>	<p>Mayor conciencia que las ETS pueden adquirirse también de otras mujeres además de trabajadoras sexuales (p&lt;.001) 46,9% vs. 76%.</p> <p>Incremento en el conocimiento sobre síntomas de ETS en el grupo intervención (p&lt;.001).</p>	<p>*Intervención no logró aumentar la conciencia sobre el largo plazo en que pueden aparecer los síntomas de la ETS</p> <p>No se logró disminuir el mito que el aseo de genitales con desinfectantes puede prevenir las ETS.</p> <p>Los jóvenes varones que se involucraron en comportamientos de alto riesgo con trabajadoras sexuales fueron también los más propensos a involucrarse en relaciones sexuales con otros varones.</p> <p>*Se requirió información sobre formas de coito aparte de relaciones sexuales vaginales.</p>
<p>Awasthi S, Nichter M, Pende, VK (2000): <b>Developing an interactive STD-prevention programme for youth; lessons from a North Indian slum.</b> <i>Studies in Family Planning</i> 31, 138-150. Ref ID 8753</p>	<p>Algunos cambios y disminución de ciertos indicadores fueron efectivos y otros no.</p> <p>Cada sesión tuvo un facilitador y 3 asistentes varones, que estaban disponibles para consultas individuales después de la sesión.</p> <p>Cada sesión duró 1 hora</p> <p>En los últimos 15 minutos de sesión hubo una grabación para revisar los puntos más destacados.</p> <p>Se puso a la disposición un examen voluntario de orina.</p>				<p>Otras relaciones sexuales no vaginales.</p> <p>Edad aproximada durante la evaluación 18,3 años</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Self Center</b></p> <p>Zabin LS, Hirsch MB, Smith EA et al:  <b>Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers.</b> <i>Family Planning Perspectives</i> 1986; 18:119-126.</p> <p>Frost JJ, Forrest JD:  <b>Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs.</b> <i>Family Planning Perspectives</i> 1995; 27:188-195.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Servicios de salud conectados con las escuelas (SSCE).</p> <p>Atención gratuita en salud reproductiva y anticoncepción.</p> <p>Trabajo diario del personal de los servicios de salud conectados a la escuela.</p> <p>El personal de servicios de salud conectados a la escuela proporciona clases de educación sexual en aulas y en el servicio de salud.</p> <p>Consultoría individual y grupal a cargo de trabajador/a social y/o enfermero/a.</p>	<p>Baltimore, MD</p> <p>Jóvenes de áreas urbanas.</p> <p>Escuelas secundarias de 4 ciudades del interior.</p> <p>N=3646 en la línea base</p> <p>N=2,950 para seguimiento final</p> <p>Alumnos/as de 7ª a 12º grado.</p> <p>Edad aproximada 12 a 18 años</p>	<p>Diseño quasi-experimental incluyendo grupo de intervención y control.</p> <p>Pretest en otoño</p> <p>Encuesta de seguimiento cada primavera durante 3 años</p> <p>Incremento en el uso de anticoncepción: incremento del 33% al 50% en grupo de intervención vs. 33% a 36% en grupo control.</p> <p>A largo plazo: reducción de la tasa de embarazos de adolescentes: disminución del 30% en grupo de intervención vs. 58% en grupo control.</p>	<p>Retraso en el inicio de actividad sexual (para una mediana de 7 meses)</p> <p>Aumento en el uso de servicios de salud reproductiva antes de iniciar las relaciones sexuales.</p> <p>Reducción en la incidencia de relaciones sexuales sin protección: 20% en grupo de intervención vs. 48% en grupo control</p>	<p>* La accesibilidad del personal fue un factor clave</p> <p>Edad aproximada para la evaluación 15 a 21 años</p>
