

La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida

Education oriented to the youth as a tool in the prevention of AIDS

John Harold Estrada M.

Estudiante del doctorado en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

Cibercorreo: jhestradam@unal.edu.co

Recibido: 31 enero 2006. Aprobado: 24 enero 2007

Estrada JH. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/sida. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 61-70

Resumen

En América latina se destaca el gran número de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH y que adquirieron la infección a través de prácticas sexuales desprotegidas. Los jóvenes son particularmente vulnerables a la infección por el VIH/sida y en algunos países deben asumir, además, el cuidado de sus padres o parientes infectados. Muchos de ellos son vulnerables por comportamiento sexual, uso de sustancias ilícitas, falta de acceso a información sobre el VIH y a los servicios de salud o, bien, por razones económicas y sociales. Educación para la prevención del VIH/sida significa ofrecer a todos oportunidades de aprendizaje para que adquieran y desarrollen el conocimiento, las competencias, los valores y las actitudes que limitarán la transmisión y el impacto de la pandemia, incluidos el acceso a la atención y el asesoramiento psicológico, así como a la educación para el tratamiento. Los programas educativos

sobre salud sexual y reproductiva, si son de buena calidad, ayudan a retrasar el inicio de la actividad sexual y protegen a los jóvenes sexualmente activos contra el VIH y contra otras enfermedades de transmisión sexual y el embarazo. Dicha educación brinda el conocimiento y promueve las actitudes y comportamientos requeridos para combatir la epidemia y es vital para mejorar factores contextuales que pueden detener la epidemia, ampliando el acceso a una educación de calidad para todos. Además, transforman el entorno de desigualdad entre los sexos, valorando la diversidad y el contexto, mediante el impulso de valores como la igualdad, la democracia y el respeto de los derechos humanos. Ahí donde el ritmo de la infección ha disminuido, la educación ha sido la responsable.

----- *Palabras clave:* VIH, sida, prevención, educación, juventud, vulnerabilidad

Summary

A large number of young people of ages 15-24 in Latin America are living with HIV/AIDS after being infected through non protected sexual practices. Young people is particularly vulnerable to get infected with HIV/AIDS and they even should take care of their infected parents or relatives. Most of them become vulnerable due to their sexual behavior, use of drugs, lack of information about HIV and weak access to health services or by economic and social reasons. Education for the prevention of HIV/AIDS implies the offering of opportunities for all to learn about how to acquire and develop knowledge, competence, values and attitudes that can limit the transmission and the impact of the pandemic, including access to support and to psychological assistance, as well as education concerning the treatment. Educational programs for sexual and reproductive health help to restrain the beginning of active sexual life and

protect the sexually active young people against HIV and other sexually transmitted infections (STI) as well as pregnancy, but mainly if all of these programs are of good quality. Such an education delivers the knowledge and promotes the required behavior to struggle against the epidemic. It is also vital to improve contextual factors related to the epidemic itself, thus facilitating the access to an education with quality for all. Furthermore, it also transforms unequal conditions among sexes, appraising the diversity and the context by means of promoting values like equality, democracy and respect for human rights. In those contexts where the rhythm of the infection has decreased, education has been the responsible force.

----- *Key words:* HIV, aids, prevention, education, youth, vulnerability

Introducción

Se estima, por parte del programa de sida de las Naciones Unidas (Onusida),¹ que a diciembre del 2004 se habían reportado más de 62 millones de personas infectadas por el VIH desde el inicio de la pandemia, de los cuales 5 millones habían contraído la infección durante el último año, entre ellas 800.000 niños y niñas. Un total de 42 millones de personas viven actualmente con el VIH/sida y, de no recibir tratamiento adecuado, pasarán a engrosar las filas de defunciones por causa de la enfermedad. La pandemia del sida causó más de 3 millones de muertos durante el año 2004; más de 90% de las defunciones y de las infecciones nuevas ocurren en los países pobres, donde menos de 5% de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral pueden tener acceso a esta terapia debido a las barreras generadas por los precios de los medicamentos.²

En América latina y el Caribe,³ la epidemia está bien consolidada y existe el peligro de que se propague de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces. En la región se combinan los factores de desarrollo socioeconómico desigual (en función de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de analfabetismo y concentración de la riqueza y de la tierra en pocas manos) con la gran movilidad de la población para favorecer la propagación del VIH. Se calcula que en la región viven con el VIH cerca de 2 millones de personas, entre las cuales se incluyen las más de 200.000 personas que se infectaron el año pasado. En algunos países de la región (Haití, Bermudas, Guyana, Belice y República Dominicana) la prevalencia estimada de VIH es de 3 a 6% y en mujeres embarazadas, igual o superior a 1%; en estas zonas, la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual.⁴

En algunos de estos países, el VIH/sida es la primera causa de mortalidad, por detrás solamente de los países del África subsahariana. La excepción se presenta en Cuba, que contiene la epidemia con una tasa de prevalencia en adultos de 0,03%.⁵

El Onusida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶ establecen que la epidemia de VIH es concentrada cuando la prevalencia en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes no es superior a 1%.⁷ Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia y, en general, a la región andina. El informe epidemiológico de Colombia se basa en los datos presentados por el Instituto Nacional de Salud, a propósito de los 20 años de la epidemia en nuestro país en septiembre del 2003.⁸ El primer caso de VIH/sida en Colombia fue reportado en septiembre de 1983 en una mujer trabajadora sexual de

Cartagena (Bolívar) y hasta el 30 de junio del 2003 se habían reportado 40.072 casos. La incidencia notificada acumulada de VIH sería de 10,9 por 10.000 habitantes, asumiendo la población a mitad de periodo (población de 1992-1993 de 36.763.923). La tendencia de la notificación de casos es lineal ($r^2 = 0,88$), lo que significa un aumento de la incidencia registrada en 5,9%, para incidencia reportada esperada en el 2003 de 10,31 por 100.000 habitantes.