<p><b>Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program (ASPP)</b></p> <p>East P, Kiernan E, Chavez G.  <b>An evaluation of California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program.</b> <i>Perspectives on Sexual &amp; Reproductive Health</i> 2003; 35:62-70.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Manejo de casos en forma personalizada.</p> <p>Educación sexual con información tanto de abstinencia como de anticoncepción.</p>	<p>California</p> <p>Adolescentes en condiciones de riesgo.</p> <p>Edades 11a 17,25 años</p> <p>N=1594 en la línea base</p> <p>N=1466 para seguimiento</p> <p>Edad promedio de hermanos 13,5</p> <p>Latinos.</p> <p>En condiciones desventaja socioeconómica</p>	<p>Diseño quasi-experimental, incluyendo grupo de intervención y grupo control.</p> <p>16 hermanos adolescentes Programas de prevención de embarazo a través de California</p> <p>16 adolescent Sibling pregnancy Prevention Programs across California</p> <p>Pretest y seguimiento posterior, después de 9 meses</p>	<p>Retraso en el inicio de actividad sexual (sólo en mujeres): tasa inferior 7% en grupo control vs. 16% en grupo de intervención.</p> <p>Incremento en el uso de anticoncepción (sólo en varones) sin datos estadísticos.</p> <p>A largo plazo: reducción de embarazos: reducción de 43%</p>	<p>Edad aproximada en la evaluación 14,4 años</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Adolescents Living Safely: AIDS Awareness, Attitudes, and Actions</b></p> <p>Rotheram-Borus MJ, Koopman C, Haignere C et al. <b>Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents.</b> JAMA 1991; 266:1237-1241.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Programa de prevención de VIH</p> <p>30 sesiones de debate, en pequeños grupos, con duración de 1:30 a 2 horas, cada una</p> <p>Actividades experienciales para construir habilidades cognitivas y para hacer frente a situaciones difíciles.</p> <p>Cuidado de salud y salud mental</p> <p>Entrenamiento intensivo al personal</p>	<p>New York, NY</p> <p>2 instituciones de residencia de menores</p> <p>Personal que vive en las instituciones.</p> <p>Jóvenes refugiados, que fugaron de su hogar.</p> <p>Edad promedio 15,5</p> <p>En su mayoría Afrodescendientes y Latinos</p> <p>N=197 en la línea base</p> <p>N=145 en seguimiento</p>	<p>Diseño quasi-experimental sin control aleatorio</p> <p>Entrevista en línea base y revaloración a los 3 y 6 meses después de la línea base</p> <p>Incentivo económico por participación en las entrevistas</p>	<p>Reducción de la frecuencia de relaciones sexuales: en grupo de intervención reducción del 20% a 0. En grupo control un incremento de 17% a 20%</p> <p>Reducción del número de parejas sexuales</p> <p>Aumento de uso de condón: En grupo de intervención 33% en línea base, 57% en el seguimiento a 3 meses y 63% a 6 meses)</p>	<p>Edad promedio de la evaluación 16 años</p>
<p><b>Becoming a Responsible Teen</b></p> <p>St. Lawrence JS, Brasfield TL, Jefferson KW et al. <b>Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection.</b> Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995; 63:221-237.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Curricula en prevención de VIH, educación sexual y desarrollo de habilidades para la vida.</p> <p>8 sesiones de una 1:30 a 2 horas cada una (una vez a la semana)</p>	<p>Jackson, Mississippi Afro-Americano/as de áreas urbanas</p> <p>Edad promedio 15,3 años</p> <p>N=246 en línea base</p> <p>N=225 en seguimiento a los 12 meses.</p>	<p>Diseño experimental con grupos de intervención y control.</p> <p>Pretest y valoración a los 2, 6 y 12 meses posteriores a la intervención.</p>	<p>Retraso en el inicio de actividad sexual: 12% vs. en grupo de intervención vs. 31% en grupo control iniciaron relaciones sexuales 1 año después.</p> <p>Reducción de la frecuencia de relaciones sexuales: 27% en grupo control vs. 42% en grupo de intervención.</p> <p>Disminución en la incidencia de relaciones sexuales sin protección: 82% en grupo control vs. 61% en grupo de intervención.</p>	<p>Edad en la evaluación 16,3 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