Del mismo informe presentado, se puede evidenciar el comportamiento de la infección por grupos etáreos, donde se hace evidente el mayor peso proporcional de los grupos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años, lo que permitiría suponer que las personas están adquiriendo la infección en las primeras décadas de su vida y que la expresión sintomática o la detección de la infección se produce entre la tercera y cuarta década de vida, con el deterioro progresivo de los indicadores de años de vida potencialmente perdidos, años de vida saludables y esperanza de vida al nacer.⁹

La información presentada anteriormente se complementa con la revisión de los indicadores sobre salud sexual y reproductiva (SSR)* en América latina, donde se destaca el gran número de adolescentes embarazadas y el hecho de que la vía sexual sea el factor de exposición al VIH más significativo en los adultos de 15 a 45 años, en particular en los jóvenes de 15 a 24 años. Estos dos fenómenos (el embarazo adolescente y la infección por el VIH) presentan elementos comunes, ya que dependen de prácticas sexuales desprotegidas y afectan principalmente a las poblaciones jóvenes, empobrecidas o marginalizadas.

Paralelamente con el aumento de la prevalencia de infección entre la población juvenil, los reportes internacionales y nacionales coinciden en señalar que en los países y regiones más afectados por la epidemia, se presenta aumento del porcentaje de jóvenes que tiene iniciación sexual temprana, alto número de parejas sexuales, relaciones sexuales penetrativas no protegidas, infecciones de transmisión sexual, bajos niveles de conocimiento sobre ITS/VIH/sida, desinformación sobre el uso del preservativo y medidas de prevención en salud sexual y reproductiva, entre otras variables estudiadas.^{10, 11}

Los datos presentados en la XIII conferencia internacional de sida en Bangkok por Onusida (julio del 2004) y en el informe de diciembre del 2004,¹² así como en

* Se define como atención en salud reproductiva el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no solamente la orientación y la atención referentes a la reproducción y a las enfermedades sexualmente transmisibles.

el Foro Iberoamericano de La Habana (abril del 2003) estiman que cerca de 14 millones de personas entre 15 y 24 años viven con VIH/sida, lo cual corresponde a la mitad de las infecciones entre adultos. África subsahariana es la región más afectada, ya que le corresponde más de 70% de los jóvenes que viven con el VIH/sida y 90% de los huérfanos por sida en todo el mundo.¹³

Juventud y vulnerabilidad frente al VIH/sida

Para muchos adultos, en todo el mundo, es difícil aceptar o admitir que un gran número de jóvenes tienen vida sexual activa desde temprana edad, son sexualmente activos antes del matrimonio, no son monógamos y no usan el condón regularmente con sus parejas ocasionales o permanentes como medida de protección. En muchos países, una proporción significativa de hombres y mujeres jóvenes tiene actividad sexual antes de los 15 años y muchos de ellos pueden estar usando drogas ilícitas como parte de su tránsito de la niñez a la adolescencia.^{14, 15}

Los jóvenes son particularmente vulnerables a la infección por el VIH/sida y en algunos países deben asumir, además, el cuidado de sus padres o parientes infectados. Muchos de ellos son vulnerables por comportamiento sexual, uso de sustancias ilícitas, falta de acceso a información sobre el VIH y a los servicios de salud o, bien, por razones económicas y sociales. El estigma desencadenado por el VIH es particularmente dañino para los jóvenes, dado que es la época en que consolidan su identidad y establecen su lugar en el mundo.¹⁶

En la mayoría de nuestras sociedades, la ideología dominante promueve la ignorancia sexual entre las mujeres jóvenes, la mayoría de las veces disfrazada de inocencia. Al mismo tiempo, muchas niñas y mujeres jóvenes tienen en la actualidad poco control sobre cómo, cuándo y dónde tienen lugar sus relaciones sexuales.¹⁵ Esto es cierto también para países como Colombia, pero los jóvenes son al mismo tiempo la población que ofrece esperanza para cambiar el curso de la epidemia del VIH/sida si se les da la oportunidad y el apoyo requerido para hacerlo.

La vulnerabilidad de la gente joven abarca poco conocimiento sobre cómo se transmite la infección y poco o nulo conocimiento sobre cómo evitarla o prevenirla. Millones de personas jóvenes en el mundo nunca han oído hablar del VIH y muchos más tienen concepciones erradas acerca de la infección. A esto se suma la inequidad en el acceso a la información acerca del VIH que muchas mujeres jóvenes experimentan frente a los hombres de la misma edad en la mayoría de los países. Diversos factores biológicos, sociales y económicos hacen que las mujeres jóvenes sean especialmente vulnerables al VIH, lo que en ocasiones, conduce a la

infección poco después de que hayan iniciado su actividad sexual.¹⁸

Educación y VIH/sida

Los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva, si son de buena calidad, ayudan a retrasar el inicio de la actividad sexual y protegen a los jóvenes sexualmente activos contra el VIH y contra otras enfermedades de transmisión sexual y el embarazo.¹⁷ El curso futuro de la infección del VIH depende en gran parte de los esfuerzos que se realicen para prevenir la infección de la gente joven, tomada esta como la gran fuerza potencial de cambio. Los programas de prevención para gente joven escolarizada son un componente esencial de cualquier esfuerzo nacional para disminuir el VIH. Estos años han dejado algunas lecciones importantes para hacerlo efectivamente. Los programas deben ser sostenidos, es decir, que comiencen antes de la pubertad y se mantengan durante todos los años escolares. Muchas autoridades civiles o religiosas se resisten a esta idea por pensar que la iniciación sexual se hace más temprana. Sin embargo, la edad de iniciación sexual está marcada por una amplia variedad de factores y la importancia de hábitos saludables, incluidos los relacionados con las ITS y el VIH, que deben abordarse a temprana edad en el hogar y la escuela. La educación para la prevención debe ser comprensiva, con balance apropiado según la edad de temas como el desarrollo, información reproductiva y sexual y, sobre todo, discusión de actitudes y valores.¹⁸