St. Lawrence JS, Brasfield TL, Jefferson KW et al: Cognitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995; 63:221-237.	<p>Programa comunitario</p> <p>Incluye actividades experienciales para la construcción de habilidades de afirmación, rechazo, solución de problemas, valoración de riesgo y uso de condón.</p> <p>Incluye experiential activities to build assertion, refusal, problem solving, risk assesment, and condom use skills</p> <p>Grupos de un solo sexo con respectivos líderes de grupo masculino y femenino</p> <p>Single sex groups with respective male and female group leaders</p>			<p>Aumento del uso del condón.</p> <p>Cese de relaciones anales sin protección.</p>	
<p><b>Children's Aid Society- Carrera Program</b></p> <p>Philliber S, Williams Kaye J, Herrling S et al.</p> <p><b>Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the Children's Aid Society—Carrera Program.</b></p> <p><i>Perspectives on Sexual &amp; Reproductive Health</i> 2002; 34:244-251.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Programa de desarrollo juvenil.</p> <p>Actividades diarias después de la escuela (3-5 horas)</p> <p>Club de exploración vocacional sobre trabajo/carrera</p> <p>Tutoría y apoyo académico.</p> <p>Educación sexual integral, incluyendo información sobre abstinencia y anticoncepción.</p> <p>Talleres de arte.</p> <p>Actividades deportivas.</p> <p>Programa de verano que ofrece actividades de desarrollo personal, apoyo de empleo y tutoría</p> <p>Cuidado de salud, incluyendo salud mental, primaria, dental y reproductiva.</p> <p>Integración de la familia en la actividad.</p> <p>Desarrollo de habilidades de comunicación interpersonal.</p> <p>Acceso a servicios sociales.</p>	<p>Ciudad de New Cork.</p> <p>7 agencias comunitarias.</p> <p>Adolescentes de áreas urbanas entre 13 a 17 años.</p> <p>Afroamericanos y Latinos.</p> <p>N=600 en línea base</p> <p>N=484 en el seguimiento a los 4 años</p>	<p>Diseño experimental con grupo de intervención y grupo control.</p> <p>Pretest y seguimiento anual en cada uno de los 3 siguientes años posteriores a la intervención.</p>	<p>Retraso en el inicio de relaciones sexuales (sólo en mujeres): 46% en grupo control no iniciaron relaciones sexuales vs. 34% en grupo de intervención.</p> <p>Aumento de la resistencia a la presión por relaciones sexuales (sólo en mujeres): 75% vs. 20%.</p> <p>Aumento en el uso de doble protección en métodos anticonceptivos: 35% vs. 20%</p> <p>A largo plazo: disminución en la tasa de embarazo de adolescentes</p> <p>Aumento de cuidado de salud en varones sexualmente activos: 74% vs. 46%.</p>	<p>Edad promedio en la evaluación 16 a 20 años.</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b><i>Making Proud Choices!</i></b> Jemmott JB, Jemmott LS, Fong GT. <b>Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention.</b> <i>American Journal of Public Health</i> 1992; 82:372-377.</p>	<p>Programa comunitario Basado en la teoría cognitiva social y la teoría de la acción razonada y la planificación del comportamiento. Currículo de prevención de VIH con énfasis en relaciones sexuales protegidas, incluyendo información sobre abstinencia y uso de condón 8 sesiones de 60 minutos cada una Actividades experienciales para construir habilidades para: retrasar el inicio de la actividad sexual, comunicación y el uso de condones para los/as adolescentes sexualmente activos/as</p>	<p>Filadelfia, PA Edad promedio 11,8 años Adolescentes de 6º y 7º grado. Afroamericanos</p>	<p>Diseño experimental, incluyendo proceso de control aleatorio Pretest y seguimiento después de 3, 6 y 12 meses Los/as participantes recibieron incentivo económico por su participación</p>	<p>Retraso en el inicio de las relaciones sexuales Reducción de la frecuencia de relaciones sexuales Reducción de incidencia de relaciones sexuales sin protección Aumento en el uso de condón</p>	<p>La intervención sobre relaciones sexuales protegidas, redujo las relaciones sexuales sin protección, mientras que la intervención sobre abstinencia no tuvo logros. Edad promedio de la evaluación 12,8 años</p>