Hay otros aspectos que deben destacarse en los programas exitosos. El primero de ellos es *la consistencia de los mensajes*: los currículos exitosos proveen y refuerzan mensajes claros acerca del riesgo de la actividad sexual juvenil y sobre cómo realizar un encuentro sexual sin riesgo o cómo protegerse de embarazos no programados o ITS. Esto requiere obviamente de profesores entrenados que respalden y potencien los programas, los cuales deben acompañarse de una inclusión de las creencias locales, los sistemas de valores aceptados en la comunidad y los mitos e ideas que circulan entre esta y la gente joven.

Los programas destinados a jóvenes deben entonces procurar contrarrestar las normas sociales perjudiciales por razón del sexo que llevan a un aumento del riesgo en hombres y mujeres. Estos programas deberían, entre otros temas, fomentar la discusión sobre la forma como se educan los niños, cuestionar los conceptos de masculinidad y feminidad y los estereotipos de género basados en la desigualdad, animar a los jóvenes a que hablen sobre el sexo, la violencia, el consumo de drogas y el sida entre ellos y con sus parejas actuales o futuras, educar sobre la responsabilidad sexual y reproductiva masculina y femenina, estimular a las mujeres jóvenes

para la autoafirmación y para que dispongan de aptitudes para negociar las relaciones afectivas, las sexuales y la reproducción, educar sobre la democratización en las relaciones afectivas en las esferas pública y privada, apoyar las acciones para reducir la violencia masculina—incluida la violencia doméstica y sexual— y fomentar la comprensión y la aceptación de las personas con opciones distintas de ejercicio de su sexualidad.¹⁹

En junio del 2001,²⁰ la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) así como la Unesco,^{21, 22} el UNAIDS,²³ la Unicef²⁴ y el Banco Mundial,²⁵ entre otros, señalaron la educación como la principal herramienta para alcanzar en los próximos años (en una primera etapa, el año 2015) una disminución cercana al 25% en los valores de prevalencia de la infección, particularmente entre los jóvenes.

En nuestro país, el Ministerio de la Protección Social publicó en enero del 2003 la Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva para los años 2004-2007 y, en noviembre del 2004, el Plan Intersectorial de Repuesta ante el VIH/sida. En dichos documentos se da capital importancia al trabajo educativo con jóvenes escolarizados o no, como herramienta fundamental para controlar el curso de la epidemia y apuntar así al cumplimiento de los objetivos internacionales, denominados Objetivos del Milenio por la OMS, dentro de los cuales está reducir la magnitud de la epidemia del VIH/sida en todo el mundo.²⁶

La política²⁷ plantea seis programas claves (uno de ellos, el de prevención y atención de ITS/VIH/sida), cada uno de los cuales deberá desarrollar cuatro estrategias, así: 1) formulación, desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación y comunicación, 2) coordinación intersectorial e interinstitucional, 3) fortalecimiento de la gestión institucional y 4) fortalecimiento de la participación. En el desarrollo de la estrategia de coordinación intersectorial e interinstitucional relacionada con el programa de ITS y VIH/sida se invita a que “los proyectos educativos institucionales contemplen proyectos que promuevan estilos de vida saludables y proyectos de educación sexual que tengan en cuenta la educación para una sexualidad integral basada no solo en la genitalidad sino en todos los elementos psicosociales que configuran una sexualidad sana y responsable”.²⁸ Igualmente, se propone que se “realicen proyectos de educación no formal e informal para que las organizaciones de la comunidad y muy especialmente los adolescentes, fortalezcan sus conocimientos, actitudes y prácticas en lo que tiene que ver con la transmisión de ITS, VIH”.²⁹

La necesidad de una educación para la prevención del VIH/sida surge de los tipos de ignorancia estrechamente asociados con la epidemia. Esta educación es el fundamento para el desarrollo de comportamientos que pueden reducir el riesgo y la vulnerabilidad, las dos ca-

racterísticas que contribuyen a propagar el VIH. La educación es el instrumento más importante para reducir la vulnerabilidad personal a la propagación del VIH: ella puede empoderar a las personas para que tomen decisiones libres e informadas, especialmente acerca de la negociación sexual y la utilización de preservativos. La educación basada en competencias para la vida corriente, destinada a promover la toma de conciencia y a desarrollar las actitudes y competencias que reducen el comportamiento arriesgado, son exitosas si se implementan sistemáticamente.

Prevenir significa reducir el riesgo y la vulnerabilidad en el marco del respeto de los derechos humanos, no solo mediante la protección de las personas no afectadas, sino cambiando el contexto en que ocurren las situaciones de riesgo y vulnerabilidad. En palabras de la Unesco:

“Educación para la prevención del VIH/sida” significa ofrecer a todos oportunidades de aprendizaje para que adquieran y desarrollen el conocimiento, las competencias, los valores y las actitudes que limitarán la transmisión y el impacto de la pandemia, incluyendo el acceso a la atención y el asesoramiento psicológico, así como a la educación para el tratamiento. Asimismo, significa, gracias a la mejora de la prevención y la planificación, limitar el impacto del VIH/sida en el sector de la educación, preservando así las funciones esenciales de los sistemas educacionales.³⁰

Se reconoce que la educación sola no puede combatir el entorno en el que la epidemia cobra sus víctimas.³¹ Sin embargo, la educación es un elemento clave de la respuesta. Ella brinda el conocimiento y promueve las actitudes y comportamientos requeridos para combatir la epidemia. Es vital para mejorar factores contextuales que pueden detener la epidemia, ampliando el acceso a una educación de calidad para todos, transformando el entorno de desigualdad entre los sexos, valorando la diversidad y el contexto, así como mediante el impulso de valores tales como la igualdad, la democracia y el respeto de los derechos humanos. Ahí donde el ritmo de la infección ha disminuido, la educación ha sido la responsable.³²

La educación, formal o informal, contribuye al esfuerzo de la prevención. El conocimiento adquirido brinda protección contra la vulnerabilidad individual y proporciona los instrumentos para comprender y evitar el riesgo. Igualmente, crea un contexto en el que la epidemia se puede discutir y comprender y en el que las personas infectadas y afectadas son incluidas dentro de la sociedad. La educación para prevenir debe tener en cuenta las mentalidades y la cultura en que están enraizadas, a fin de generar las actitudes, desarrollar las competencias y sustentar las motivaciones necesarias para cambiar el comportamiento, con el propósito de reducir los riesgos y la vulnerabilidad. Hoy en día la educación para la prevención es la mejor de las vacunas.³³

Recientemente, en la primera reunión general del Comité Técnico Consultivo sobre VIH/sida/ITS de la OPS, se llegó a la conclusión de que, para lograr una educación óptima sobre VIH entre jóvenes, los contenidos de programas deben estar basados en la evidencia. Los participantes en el panel de juventud de la reunión de enero del 2005 detallaron algunos de los elementos imprescindibles de la educación juvenil en VIH, además de desafíos y proyectos actuales, así:

- Los jóvenes necesitan participar en intervenciones que reduzcan su vulnerabilidad ante el VIH.
- Los jóvenes que ya están infectados precisan de una ayuda enfocada a prolongar la vida sexual activa y disminuir al máximo el riesgo de transmisión adicional; esto se consigue con estrategias nacionales y locales.
- Se deben evaluar las intervenciones creativas y las mejores prácticas.
- El uso de fondos públicos en programas cuyos contenidos no están apoyados por la evidencia se corrige asegurándose de que las intervenciones con dinero público tengan una base científica.
- En América latina y el Caribe, algunos de los retos identificados fueron los de lograr la cooperación interinstitucional coordinada y validada, el establecimiento de una política sólida sobre la educación sexual y reproductiva de jóvenes, la evaluación de indicadores específicos en la población juvenil y la capacitación de jóvenes como agentes de cambio.³⁴

Muchas y variadas han sido las intervenciones educativas destinadas a jóvenes, encaminadas a disminuir la prevalencia de la infección por el VIH, desde asesorías en líneas telefónicas, folletos o cartillas ilustrativas, afiches, conferencias, películas, obras de teatro, avisos en radio y televisión, educación a través de internet, hasta cursos y talleres de formación y capacitación en prevención en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/sida, con duración variable.³⁵

En los sitios donde han sido aplicadas de manera sistemática estas acciones, se han observado disminuciones en la tendencia de crecimiento de la infección y hasta podría aventurarse un optimismo frente al éxito de las acciones educativas; sin embargo, al revisar la literatura, no es claro cuáles han sido los mecanismos de evaluación de estas acciones y si se puede adjudicar a ellas toda la disminución en las tasas de prevalencia o si se debe a una conjunción de factores aún no dilucidados, entre los cuales se incluyen descensos en las tasas de mortalidad en las personas afectadas de un país o región.³⁶⁻³⁹

Evaluación de estrategias de educación

En la literatura relacionada con aspectos teóricos de evaluación de proyectos de prevención basados en

educación,⁴⁰ se aprecia un abanico de posibilidades de realizar la evaluación, con predominio de enfoques cuantitativos que incluyen entrevistas estructuradas y estadísticas de servicio, o —más escasos— enfoques cualitativos que incluyen observación directa con lista de chequeo, observación sistemática, observación etnográfica, entrevistas en profundidad y grupos focales.⁴¹

Otra tendencia consiste en diferenciar si se trata de evaluación de procesos, evaluación de resultados o cambio, o evaluación de relación causa-efecto. Una tendencia más, con gran número de publicaciones, es aquella que evalúa la relación costo-efectividad desde una mirada económica del problema.⁴²⁻⁴⁴

Para evaluar los efectos de la educación sobre salud sexual y el VIH/sida, Onusida⁴⁵ realizó una revisión de 68 informes localizados con la estrategia de medicina basada en la evidencia en 13 bases de datos internacionales. De 53 estudios que evaluaron intervenciones específicas, 27 concluían que la educación sobre salud sexual ni aumentaba ni disminuía la actividad sexual ni las tasas de embarazo e ITS. Un total de 22 señalaban que dicha educación retrasaba el comienzo de la actividad sexual, reducía el número de parejas o rebajaban las tasas de embarazos e ITS. Tres estudios reportaban un aumento de la actividad sexual con la educación. De este grupo de estudios, concluyen los autores que hay pocas pruebas para afirmar que la educación sexual promueve la promiscuidad sexual y aclaran que hay reparos metodológicos y de diseño que comprometen esta afirmación. Sin embargo, destacan factores positivos que sugieren que se incorporen en futuros programas, así como mecanismos para evaluar su impacto. La iniciación sexual de los jóvenes se produce entre los 13 y 19 años, con variaciones según los países. La mayoría de ellos empiezan a tener relaciones antes de cumplir los 20 y la mitad, al menos, en torno a los 16. La utilización de anticonceptivos y la prevención de ITS varían según la edad de iniciación sexual, es decir, que a mayor inicio de edad de las relaciones, hay mayor probabilidad de usar preservativo.