<p><b><i>Be Proud! Be Responsible! A Safer Sex Curricula</i></b> ETR Associates. <u>Be Proud! Be Responsible! Programs that Work.</u> <a href="http://www.etr.org/recapp/programs/proud.htm">http://www.etr.org/recapp/programs/proud.htm</a>.</p>	<p>Programa comunitario Currículo de prevención de VIH Seis sesiones de 50 minutos cada una Capacitación de educadores Actividades experienciales de desarrollo de habilidades de negociación, asertivas y de uso de condón</p>	<p>Filadelfia, Pennsylvania Edad promedio 14,6 años Adolescentes varones Afroamericanos de áreas urbanas. N=157 en la línea base N=150 en el seguimiento</p>	<p>Diseño experimental, incluyendo condiciones de intervención y control Reclutamiento en varios lugares Los/as participantes recibieron incentivo económico Pretest, postest y seguimiento a los 3 meses</p>	<p>Reducción de la frecuencia de relaciones sexuales: 2,15 en grupo control vs. 5,48 días en grupo de intervención. Reducción del número de parejas sexuales: 0,85 en grupo control vs. 1,79 en grupo de intervención. Reducción del número de parejas mujeres que estaban involucradas también con otros hombres: 0,19 en grupo de intervención vs. 1,75 en el grupo control. Aumento en el uso de condón (usuarios/as de forma continuada) 4,35 en grupo de intervención vs. 3,50 en grupo control. Reducción de la incidencia de relaciones heterosexuales: 0,7 en grupo de intervención vs. 0,27 en grupo control.</p>	<p>El hecho que el facilitador tenga el mismo sexo que los/as adolescentes, puede ser eficaz para intervención en SIDA en adolescentes Afroamericanos Edad promedio para el seguimiento 15 años</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Poder Latino: A Community AIDS Prevention Program for inner-city Latino Youth</b></p> <p>Sellers DE, McGraw SA, McKinlay JB. <b>Does the promotion and distribution of condoms increase teen sexual activity? Evidence from an HIV prevention program for Latino youth.</b> <i>American Journal of Public Health</i> 1994; 84:1952-1959.</p> <p>Smith KW, McGraw SA, Crawford SL et al. <b>HIV risk among Latino adolescents in two New England cities.</b> <i>American Journal of Public Health</i> 1993; 83:1395-1399.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Talleres de educadores-pares sobre conocimiento de VIH</p> <p>Educadores-pares facilitaron discusiones en varios sitios de la comunidad</p> <p>Presentaciones en eventos importantes de la comunidad</p> <p>Avisos del servicio público</p> <p>Posters en negocios locales y sitios de tránsito público</p> <p>Boletín de noticias trimestral</p> <p>Capacitación intensiva para educadores-pares</p> <p>18 meses de intervención</p>	<p>Boston, Massachusetts (grupo de intervención)</p> <p>Hartford, Connecticut (grupo control)</p> <p>Adolescentes latinos</p> <p>N=586 en la línea base</p> <p>N=536 para el seguimiento</p> <p>Edad promedio: 14 a 20 años.</p>	<p>Diseño quasi-experimental, incluyendo grupo de intervención y grupo control.</p> <p>Pretest y seguimiento a 18 meses</p>	<p>Retraso en el inicio de actividad sexual: (Varones) odds ratio 0,08%</p> <p>Reducción del número de parejas sexuales (mujeres): odds ratio 0,06</p> <p>Aumento en la probabilidad de posesión de condón: 2 veces más probabilidades.</p>	<p>Edad en la evaluación 15,5 a 21,5 años</p>
<p><b>Abecedarian Project</b></p> <p>Campbell FA, Ramey CT, Pungello E et al. <b>Early childhood education: young adult outcomes from the Abecedarian Project.</b> <i>Applied Developmental Science</i> 2002; 6(1):42-57.</p>	<p>Programa comunitario</p> <p>Basado en la teoría sistémica (teoría general de los sistemas).</p> <p>Programa educativo de tiempo completo en un marco de servicios de alta calidad al niño</p> <p>Juegos educativos individualizados, enfocados en el desarrollo social, emocional y cognitivo, con énfasis en el lenguaje</p>	<p>North Carolina</p> <p>Afroamericanos</p> <p>N=111 niños/as (57 intervención y 54 control)</p> <p>Seguimiento</p> <p>N=111 a los 48 meses</p> <p>N=104 seguimiento a la edad de 21</p> <p>Niños/as sanos de familias comprendidos en las condiciones de pobreza.</p>	<p>Diseño experimental, proceso potencial aleatorio con 2 posibles fases de intervención: preescolar y grados de primaria</p>	<p>A largo plazo:</p> <p>Reducción en el número de nacimientos en adolescentes: nacieron 2 veces más los niños en el grupo control</p> <p>Hubo retraso en el primer nacimiento: 45% del grupo de control había tenido su primer hijo a los 19 años o antes, vs. sólo el 25% en el grupo de intervención.</p>	<p>La educación de alta calidad en los servicios para niños/as es clave para jóvenes Afroamericanos en condiciones de pobreza.</p> <p>Edad en la evaluación 21 años</p>

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>"Educación sexual en adolescentes y jóvenes varones y mujeres del área rural"</b>  <b>Paraguay, 1995</b>  <b>CECTEC/UNFPA</b></p>	<p>Trabajo conjunto con organizaciones rurales: organizaciones de base, grupos juveniles, parroquiales y comités de agricultores.</p> <p>Investigación sociocultural</p> <p>Capacitación de capacitadores de estas organizaciones.</p> <p>Desarrollo de materiales didácticos: 8 cuadernillos que abordaban reconocimiento del medio e identidad local, comunicación, derechos, cuerpo, sexualidad, género, nutrición, métodos anticonceptivos, ETS, proyecto de vida.</p> <p>Capacitación de 5713 jóvenes</p> <p>Multiplicación a familiares y amigos</p> <p>Monitoreo y evaluación</p>	<p>Encuesta ex - ante  N=1000</p> <p>Encuesta ex - post</p> <p>N=268 ( varones y mujeres y 2 grupos de edad: 12-15 y 16 - 20)</p> <p>Número de entrevistas  s/d</p>	<p>Cuali-cuantitativa</p> <p>Encuesta ex - ante y ex - post</p> <p>Entrevistas semiestructuradas a jóvenes, representantes institucionales, padres- madres y capacitadote/as</p>	<p>Aumentan conocimientos y disminuyen creencias populares: alrededor de 36%</p> <p>Mejoran actitudes hacia autoestima, relaciones sexuales sanas y seguras, uso de anticonceptivos ETS, y relaciones de género: alrededor de 44%</p> <p>Disminuyen inicio y frecuencia de relaciones sexuales: alrededor de 19%</p> <p>Aumenta uso de anticonceptivos: alrededor de 18%</p> <p>El uso de servicios de salud disminuye.</p> <p>El programa ofreció un espacio para hablar libremente de sexo por primera vez en la vida de lo/as jóvenes.</p> <p>Favoreció la comunicación familiar ya que los/as padres se interesaron en el tema.</p> <p>La demanda por incluirse en el programa sobrepasó al proyecto.</p> <p>Fortaleció el trabajo comunitario de las organizaciones cuyos miembros participaron: jóvenes que se organizaron para mejorar cauces de arroyos, limpieza de plazas, donación de libros, etc.</p>	
<p><b>DeRede de Protagonismo Juvenil no Rio Grande do Norte</b>  <b>Natal, Brasil. 2003</b>  <b>Canto Jovem/UNFPA</b></p>	<p>Investigación sobre juventud y protagonismo juvenil en Rio Grande do Norte</p> <p>Realización del IV Forum sobre Educación Sexual y Salud Reproductiva</p> <p>Capacitación de docentes y adolescentes</p> <p>Encuentro Nacional de Adolescentes</p>	<p>s/d</p>	<p>s/d</p>	<p>Fortalecimiento de las acciones del proyecto ELOS y de las experiencias tendientes al protagonismo juvenil</p> <p>Fortalecimiento de las estrategias de la ONG Canto Joven</p> <p>Realización de encuentros juveniles</p>	

## PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN EN SALUD

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Vida de Rua in Belo Horizonte: Educating Street Youth through Entertainment</b></p> <p>Johns Hopkins BLOOMBERG, School of Public Health</p>	<p>Programa comunicacional.</p> <p>Enter- Enfoque de educación</p> <p>Sensibilizar a directores institucionales frente al riesgo de los/as adolescentes de infección de VIH y obtener su apoyo para la intervención.</p> <p>Sensibilizar e informar a educadores sobre sexualidad y SIDA</p> <p>Capacitar educadores para el adecuado uso de los materiales de apoyo</p> <p>Sensibilizar líderes y padres/madres en la comunidad sobre el riesgo de sus hijos de la infección de VIH y obtener su apoyo para la intervención</p> <p>Capacitar a líderes de pandillas y otros jóvenes como multiplicadores</p> <p>Educar a los/as adolescentes sobre sexualidad.</p> <p>Enfatizar el correcto conocimiento y la correcta desinformación sobre SIDA y la infección de VIH</p> <p>Desarrollar habilidades de prevención de SIDA entre los/as adolescentes.</p> <p>Sensibilizar y obtener apoyo de los medios de comunicación y los patrocinadores comerciales.</p>	<p>Brasil</p> <p>N=400</p> <p>Adolescentes viviendo en condiciones de calle</p>	<p>Metodología cualitativa</p> <p>El proceso de evaluación para este proyecto fue con reuniones mensuales entre educadores comunitarios y el equipo del proyecto</p> <p>Se realizaron encuestas intersectoriales pre y post intervención</p> <p>muestra ramdomizada de 400 jóvenes en condiciones de calle.</p> <p>La encuesta pre-intervención se realizó en enero de 1992, y la encuesta de seguimiento en octubre de 1992</p> <p>Se realizaron 379 entrevistas psicosociales con jóvenes de la calle</p> <p>Grupos Focales.</p> <p>Análisis observacional.</p>	<p>Las encuestas mostraron cambios significativos tanto en los niveles de incremento de conocimiento sobre la transmisión de VIH como en los niveles de disminución de ideas erróneas.</p> <p>Por ejemplo, aquellos que piensan que una persona puede parecer fuerte y aún así tener SIDA disminuyeron en un 14%, mientras que los que piensan que los condones podrían proteger del SIDA aumentaron en un 18%</p> <p>Estos porcentajes fueron notoriamente más altos cuando las respuestas se compararon entre las de aquellos del grupo de intervención (que vieron el video) del grupo control.</p>	<p>Esta innovadora estrategia demostró que los enfoques "enter-educate" pueden funcionar, especialmente cuando la audiencia blanco ve sus propias imágenes reflejadas en los materiales producidos.</p>



Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Isabel: Your Electronic Counselor. Makes Sex Education Accessible to Young People in Peru</b></p> <p>Johns Hopkins BLOOMBERG, School of Public Health</p>	<p>Programa comunicacional</p> <p>Uso de programa interactivos de computación y multimedia</p> <p>Un CD-ROM que aumenta el conocimiento sobre sexualidad, relaciones sexuales, embarazos no planeados, anticoncepción y género, con el propósito de influir la intención de uso de métodos anticonceptivos y prevención de comportamientos de riesgo.</p> <p>Isabel cubre tres temas principales (salud reproductiva, educación sexual y planeación familiar) que abarcan 25 subtemas</p> <p>Se presenta la información a través de videos, caricaturas animadas, texto y audio</p> <p>Isabel contiene también una base de datos anónima capaz de rastrear el sexo del usuario/a, edad, nivel educacional y área de residencia</p> <p>El software está diseñado para uso en las pantallas de tacto, por lo que es accesible a personas con poca o ninguna experiencia previa en computación.</p>	<p>Perú</p> <p>Adolescentes y adultos jóvenes.</p> <p>Encuesta I</p> <p>N= 670</p> <p>67% mujeres</p> <p>Edad promedio 42,9% de 13 a 24 años.</p> <p>84% educación post escolar, después de la secundaria</p> <p><b>Encuesta II</b></p> <p>N=232, usuarios/as de servicios de salud.</p> <p><b>Encuesta III</b></p> <p>Exhibición en el pabellón de la Secretaría de Salud en la "Feria del Hogar y Jardín" en Lima. El software estuvo disponible por 14.0 horas durante la Feria y un total de 2454 personas tuvieron acceso a él.