La educación ha mostrado ser eficaz, en particular, si se imparte antes de la primera relación. La tasa de cambio de pareja es más alta antes de los 20. Se producen sucesivas relaciones monógamas y, dado su carácter estable, para los jóvenes no tiene riesgo de adquisición de ITS o de VIH y por ello se exponen a relaciones sin protección, lo que favorece que se tengan relaciones sexuales sin protección con parejas múltiples, con lo cual el riesgo acumulado resulta invisible, debido a la monogamia aparente y al compromiso en cada relación. Se han correlacionado tasas altas de ITS con inicio temprano de actividad sexual. La educación es eficaz para reducir esas consecuencias no deseadas, pero, asimismo, la educación institucionalizada, que es de larga data, dista de ser un concepto homogéneo o unitario y abarca un amplio abanico de planes de estudio.

- **Estudios de intervención controlados.** En 15 estudios de Estados Unidos se hallaron resultados homogéneos y, por el rigor de su diseño, se puede deducir que la educación sexual no provoca una mayor actividad sexual y que, por el contrario, puede lograr que los jóvenes hagan elecciones más seguras y responsables.
- **Otros estudios de intervención.** En esta categoría caben 38 estudios que muestran que la educación puede mejorar la seguridad en las relaciones sexuales sin desembocar en una mayor actividad sexual.
- **Estudios comparativos internacionales o nacionales.** Los 5 estudios disponibles indican que en los lugares y épocas en los que ha existido una política abierta y liberal, al tiempo que se impartía educación sobre salud sexual y se prestaban servicios afines, se han dado también tasas inferiores de embarazos, natalidad, abortos y ITS.

Del análisis anterior se puede concluir que la educación sexual representa un recurso valioso para moldear el contacto sexual entre los jóvenes, pero no es, con frecuencia, el elemento más influyente, de manera que el potencial de la educación debe evaluarse en el contexto de otras influencias sobre la salud sexual de los jóvenes.⁴⁶

Uno de los autores más prolíficos en la revisión de literatura internacional en el tema de evaluación de programas formales de educación en VIH/sida es Douglas Kirby, quien reiteradamente, desde 1981,⁴⁷⁻⁵⁰ viene trabajando el tema de educación sexual, VIH y sida. Llama poderosamente la atención que el grupo de trabajo del autor se orienta a la evaluación casi exclusiva de programas basados en la abstinencia, tendencia que ha ganado fuerza en Estados Unidos desde el gobierno de George Bush padre y que se ha profundizado en los periodos de gobierno de George Bush hijo, administración en la cual los recursos federales para prevención del VIH/sida se han condicionado a la implementación de programas formales educativos basados en la abstinencia como único método de prevención contra la infección. A esta metodología se le conoce como metodología *A*, por la inicial en inglés del término *abstinence* (abstinencia sexual), en contraposición con la denominada metodología *ABC*, por las iniciales de los términos en inglés *abstinence*, *be faithful* y *condom use* (abstinencia sexual, ser fiel y uso del condón). Al respecto, la Fundación Estadounidense de Investigación sobre el Sida (American Foundation for AIDS Research, AMFAR) publicó en abril del 2005, en su boletín electrónico disponible en su cibernsio, un estudio sobre la efectividad real de los programas basados únicamente en la abstinencia y su comparación con otros programas que se fundamentan en la metodología *ABC*.⁵¹ En este estudio,

la fundación resalta la implementación, en el año 2003, del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida (PEPFAR según su sigla en inglés), con el mandato específico de destinar un tercio de todos los recursos destinados para prevención a programas enmarcados solamente en la abstinencia o abstinencia y fidelidad, programas que en total recibieron en el 2005 la suma de 167 millones de dólares.

El principal objetivo de estos programas enfatiza en posponer las relaciones sexuales hasta el momento del matrimonio y en las directrices que los acompañan se prohíbe tajantemente hablar de temas como técnicas de prevención, uso de condones o diversidad sexual. Otros programas, de menor escala y que no reciben fondos federales, denominados *AB plus* incluyen en sus contenidos la discusión de alternativas de planificación sexual para jóvenes sexualmente activos. Resultados de revisiones sistemáticas muestran que “las más rigurosas revisiones publicadas para evaluar 28 programas de educación en USA y Canadá cuyo propósito es reducir el embarazo adolescente y las ITS, incluido el VIH, encontraron que ninguno de los tres programas basados únicamente en la abstinencia que cumplieron con los criterios de inclusión de la revisión, demostraron evidencia de eficacia en demorar el debut sexual”.⁵² Además, continúa el autor, “estos programas no reducen la frecuencia del sexo o el número de parejas entre aquellos estudiantes sexualmente activos”, mientras que nueve programas *A plus* mostraron efectividad en retrasar el debut sexual así como en reducir el número de encuentros sexuales e incrementar el uso del preservativo una vez comenzaba la actividad sexual. Por otra parte, en países subdesarrollados donde se implementan programas de prevención con fondos estadounidenses, se encontró que de 15 evaluados, solo 5 mostraron eficacia en posponer el debut sexual y de la revisión de 11 programas del mismo tipo en África, se encontró que solo uno fue efectivo en posponer el debut sexual.⁵³

La conclusión del estudio es tajante frente a los programas basados en la abstinencia, toda vez que la evidencia científica no respalda la política gubernamental de Estados Unidos dirigida a los jóvenes; al contrario, afirman los investigadores: “La evidencia científica sugiere que invertir en educación sexual comprensiva que incluya soportes para la abstinencia, pero que provea información para reducción del riesgo será una más efectiva estrategia de prevención dirigida a gente joven”.⁵⁴

Douglas Kirby, en una de sus más recientes publicaciones, encuentra que aquellos programas exitosos en cuanto al retraso de la iniciación sexual y aumento del uso de preservativos presentan uno o más de los siguientes rasgos:⁵⁵

1. La teoría de la influencia social, la teoría del aprendizaje social o las teorías cognitivo-com-

- portamentales del comportamiento respaldaban las intervenciones.
2. Los programas estaban centrados en los objetivos específicos de retrasar y proteger las relaciones sexuales.
 3. Las intervenciones tenían al menos una extensión de 14 horas o se trabajaba en grupos pequeños para optimizar la utilización del tiempo en el caso de programas más breves.
 4. Se utilizaban diversas actividades interactivas, como escenificación de situaciones, debates y sesiones de reflexión, con el fin de que los participantes personalizaran los riesgos y participaran activamente en el proceso de elaboración de estrategias.
 5. Se hacían afirmaciones muy claras sobre las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y cómo evitarlas.
 6. Se identificaban las influencias sociales de compañeros y medios de comunicación favorables al mantenimiento de relaciones sexuales o de relaciones sexuales sin protección, así como las estrategias para responder a esas presiones y enfrentarse a ellas cuando se presentaran.
 7. Se producía un evidente fortalecimiento de valores en apoyo a los objetivos de los programas y se elaboraban normas de grupo contra el sexo sin protección, según la edad y las experiencias de los participantes.
 8. Los programas incluían actividades que permitían a los participantes observar en otros, y ensayar ellos, técnicas de comunicación y negociación de especial eficacia para retrasar la iniciación de las relaciones sexuales o para protegerse en el caso de iniciarlas.
 9. Se daba una formación eficaz para esas intervenciones principales.

Por su parte, la Unesco, al señalar las características que debe tener en cuenta un programa destinado a jóvenes, puntualiza el énfasis en la cooperación de múltiples actores de la sociedad civil y enfatiza que el aprendizaje acerca del VIH/sida tiene más impacto sobre el comportamiento cuando se lo imparte en un contexto de aprendizaje de competencias para la vida corriente y el desarrollo del sentido de responsabilidad y confianza en sí mismo.⁵⁶

Por otro lado, la Fundación Estadounidense de Investigación sobre el Sida (AMFAR)⁵⁷ señala que los programas educativos se consideran exitosos si:

1. reducen uno o más comportamientos que favorezcan el embarazo adolescente, las ITS o la infección por el VIH,
2. brindan información clara acerca de la actividad sexual y el uso de anticonceptivos y preservativos,

3. proveen información básica acerca de los riesgos de la sexualidad juvenil,
4. promueven actividades para enfrentar la presión social que influye en la actividad sexual,
5. ofrecen herramientas comunicativas para negociar o rehusar relaciones sexuales no deseadas,
6. tienen en cuenta —en las influencias del comportamiento de los jóvenes— factores como la edad, la cultura y la experiencia específica, y
7. son de una duración suficientemente prolongada.

En nuestro país, son notorias las intervenciones que se han realizado desde el Estado, las ONG y el sector académico público y privado para tratar de disminuir la progresión de la infección del VIH/sida; sin embargo, al indagar por programas formales de educación dirigidos a jóvenes, el inventario es mucho menor y se reduce a las propuestas derivadas del plan intersectorial de respuesta al VIH/sida⁵⁸ o de la política nacional de salud sexual y reproductiva⁵⁹ (relativas a los estudiantes de secundaria), o a experiencias de corta duración de algunas universidades públicas y privadas. En dicho inventario es de destacar que en la Universidad Nacional de Colombia ha funcionado un curso formal del componente flexible que aborda la temática de la infección por el VIH/sida dirigido a la población de estudiantes de las distintas facultades.⁶⁰

Esta propuesta educativa para adolescentes y universitarios tiene como objetivo aportar elementos que contribuyan a la comprensión de la infección por VIH y colaborar con la disminución de su incidencia formando a los jóvenes como multiplicadores de la propuesta. Se realiza de acuerdo con concepciones epistemológicas, temáticas, metodológicas y didácticas; análisis epidemiológico del contexto internacional, nacional y local en relación con el VIH/sida; políticas de salud sexual y reproductiva; políticas educativas con énfasis pedagógicos y características de los jóvenes (intereses, necesidades y expectativas). Los ejes temáticos que conducen el curso son la epidemiología (clásica, clínica y crítica), las teorías de género y las posturas pedagógicas que integran elementos de autoestructuración y heteroestructuración con la educación popular de origen latinoamericano. Se estructura como un curso o seminario de 15 sesiones, de tres horas cada una, y tres de trabajo autónomo semanal. Los temas son: orígenes y evolución del VIH/sida, aspectos epidemiológicos, fisiopatología, identidades masculinas y femeninas, juventud y vulnerabilidad frente al VIH/sida, anticipación social del riesgo, estrategias de prevención, mujer y VIH/sida e interacción social con personas que viven con VIH/sida.

La experiencia tiene dos años de implementación en la Universidad Nacional de Colombia, ha capacitado

300 jóvenes universitarios, ha tenido reconocimientos nacionales* e internacionales (Panamá, Cuba, Brasil y Tailandia) y se considera como un proyecto educativo primordial e imprescindible para la vida universitaria. La propuesta es pionera en la educación formal en Latinoamérica y se convierte en un valioso aporte para el trabajo de promoción y prevención frente al VIH/sida, por su aplicabilidad a población escolarizada o no (marginales, desplazados y confinados), la flexibilidad metodológica que permite el despliegue creativo y las particularidades pedagógicas que integran los saberes de los jóvenes.

Por otra parte, la diversidad y poca sistematización de las experiencias de evaluación disponibles en la revisión de la literatura, no permiten —al menos por ahora— realizar una visión de conjunto que permita evaluar las experiencias de programas de educación formal en el país, por lo cual se propone la creación de una propuesta de evaluación que pueda ser aplicada a programas formales educativos con las adaptaciones respectivas, según el caso del que se trate. Se considera fundamental estudiar el currículo de las propuestas educativas seleccionadas, pues este constituye una selección cultural realizada desde unas intencionalidades y unas determinadas relaciones de poder. De igual manera, es necesario establecer unas mínimas definiciones operativas de algunas categorías que pueden guiar el proceso de evaluación, así:†

- *Concepciones pedagógicas*: son las afirmaciones acerca de las funciones (intencionalidades, propósitos) de la educación, sobre el hombre y mujer que contribuye a formar, el tipo de sociedad a construir, el aprendizaje, los sujetos del proceso educativo (profesores, estudiantes).
- *Concepciones curriculares*: son las afirmaciones acerca de los contenidos que se enseñan, los criterios para su selección, la lectura de la realidad que ellos hacen, las formas de organización e integración de los saberes, las metodologías, los materiales educativos, la evaluación.
- *Pertinencia*: son las afirmaciones que permiten notar si se tienen en cuenta los saberes de los jóvenes y

adultos y se incorporan al desarrollo del proceso formativo y, si es un programa específico para jóvenes

- *Contextualización*: son las afirmaciones que permiten ver si los contenidos de los programas y los materiales reflejan las necesidades específicas y el contexto sociocultural del aprendiz con respecto a la utilidad a la vida real. En otras palabras, ¿qué tan relevante son el contenido y los materiales a la vida de los aprendices?

Referencias

1. Onusida, Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia de sida. Diciembre 2004. Ginebra: Onusida, Organización Mundial de la Salud; 2004. 39 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Francia. 2004. Ginebra: OMS, 2004
3. Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial. García A, Noguer I, Cowgill K. (ed.) El VIH/sida en países de América latina. Los retos futuros. Washington: OPS; 2004. 316 p. Publicación científica y técnica No. 597.
4. UNAIDS, OPS. Vigilancia del sida en las Américas. Washington: UNAIDS, OPS; 2004. p. 21
5. UNAIDS, OPS. Vigilancia del sida en las Américas. Washington: UNAIDS, OPS; 2004. p. 21
6. Onusida. OPS OMS Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. Ginebra: Onusida. 2000.
7. Family Health International. USAID. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. 2000. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/Topics/BSS.htm>
8. Prieto F. Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. Inf Quinc Epidemiol Nac 2003; 8 (22):353-68.
9. Prieto F. Veinte años del VIH en Colombia, 1983-2003. Datos de la vigilancia epidemiológica. Inf Quinc Epidemiol Nac 2003; 8 (22):353-68.
10. Onusida. Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia de sida. Onusida; 2004.
11. Profamilia. UNFPA. Encuesta nacional de demografía y salud 2000. La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Bogotá: Profamilia; 2002. 309 p.
12. Onusida. [Sitio en Internet] Disponible en: www.unaids.org.
13. Onusida. Organización Mundial de la Salud. Situación de la epidemia de sida. Diciembre 2004.
14. Onusida., Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida. 2002. Washington: ONSIDA, OMS; 2002.

* La propuesta corresponde a la tesis del autor en la maestría en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia, que mereció la distinción de laureada por parte del Consejo Académico de la Universidad, mediante resolución N.º 041 del 26 de julio del 2005.

† Categorías elaboradas por el profesor Jorge Jairo Posada de la Universidad Pedagógica Nacional en su trabajo de tesis doctoral titulado: *Políticas educativas, concepciones pedagógicas y curriculares en la educación de personas jóvenes y adultas en Colombia de 1990 a 2003*.

15. Onusida. Campaña mundial contra el sida 2004. Mujeres, muchachas, VIH y sida. Visión estratégica e informe de base. Washington: Onusida; 2004.
16. UNICEF. Onusida. OMS. Los jóvenes y el VIH/sida. Una oportunidad en un momento crucial. Washington: UNICEF. Onusida. OMS. 2002.
17. Onusida. Enfoques innovadores en la prevención del VIH. Estudios de caso seleccionados. Washington: Onusida; 2001.
18. Onusida. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida. Washington: Onusida, OMS; 2002.
19. Onusida. El VIH/sida y los jóvenes: la esperanza del mañana. Diciembre 2004.
20. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. UNGASS. Declaración de compromiso sobre el VIH/sida. 27 de Junio de 2001. New York: ONU; 2001 [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/organs/ga/specsess/aids/conferencia.html>
21. UNESCO. Living and learning in a world with HIV/ aids. HIV/aids at school. Paris: UNESCO; 2002.
22. UNESCO. HIV/aids and education. A strategic approach. Mayo 2003. Paris: UNESCO; 71 p.
23. UNAIDS. Education. February 2005.
24. UNICEF. Los jóvenes y el VIH/sida. 2002.
25. THE WORLD BANK. Education and HIV/aids. A window of hope. Washington: THE WORLD BANK. 2002. 79 p.
26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Francia: OMS; 2004
27. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Onusida. Plan intersectorial de repuesta ante el VIH/sida Colombia, 2004-2007. Bogota. El ministerio; 2004.
28. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Onusida. Plan intersectorial de repuesta ante el VIH/sida Colombia, 2004-2007. Bogota. El ministerio; 2004.
29. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Onusida. Plan intersectorial de repuesta ante el VIH/sida Colombia, 2004-2007. Bogota. El ministerio; 2004.
30. UNESCO. Estrategia de la UNESCO en educación para la prevención del VIH/sida. Paris: UNESCO; 2004.
31. Hogan DR, Salomon JA. Prevention and treatment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in resource-limited settings. Bull World Health Organ, 2005; 83 (2): 135-43.
32. UNESCO. HIV/aids and education. A strategic approach. Paris: UNESCO; 2003. 71 p.
33. UNESCO. Estrategia de la UNESCO en educación para la prevención del VIH/sida. Paris: UNESCO; 2004.
34. Comité Técnico Consultivo (Ctc) Sobre VIH/sida/ ITS, OPS. Educación de VIH Basada en la Ciencia. Tomado del boletín electrónico Rompiendo Muros [Sitio en Internet]. Disponible en: www.paho.org. Consultado en Agosto de 2005.
35. Bertand J T, Solis M. Evaluando proyectos de prevención de VIH/sida. Un manual con enfoque en las organizaciones no gubernamentales. Measure evaluation. University of North Carolina. Guatemala: ONGs; 2000. 147 p.
36. Onusida. El VIH/sida y los jóvenes: la esperanza del mañana. Washington: Onusida.; Diciembre 2004.
37. UNESCO. Estrategia de la UNESCO en educación para la prevención del VIH/sida. Paris: UNESCO; 2004.
38. UNICEF. Los jóvenes y el VIH/sida. 2002.
39. Wawer MJ et al. Declines in HIV prevalence in Uganda: not as simple as ABC. Twelfth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 27LB, 2005. Tomado de LO+POSITIVO . [Sitio en Internet] Disponible en: www.amfar.com
40. Bertand JT, Solis M. Evaluando proyectos de prevención de VIH/sida. Un manual con enfoque en las organizaciones no gubernamentales. Measure evaluation. University of North Carolina. Guatemala: ONGs; 2000; 147 p.
41. Rakotonanahary A, Rafransoa Z, Bensaid K. Qualitative evaluation of HIV/aids IEC activities in Madagascar. Eval Program Plann 2002, 25: 341-345.
42. Tao G, Remafedi G. Economic evaluation of HIV prevention intervention for gay and bisexual male adolescents. J of Acquired Immune deficiency Syndromes & Human Retrovirology. January 1, 1998. 17(1): 83-90.
43. Pinkerton SD, Holtgrave D, Jemmott JB. Economic evaluation of HIV risk reduction intervention in African-American male adolescents. JAIDS. October 1, 2000. 25(2): 164.-72.
44. Cohen D, Wu S, Farley T. Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions. JAIDS. November 1, 2004. 37(3):1404-14.
45. Onusida. Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. Washington: Onusida; 1997.
46. Onusida. Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. Washington: Onusida; 1997.
47. Kirby D, Scales P. An analysis of state guidelines for sex education instruction in public schools. Family relations. 1981; 30: 229-37.
48. Kirby D, Barth R P, Leland N, Fetro JV. Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk-taking. Fam Plann Perspect. 1991; 23 (6): 253-63.

49. Kirby D, Korpi M, Barth R, Cagampang H. The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Fam Plann Perspect*, 1997, 29 (3):100-8.
50. Cagampang H, Barth R, Korpi M, Kirby D. Education now and babies later (ENABL): life history of a campaign to postpone sexual involvement. *Fam Plann Perspect*. 1997, 29 (3):109-14.
51. American Foundation For Aids Research (AMFAR). Assessing the efficacy of abstinence-only programs fro HIV prevention among young people. April 2005.
52. Kirby D. Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington D.C.: The national campaign to prevent teen pregnancy, 2001. EN: American Foundation For Aids Research (AMFAR). Assessing the efficacy of abstinence-only programs fro HIV prevention among young people. Washington: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2005.
53. Gallant M, Maticka-Tyndale E. School based HIV prevention programmes for African youth. *Soc Sci Med* 2004; 58 (7): 1337-51.
54. American Foundation For Aids Research (AMFAR). Assessing the efficacy of abstinence-only programs fro HIV prevention among young people. Washington: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2005.
55. Kirby D. Understanding what Works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family planning perspectives*, 2001; 33 (6): 276-81
56. UNESCO. Estrategia de la UNESCO en educación para la prevención del VIH/sida. Paris: UNESCO; 2004.
57. American Foundation For Aids Research (AMFAR). Assessing the efficacy of abstinence-only programs fro HIV prevention among young people. Washington: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2005.
58. Colombia Ministerio de la Proteccion Social. Onusida. Plan intersectorial de repuesta ante el VIH/sida 2004-2007. Bogota: El Ministerio. 2004.
59. Colombia. Ministerio de la Proteccion Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Enero 2003. Bogota: El Ministerio; 2003
60. Estrada JH. Programa de educación para universitario(a)s tendiente a reducir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En: Fonseca M, Otálvaro G, Junca C, Santos E, Velosa L, Gómez H, Estrada J. Encuentros y diálogos para rehacer la vida. Alternativas socio-políticas en Salud Colectiva. Bogota: La silueta, 2004. p. 145-65.