</p> <p>El promedio fue de 18 personas por hora. De la misma forma que en el pretest en la clínica Patres, el software atrajo predominantemente a una audiencia de mujeres jóvenes. 59% de los que usaron el software eran menores de 24 años y el 59% eran mujeres. La mitad de los usuarios entre 20 y 24 años tuvieron acceso a información sobre anticoncepción</p>	<p>Tres encuestas</p> <p>1) Mayo de 1998 – Se instaló el software en el equipo proporcionado por PCP y fue montado en la clínica Patres INPPARES. Isabel quedó disponible para el uso de los/as usuarios/as del servicio por un total de 455 horas por 14 semanas</p> <p>2) Julio y agosto para usuarios/as del servicio. El propósito de este estudio fue verificar la precisión de la base de datos anónima y tener retroalimentación acerca de la calidad y facilidad de uso de Isabel</p> <p>3) Julio y agosto en el pabellón de la Secretaría de Salud en la "Feria del Hogar y Jardín"</p> <p>Base de datos anónima</p>	<p>Isabel agradó al 96% de los/as usuarios/as del servicio de salud.</p> <p>Los/as usuarios/as la describieron como automotivante, inovativa, informativa y educativa</p> <p>El 73% dijo que Isabel es útil</p> <p>Les ayudó a no sentirse avergonzados de ir al servicio de salud.</p> <p>Al 60% de los/as usuarios/as del servicio de salud les fue más fácil interactuar con Isabel que con un consejero tradicional.</p> <p>El resto de los/as usuarios/as del servicio sintió que era mejor hablar con el consejero ya que éste podía dar más información que el software y que la información se les daba en un ámbito más confidencial</p> <p>Los tres puntos que fueron más frecuentemente consultados fueron los beneficios de la salud reproductiva, el machismo y la higiene</p> <p>La información anticonceptiva fue consultada por la mitad de los usuarios entre 20 y 24 años</p>	

Programa	Componentes	Muestra	Evaluación	Resultados/Impacto	Observaciones
<p><b>Andrea: Time for Love</b> Sexual Responsibility on Prime-Time Television</p>		<p>Lima, Perú N=399 Edades promedio de 15 a 19 años Alumnos/as del último año de escuela secundaria.</p>	<p>Cuestionario para medir los efectos sobre actitudes e información buscando comportamientos producidos por la miniserie de TV. Se organizaron también 12 grupos con adolescentes y padres para discutir el contenido y obtener reacciones sobre la miniserie de TV.</p>	<p>72% de adolescentes mujeres y 43% de adolescentes varones habían visto la miniserie de TV El 68,8% de los varones y mujeres del grupo de intervención consideraron que las historias presentadas en la miniserie podrían sucederles a ellos/as. El 15% de los varones y el 25% de las mujeres dijeron que habían vivido esas experiencias El 46,9% de las mujeres del grupo de intervención habían conversado con otras sobre los temas de la miniserie de TV. El 20% de los varones había discutido con alguien los temas de la miniserie de TV. 1/3 de los varones y mujeres adolescentes del grupo de intervención dijeron haber buscado información relacionada con la sexualidad del adolescente. Los cambios de actitudes hacia la sexualidad fueron más importantes en mujeres que en varones. Las adolescentes del grupo de intervención mostraron estadísticamente un menor acuerdo con las declaraciones que... <i>"tener relaciones sexuales es una forma de impresionar a los amigos y que la chica que usa condón con su pareja no tiene valores morales"</i>, en comparación con aquellas del grupo control. De la misma manera, las mujeres del grupo de intervención estaban más dispuestas a pensar que los muchachos que usan condón son "más maduros y responsables" y que "cuidan más a sus novias" que las adolescentes del grupo control</p>	



United Nations Population Fund  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)  
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe