



Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Volumen I Justificación de la educación en sexualidad

Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad

Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



unicef



Organización Mundial de la Salud

Volumen I

Justificación de la educación en sexualidad

Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad

**Enfoque basado en evidencia orientado
a escuelas, docentes y educadores de la salud**

Junio de 2010

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la presentación de los materiales que en ella figuran no implican, de parte de la UNESCO, ninguna toma de posición respecto al estatuto jurídico de los países, territorios o zonas, o de sus autoridades, ni respecto al trazado de sus fronteras o límites.

Publicado por la UNESCO. Traducción no oficial al español por la Oficina de UNESCO en Santiago.

© UNESCO 2010

Sección del VIH y el SIDA

División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación

Sector Educación

UNESCO

7, place de Fontenoy

75352 Paris 07 SP, France

Sitio web: www.unesco.org/aids

Correo electrónico: aids@unesco.org

Diseño e impresión: UNESCO

ED-2009/WS/36 Rev.2 (CLD 4894.9)

En el proceso de traducción del texto original (en idioma inglés) al español se ha hecho el mayor esfuerzo por incorporar un lenguaje que visibilice los géneros femenino y masculino. No obstante, con la finalidad de facilitar la fluidez de la lectura, en algunos párrafos se han usado vocablos en masculino con el sentido incluyente de ambos géneros (por ejemplo, “los profesores,” “los docentes”; “los directores”; “los alumnos”; entre otras palabras).

Prólogo

Preparar a niños, niñas y jóvenes para una exitosa transición a la adultez siempre ha sido uno de los mayores retos que la humanidad ha debido enfrentar, donde la sexualidad y las relaciones afectivas constituyen temas centrales. Hoy, en un mundo con SIDA, nuestra oportunidad más importante para interrumpir la trayectoria de la pandemia está en cómo enfrentemos este desafío.

En muchas sociedades, existen leyes y actitudes personales que contribuyen a inhibir la discusión pública sobre sexualidad o comportamiento sexual, por ejemplo, en relación a temas como la anticoncepción, el aborto y la diversidad sexual. Al mismo tiempo, es frecuente que los hombres accedan con mayor facilidad al poder que niñas, mujeres y minorías sexuales.

Los padres, las madres y las familias desempeñan una función vital en la formación de nuestra comprensión respecto de nuestra identidad sexual y social. Por ello necesitan ser capaces de conversar acerca de los aspectos físicos y comportamentales de la sexualidad humana con sus hijos e hijas. Por su parte, los niños y niñas necesitan recibir la información y adquirir los conocimientos y habilidades que les permitirán tomar decisiones responsables sobre sexualidad, relaciones interpersonales y prevención del VIH y otras ITS.

En la actualidad, son muy pocas las personas jóvenes que reciben una adecuada preparación para la vida sexual. Este hecho los hace potencialmente vulnerables frente a la coerción, el abuso, la explotación, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Según el Informe Mundial del ONUSIDA sobre la Epidemia del SIDA, sólo el 40% de las personas jóvenes entre las edades de 15 y 24 años reciben conocimientos actualizados sobre las distintas formas de transmisión del VIH (ONUSIDA, 2008). Estos conocimientos adquieren carácter de urgente si se considera que éste es precisamente el grupo etario al que puede atribuírsele el 45% de las nuevas infecciones por VIH.

Debemos decidir: o dejamos a los niños y niñas encontrar su propio camino en la nebulosa de información parcial, la desinformación y la explotación que podrían encontrar en los medios de comunicación, Internet, grupos de pares o personas inescrupulosas; o aceptamos la tarea de proporcionar una educación en sexualidad clara, informada, sustentada en hechos

científicos e inspirada en los valores universales de respeto y derechos humanos. En este sentido, una educación integral en sexualidad puede cambiar drásticamente la trayectoria de la epidemia. Asimismo, las personas jóvenes han manifestado claramente su deseo de contar con más –y mejor– educación en sexualidad, servicios y recursos que satisfagan sus necesidades de prevención.

Si deseamos tener un impacto positivo en los niños, niñas y jóvenes antes que inicien su actividad sexual, debemos integrar la educación en sexualidad al currículo oficial y asegurarnos de que sea impartida por maestros y maestras especializados que cuenten con el apoyo de la comunidad escolar. Dentro del sistema educativo, los maestros y maestras continúan siendo fuentes confiables de conocimientos y habilidades, constituyendo recursos altamente valorados en la respuesta del sector de educación frente al SIDA. Adicionalmente, es necesario extender nuestro esfuerzo hacia los niños y las niñas no escolarizados, con frecuencia el grupo más desinformado y vulnerable a la explotación.

El presente documento Orientaciones Técnicas Internacionales, basado en un riguroso análisis de la evidencia existente sobre programas de educación en sexualidad, está orientado a profesionales y a personas responsables de la toma de decisiones de los sectores salud y educación. Este documento (Volumen 1) se centra en aquellos elementos que justifican la educación en sexualidad y ofrece sólidas recomendaciones técnicas sobre las características que todo programa efectivo debe tener. El documento acompañante (Volumen 2) cubre los temas y objetivos de aprendizaje que se deben abordar en los diferentes tramos etarios en un programa básico de educación en sexualidad destinado a niños, niñas y jóvenes entre las edades de 5 a 18 y más años e incluye una bibliografía de referencias. El documento Orientaciones Técnicas Internacionales es relevante no sólo para los países más afectados por el VIH y el SIDA, sino también para los que exhiben una epidemia de baja prevalencia y alta concentración.

Estas Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad han sido desarrolladas por UNESCO en colaboración con organizaciones copatrocinadoras del ONUSIDA, en particular, UNFPA OMS, UNICEF y el Secretariado del ONUSIDA, con numerosas personas expertas independientes, así como con aquellos dedicados al fortalecimiento de la educación en sexualidad en todos los países del mundo. Estos esfuerzos son un testimonio del éxito

en la colaboración interagencial y la prioridad que la ONU otorga a nuestro trabajo con los niños, niñas y jóvenes. Este compromiso se ha reafirmado en el Marco de Resultados del ONUSIDA (2009-2011) que ha identificado el empoderamiento de las personas jóvenes para que se protejan contra el VIH como una de las áreas prioritarias de acción. Esto, se puede lograr, entre otras cosas, impartiendo una educación basada en derechos en salud sexual y reproductiva.

En la respuesta al SIDA, quienes están a cargo de las políticas deben asumir una especial responsabilidad, la de liderar, tomar medidas audaces y estar preparados para cuestionar los conocimientos heredados cuando el mundo nos imponga nuevos desafíos. Esto es

particularmente cierto respecto de la necesidad de examinar nuestras creencias sobre sexualidad, las relaciones interpersonales y lo que se considera apropiado discutir con niños, niñas y jóvenes en un mundo afectado por el SIDA. Los insto a escuchar a las personas jóvenes, las familias, los maestros y maestras y a otros profesionales, y a trabajar con las comunidades a objeto de dar respuesta a sus inquietudes y a utilizar estas Orientaciones Técnicas Internacionales para hacer de la educación en sexualidad una parte integral de las respuestas nacionales contra la pandemia del SIDA.

Michel Sidibé
Director Ejecutivo, ONUSIDA

Agradecimientos

El documento Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad fue encargado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Su preparación estuvo bajo la supervisión general de Mark Richmond, Coordinador Global de la UNESCO para el VIH y el SIDA y fue organizada por Chris Castle, Ekua Yankah y Dhianaraj Chetty de la Sección de VIH y SIDA, División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación de la UNESCO.

Nanette Ecker, ex Directora de Educación Internacional del Consejo para la Información y Educación Sexual de Estados Unidos (SIECUS) y Douglas Kirby investigador de Education, Training, Research (ETR Associates), California E.E.U.U., contribuyeron a este esfuerzo en calidad de autores asociados. El consultor independiente Peter Gordon tuvo a su cargo la edición de las versiones preliminares.

La UNESCO quisiera agradecer a la Fundación William y Flora Hewlett por su patrocinio de la consulta técnica mundial que contribuyó importantemente al desarrollo de estos lineamientos. Los organizadores también quisieran expresar su gratitud a todos quienes participaron en la consulta celebrada en Menlo Park, E.E.U.U. el 18 y 19 de febrero de 2009 (en orden alfabético):

Prateek Awasthi, UNFPA; Arvin Bhana, Human Sciences Research Council (Sudáfrica); Chris Castle, UNESCO; Dhianaraj Chetty, ex funcionario de ActionAid; Esther Corona, Asociación Mexicana de Educación Sexual y Asociación Mundial para la Salud Sexual; Mary Guinn Delaney, UNESCO; Nanette Ecker, SIECUS; Nike Esiet, Action Health, Inc. (AHI); Peter Gordon, consultor independiente; Christopher Graham, Ministerio de Educación de Jamaica; Nicole Haberland, Consejo de Población E.E.U.U.; Sam Kalibala, Consejo de Población Kenya; Douglas Kirby, ETR Associates; Wenli Liu, Beijing Normal University; Elliot Marseille, Health Strategies International; Helen Omondi Mondoh, Egerton University; Prabha Nagaraja, Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI); Hans Olsson, Asociación Sueca de Educación en Sexualidad; Grace Osakue, Girls' Power Initiative (GPI) Nigeria; Jo Reinders, World Population Foundation (WPF); Sara Seims, Fundación William y Flora Hewlett; y Ekua Yankah, UNESCO.

Vaya también nuestro agradecimiento a las siguientes personas por sus comentarios y aportes escritos (en orden alfabético):

Peter Aggleton, Instituto de Educación de la Universidad de Londres; Vicky Anning, consultora independiente; Andrew Ball, Organización Mundial de la Salud (OMS); Prateek Awasthi, UNFPA; Tanya Baker, Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Michael Bartos, ONUSIDA; Tania Boler, Marie Stopes International y ex funcionaria de la UNESCO; Jeffrey Buchanan, ex funcionario de la UNESCO; Chris Castle, UNESCO; Katie Chau, Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Judith Cornell, UNESCO; Anton De Grauwe, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación de la UNESCO (IIEP); Jan De Lind Van Wijngaarden, UNESCO; Marta Encinas-Martin, UNESCO; Jane Ferguson, OMS; Claudia Garcia-Moreno, OMS; Dakmara Georgescu, Oficina Internacional de Educación de la UNESCO (IBE); Cynthia Guttman, UNESCO; Anna Maria Hoffmann, UNICEF; Roger Ingham, University of Southampton; Sarah Karmin, UNICEF; Eszter Kismodi, OMS; Els Klinkert, ONUSIDA; Jimmy Kolker, UNICEF; Steve Kraus, UNFPA; Malika Ladjali, Universidad de Argel; Changu Mannathoko, UNICEF; Rafael Mazin, Organización Panamericana de la Salud (OPS); Maria Eugenia Miranda, Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Jean O'Sullivan, UNESCO; Mary Otieno, UNFPA; Jenny Renju, Liverpool School of Tropical Medicine & National Institute for Medical Research; Mark Richmond, UNESCO; Pierre Robert, UNICEF; Justine Sass, UNESCO; Iqbal H. Shah, OMS; Shyam Thapa, OMS; Barbara Tournier, UNESCO IIEP; Friedl Van den Bossche, ex funcionario de la UNESCO; Diane Widdus, UNICEF; Arne Willems, UNESCO; Ekua Yankah, UNESCO; y Barbara de Zalduondo, ONUSIDA.

La UNESCO quisiera agradecer a Masimba Biriwasha, UNESCO; Sandrine Bonnet, UNESCO (IBE); Claire Cazeneuve, UNESCO (IBE); Claire Greslé-Favier, OMS; Magali Moreira, UNESCO (IBE) y Lynne Sergeant, UNESCO (IIEP) por sus aportes a la bibliografía de recursos.

Quisiéramos agradecer a Vicky Anning por su apoyo editorial, a Aurelia Mazoyer y Myriam Bouarour responsables del diseño y montaje y a Schéhérazade Feddal encargada de coordinar la producción de este documento.

Finalmente, agradecemos a Ernesto Leigh, encargado de la traducción al español y a Mary Guinn Delaney y Victoria Valenzuela de UNESCO Santiago, Esther Corona (Asociación Mundial para la Salud Sexual) y Rafael Mazín (OPS/OMS) por la revisión de la versión en español.

Siglas

CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CIPD	Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo
CRC	Convención sobre los Derechos del Niño
EPT	Educación para Todos
ETI	Equipo de Trabajo Interinstitucional
ETR	Education, Training and Research
ETS	Enfermedades transmitidas sexualmente
FHI	Family Health International
FWCW	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
IBE	Oficina Internacional de Educación (UNESCO)
IIBE	Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (UNESCO)
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infecciones de Transmisión sexual
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PFA	Plataforma de Acción
POA	Programa de Acción
PPE	Profilaxis post-exposición
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIECUS	Sexuality Information and Education Council of the United States
SRE	Educación en Sexualidad y Relaciones Interpersonales
SSR	Salud sexual y reproductiva
TAR	Terapia antirretroviral
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

Contenidos

Prólogo	iii
Agradecimientos	v
Siglas	vi
Justificación de la educación en sexualidad	1
1. Introducción	2
2. Antecedentes	5
3. Fortaleciendo el apoyo a la planificación e implementación de la educación en sexualidad	9
4. Base de la evidencia científica para la educación en sexualidad	15
5. Características de los programas efectivos	21
6. Buenas prácticas en instituciones educativas	27
Referencias bibliográficas	29
Anexos	33
I. Convenciones y acuerdos internacionales relacionados con educación en sexualidad	34
II. Criterios empleados en la selección de estudios evaluativos y métodos de análisis	39
III. Informantes claves y personas contactadas	41
IV. Lista de participantes en la consulta técnica mundial de la UNESCO sobre educación en sexualidad	43
V. Estudios que formaron parte del análisis de evidencia	45



Justificación de la educación en sexualidad

1. Introducción

1.1 ¿Qué es la educación en sexualidad y por qué es importante?

El presente documento se basa en los siguientes supuestos:

- La sexualidad es un aspecto fundamental de la vida humana, con dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales, económicas, políticas y culturales.
- No es posible entender la sexualidad sin referencia al género.
- La diversidad es una característica fundamental de la sexualidad.
- Las normas que rigen el comportamiento sexual varían drásticamente entre y dentro de las culturas. Ciertos comportamientos se consideran aceptables y deseables mientras que otros se consideran inaceptables. Esto no significa que estos comportamientos no ocurran o que deberían ser excluidos del debate en el contexto de la educación en sexualidad.

Muy pocas personas jóvenes reciben una preparación adecuada para su vida sexual. Esta situación los hace potencialmente vulnerables ante la coerción, el abuso y la explotación sexual, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Por otra parte, son muchas las personas jóvenes que llegan a la adultez con mensajes contradictorios y confusos sobre el género y la sexualidad. Esto se ve exacerbado por sentimientos de vergüenza y actitudes de silencio y desaprobación por parte de personas adultas (padres, madres y docentes) ante la posibilidad de abrir una discusión sobre temas sexuales, precisamente cuando se hace más necesaria. Existen muchos lugares en el mundo donde las personas jóvenes alcanzan su madurez e inician su actividad sexual en una edad cada vez más temprana. Asimismo, muchas personas jóvenes han optado por postergar algunos años el matrimonio prolongando de esa forma el período de tiempo comprendido entre el inicio de su actividad sexual y la formalización de sus relaciones de pareja.

La importancia de entregar a las personas jóvenes conocimientos y habilidades que les permitan hacer elecciones responsables en sus vidas es un tema de creciente preocupación en todos los países,

particularmente en un contexto de alta exposición a materiales sexualmente explícitos que Internet y otros medios hacen posible. En la actualidad se advierte la urgente necesidad de estrechar la brecha de conocimientos sobre el VIH entre las personas de 15 a 24 años, teniendo en cuenta que el 60% de este grupo etáreo no es capaz de identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH (ONUSIDA, 2008). Un número cada vez mayor de países, entre ellos China, Kenya, Líbano, Nigeria y Vietnam, ha implementado o ampliando programas de educación en sexualidad,¹ una tendencia corroborada por las autoridades de educación y salud de países latinoamericanos y caribeños a través de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” celebrada en julio de 2008. Estos esfuerzos reconocen el hecho que todas las personas jóvenes necesitan recibir educación en sexualidad y que algunas de ellas son más vulnerables que otras a contraer infecciones por VIH. Esto es particularmente aplicable a las mujeres adolescentes que debieron contraer matrimonio cuando aún eran niñas, a las personas jóvenes sexualmente activas y a quienes viven con alguna discapacidad.

Una educación en sexualidad efectiva puede entregar a las personas jóvenes información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la edad del estudiante. Ésta debe incluir oportunidades estructuradas que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones para elegir con fundamento la forma que desea conducir su vida sexual.

Una educación efectiva en sexualidad representa un elemento vital en la prevención del VIH siendo esencial para el cumplimiento de las metas de acceso universal a la salud reproductiva y a la prevención, tratamiento, cuidado y apoyo ante el VIH (ONUSIDA, 2006). Si bien no es realista esperar que un programa educativo logre por sí solo erradicar los riesgos que plantea el VIH y otras ITS, el embarazo no planificado y la actividad sexual coercitiva o el abuso sexual, un programa adecuadamente diseñado e implementado puede contribuir a reducir algunos de estos riesgos y vulnerabilidades fundamentales.

Una educación efectiva en sexualidad es importante dado el impacto que tienen los valores culturales

¹ La educación en sexualidad se ha definido como un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad. En el análisis de evidencia presentado en la Sección 4 de este volumen, esta definición representa el criterio que deben cumplir los estudios para ser incluidos en dicho análisis.

y las creencias religiosas de todas las personas -particularmente de la gente joven- en la comprensión de este tema y en el manejo de relaciones con padres, madres, docentes, otras personas adultas y sus comunidades.

Diversos estudios de investigación demuestran (véase la sección 4) que un programa efectivo debería tener la capacidad de:

- reducir la información incorrecta;
- aumentar el conocimiento y manejo de información correcta;
- clarificar y consolidar valores y actitudes positivas;
- fortalecer las competencias necesarias para tomar decisiones fundamentadas y la capacidad de actuar en función de ellas;
- mejorar las percepciones acerca de los grupos de pares y las normas sociales; y
- aumentar y mejorar la comunicación con padres, madres y otros adultos de confianza.

Asimismo, recientes estudios de investigación demuestran que los programas que comparten ciertas características clave pueden contribuir a:

- abstenerse de la actividad sexual o retardar su inicio;
- reducir la frecuencia de actividad sexual sin protección;
- reducir el número de parejas sexuales; y
- fomentar el uso de métodos de protección contra el embarazo y las ITS durante el acto sexual.

El entorno escolar ofrece una importante oportunidad para impartir educación en sexualidad a un gran número de jóvenes, antes del inicio de su vida sexual activa, así como hacerlo a través de una estructura adecuada, es decir, el currículo oficial.

1.2 ¿Cuáles son las metas de la educación en sexualidad?

La principal meta de la educación en sexualidad es entregar a niños, niñas y personas jóvenes² el conocimiento, las competencias y los valores que les permitan asumir responsablemente sobre su vida sexual y social en un mundo afectado por el VIH y el SIDA.

2 Según OMS/UNFPA/UNICEF (1999), se entiende por adolescencia el período de vida entre los 10 y 19 años, definiendo a 'personas jóvenes' como aquellas entre 10 y 24 años de edad. La Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) considera un 'niño' a cualquier persona menor de 18 años.

Los programas de educación en sexualidad suelen incluir varios objetivos que se refuerzan mutuamente:

- enriquecer el conocimiento y la comprensión;
- explicar y aclarar sentimientos, valores y actitudes;
- desarrollar o fortalecer competencias; y
- fomentar y sustentar un comportamiento orientado a la reducción del riesgo.

En un contexto dentro del cual la ignorancia y la información errónea pueden representar una amenaza para la vida, la educación en sexualidad es parte de la responsabilidad que deben asumir las autoridades y establecimientos de salud y educación. Interpretada en su forma más simple, los maestros y maestras de aulas deben trabajar en colaboración con los padres, madres y comunidades con el fin de garantizar la protección y bienestar de niños, niñas y jóvenes. En otro nivel, las *Orientaciones Técnicas Internacionales* emplazan a las autoridades de salud y educación a asumir su liderazgo político y social apoyando a los padres y madres a responder al desafío que implica dar acceso a niños, niñas y jóvenes a los conocimientos y habilidades que les serán necesarios para llevar una vida personal, social y sexual satisfactoria.

Cuando se trata de educación en sexualidad, es posible que las personas que diseñan programas, investigadores y profesionales en ejercicio puedan estar en desacuerdo sobre la importancia relativa atribuida a cada objetivo y a la meta global. Para los y las docentes, la educación en sexualidad representa una actividad más amplia donde un mayor conocimiento (por ejemplo, acerca de métodos de prevención del embarazo o el VIH) es valorado tanto en sí mismo como por sus resultados, además de constituir el primer paso hacia la adopción de comportamientos más seguros. Para los profesionales de la salud pública, el énfasis tiende a privilegiar la reducción del comportamiento sexual de riesgo.

1.3 ¿Cuál es el propósito y el público objetivo de las Orientaciones Técnicas Internacionales?

Las presentes *Orientaciones Técnicas Internacionales* tienen como principal propósito brindar asistencia a las autoridades de educación y salud, así como a otras autoridades dedicadas al desarrollo e implementación

de programas y materiales de educación en sexualidad a nivel del sistema escolar.

La pertinencia de estas *Orientaciones Técnicas Internacionales* será inmediatamente evidente para los ministros de educación y su personal profesional (especialistas curriculares, directores de escuelas y educadores). Sin embargo, cualquier persona involucrada en el diseño, provisión y evaluación de la educación en sexualidad, tanto dentro como fuera del sistema escolar, encontrará en este documento elementos de utilidad. Se ha puesto énfasis en la necesidad de desarrollar programas adaptados a la realidad local que incorporen un diseño lógico y aborden y midan factores como creencias, valores, actitudes y competencias susceptibles de ser cambiadas las que, a su vez, puedan modificar el comportamiento sexual.

La educación en sexualidad es responsabilidad de toda la escuela no sólo en aspectos relacionados con la enseñanza, sino también en términos de reglamentación y prácticas escolares, el currículo y los materiales de enseñanza y aprendizaje. Desde una perspectiva más amplia, la educación en sexualidad es una parte esencial de un buen currículo y de una respuesta integral a la epidemia del SIDA a nivel nacional.

El propósito de las *Orientaciones Técnicas Internacionales* es:

- Contribuir a la comprensión de la necesidad de contar con programas de educación en sexualidad sensibilizando a la opinión pública sobre las principales inquietudes y temas de salud sexual y reproductiva que afectan a los niños, niñas y jóvenes;
- Proporcionar un entendimiento claro sobre qué comprende la educación en sexualidad, cuál es su propósito, y cuáles sus posibles resultados;
- Orientar a las autoridades de educación sobre cómo fortalecer el apoyo a la educación en sexualidad a nivel de escuela y comunidad;
- Reforzar la preparación de docentes y mejorar la capacidad institucional a objeto de proporcionar una educación en sexualidad de calidad; y
- Ofrecer orientación sobre cómo elaborar materiales y programas de educación en sexualidad sensibles, pertinentes a la cultura y apropiados a la edad de cada estudiante.

Este documento está enfocado en el “qué” y el “por qué” de los temas que deben formar parte de las estrategias de incorporación o fortalecimiento de la educación en sexualidad. Ejemplos de “cómo” se han utilizado estos temas en actividades de enseñanza y aprendizaje

se presentan en las listas de recursos, currículos y materiales³ elaborados por numerosas organizaciones. Éstas se incluyen en el Volumen 2 de este documento que lleva por título “Temas y objetivos de aprendizaje” (<http://www.unesco.org/aids>).

1.4 ¿Cómo se estructuran las Orientaciones Técnicas Internacionales?

Las Orientaciones Técnicas Internacionales se han dividido en dos volúmenes. Primero, el Volumen 1 (este documento) aborda la justificación de educación en sexualidad. Segundo, el Volumen 2 presenta conceptos y temas clave además de formular objetivos de aprendizaje para cuatro grupos etarios específicos. De esta forma, se establece un conjunto mundial de puntos de referencia – que pueden y deben ser adaptados al contexto local para garantizar su pertinencia - que ofrecen sugerencias sobre cómo monitorear el contenido de lo que se enseña y evaluar el progreso hacia la consecución de los objetivos de enseñanza y aprendizaje.

En su conjunto, las Orientaciones Técnicas Internacionales proporcionan una plataforma para aquellas personas responsables de políticas, actividades de promoción y desarrollo de nuevos programas o bien encargadas de revisar o ampliar programas ya existentes.

1.5 ¿Cómo se desarrollaron las Orientaciones Técnicas Internacionales?

El desarrollo de la justificación (Volumen 1) se fundamentó en un análisis de la literatura sobre el impacto de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual. El análisis incluyó 87 estudios de todo el mundo, de los cuales 29 corresponden a países en desarrollo, 47 a los Estados Unidos y once a otros países desarrollados. Las características comunes de programas vigentes y evaluados de educación en sexualidad fueron

3 Los materiales incluidos en el Anexo V del Volumen 2 son los sugeridos por los participantes de la consulta técnica mundial celebrada en febrero de 2009, y no cuenta con el respaldo de las agencias de la ONU, autoras de los *Orientaciones Técnicas Internacionales*.

identificadas y verificadas a través de análisis independientes sobre la base de su efectividad en términos de: aumentar el conocimiento; clarificar valores y actitudes; desarrollar habilidades; y en ocasiones, impactar en el comportamiento.

Una segunda etapa de desarrollo de las Orientaciones se realizó a través de una consulta técnica mundial celebrada en febrero de 2009 con la participación de personas expertas de trece países (véase la lista en el Anexo IV). Nuestros colegas de ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, UNICEF y OMS también han hecho una valiosa contribución a este documento.

Estas Orientaciones se desarrollaron mediante un proceso diseñado para garantizar su alta calidad, aceptación y apropiación a nivel internacional. Asimismo, cabe destacar que el presente documento tiene carácter voluntario y no vinculante y no posee la fuerza de un instrumento normativo internacional.

La aplicación de las Orientaciones Técnicas Internacionales debe estar en plena armonía con la legislación y política nacional y tener en consideración las normas y valores comunitarios. Este punto es importante incluso en el caso de cualquier entorno escolar. Se emplaza a los maestros, maestras y directores de escuela a tener especial precaución en la aplicación de ciertas áreas del currículo consideradas 'sensibles' por los padres, las madres y la comunidad. Se espera que las Orientaciones contribuyan a este esfuerzo en forma constructiva.

2. Antecedentes

2.1 La salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes

Una mala salud sexual y reproductiva es el factor que más contribuye a la carga de enfermedad entre personas jóvenes. Garantizar que los y las jóvenes disfruten de una buena salud sexual y reproductiva tiene sentido tanto desde la perspectiva social como económica: las infecciones por VIH, otras ITS, los abortos inseguros y los embarazos no planificados implican una onerosa carga

para el presupuesto familiar y comunitario e impactan en los ya escasos recursos gubernamentales. No obstante, esta carga puede prevenirse y reducirse. Por lo tanto, la promoción de la salud sexual y reproductiva de personas jóvenes, que incluya la provisión de educación en sexualidad en las escuelas, representa una estrategia fundamental hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular, los objetivos 3 (lograr la igualdad de género), 5 (reducir la mortalidad materna) y 6 (combatir el VIH y el SIDA).

El proceso de desarrollo sexual de una persona abarca dimensiones físicas, sociológicas, emocionales, sociales y culturales.⁴ Asimismo, se encuentra estrechamente vinculado al desarrollo de la identidad del individuo y tiene lugar en contextos socioeconómicos y culturales específicos. La transmisión de valores culturales de una generación a otra es una parte crítica de la socialización en tanto que también incluye valores relacionados con el género y la sexualidad. En muchas comunidades, las personas jóvenes se ven expuestas a valores e información provenientes de diversas fuentes (por ejemplo: padres, madres, docentes, compañeros y medios de comunicación) que con frecuencia los enfrenta a conflictos asociados a valores relacionados con el género, la igualdad entre los géneros y la sexualidad. Por otra parte, los padres y madres suelen ser reacios a discutir cuestiones de índole sexual con sus hijos e hijas debido a normas culturales, o bien su propia ignorancia o incomodidad con el tema.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), en numerosas culturas la pubertad representa una etapa de cambio, tanto físico como social para niños y niñas. Para los niños, la pubertad puede simbolizar el inicio de una etapa de mayor libertad, movilidad y oportunidades sociales. Éste también puede ser el caso de las niñas, sin embargo bajo ciertas circunstancias, la pubertad puede marcar el final de su movilidad y del proceso de escolarización y el comienzo de la vida adulta, siendo el matrimonio y la crianza de hijos las únicas posibilidades abiertas para ellas en el futuro cercano.

El hecho de 'ser sexual' es una parte importante de la vida de las personas ya que no sólo constituye una fuente de placer y bienestar sino, además, una forma de expresar amor y afecto o de comenzar una familia. No obstante, también puede tener efectos negativos para la salud y en el ámbito social. Independientemente de si la persona joven elija practicar una vida sexual activa o no, la educación en sexualidad prioriza la adquisición y/o el fortalecimiento de valores como reciprocidad, igualdad, responsabilidad y respeto, prerequisites para relaciones sociales y sexuales

⁴ Esta definición de desarrollo sexual humano está contenida en la publicación *Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health*. OMS, 2002.

más sanas y seguras. Lamentablemente, no todas las relaciones sexuales son consensuadas, ya que algunas pueden ser forzadas e incluso llegar a la violación.

Las cuatro décadas recientes han sido testigo de drásticos cambios en términos de cómo visualizamos la sexualidad humana y el comportamiento sexual (OMS, 2002). La pandemia del VIH – que se transmite principalmente a través de la actividad sexual – jugó un papel importante en este cambio ya que, a corto andar, se entendió que su abordaje implica una mayor comprensión sobre género y sexualidad. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA y la Organización Mundial de la Salud (estimaciones inéditas de la ONUSIDA/OMS, 2008), a nivel mundial existen más de 5,5 millones de personas jóvenes infectadas por VIH, dos tercios de los cuales viven en África subsahariana. Aproximadamente el 45% de las nuevas infecciones se producen en la población entre 15 y 24 años de edad (ONUSIDA, 2008). A nivel mundial, la mujer representa el 50% de la población que vive con VIH, aunque en África subsahariana este porcentaje se eleva a cerca del 60% (ONUSIDA, 2008; Stirling *et al.*, 2008).

Un mayor acceso a tratamientos de terapia antirretroviral (TAR) sumado a la disponibilidad de apoyo médico y psicológico, ha permitido que las personas jóvenes que viven con VIH aumenten sus expectativas de vida en muchos países. Estas personas, incluso las que adquirieron el virus por vía perinatal, tienen necesidades especiales respecto de su salud sexual y reproductiva (OMS y UNICEF, 2008). Entre éstas se incluyen tener la oportunidad de conversar acerca de formas positivas de vivir con VIH; sexualidad y las relaciones interpersonales, temas relacionados con compartir con otras personas su diagnóstico, y el estigma y la discriminación asociados. Sin embargo, dichas necesidades suelen verse insatisfechas. Por ejemplo, la experiencia de un país de África oriental (Birungi, Mugisha y Nyombi) revela que, con frecuencia, las personas jóvenes que viven con VIH son discriminadas por los servicios de salud sexual y reproductiva y desalentadas para llevar una vida sexual activa. El 60% de las personas que viven con VIH reportó no haber revelado su condición a su pareja sexual. Asimismo, el 39% de ellos mantenía relaciones sexuales con una pareja que no vivía con VIH. Muchas personas jóvenes no sabían cómo revelar su diagnóstico a sus respectivas parejas.

En muchos países, las personas cuentan con pocos conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH, estando en general la mujer menos informada que el hombre. Según ONUSIDA (ONUSIDA, 2008), un número significativo de jóvenes aún no se encuentran lo

suficientemente informados sobre cómo evitar exponerse al VIH. ONUSIDA reporta que, si bien más del 70% de los hombres jóvenes está familiarizado con el condón como método de protección contra el VIH, sólo el 55% de las mujeres jóvenes mencionan el condón entre las estrategias efectivas de prevención. Las estadísticas generadas por encuestas administradas en sesenta y cuatro países muestran que sólo el 40% de los varones y el 38% de las mujeres entre los 15 y 24 años poseen un conocimiento exhaustivo y científicamente riguroso sobre el VIH y su prevención (ONUSIDA, 2008). Este porcentaje está muy por debajo del objetivo mundial de ‘garantizar que un 95% de las personas jóvenes tenga un conocimiento integral sobre el VIH de aquí al año 2010 (ONU, 2001). Según un informe de ONUSIDA y la OMS (ONUSIDA y OMS, 2007), a nivel mundial, al menos la mitad de los y las estudiantes no ha recibido educación sobre el VIH como parte de su enseñanza escolar. Asimismo, de los quince países que reportaron datos al ONUSIDA el año 2006, cinco señalan que menos del 15% de sus escuelas incorporan programas de prevención del VIH a la instrucción.

A nivel mundial, las personas jóvenes continúan exhibiendo altas tasas de ITS. Según la Federación Internacional de Planificación Familiar, anualmente no menos de 111 millones de nuevos casos de ITS curables se detectan en la población entre 10 y 24 años (IPPF, 2006). De acuerdo a estimaciones de la OMS, en países en desarrollo hasta 2,5 millones de niñas entre 15 y 19 años recurren al aborto, la mayoría de ellos realizados bajo condiciones inseguras (OMS, 2007). En el mundo, el 11% de los nacimientos corresponde a madres adolescentes entre quienes la tasa de mortalidad materna es más alta que entre mujeres mayores (OMS, 2008a).

2.2 El papel de las escuelas

El sector de educación juega un importante papel en la preparación de niños, niñas y jóvenes para asumir roles y responsabilidades propias del mundo adulto (Delors *et al.*, 1996). La transición hacia la adultez requiere estar informado y equipado con competencias y conocimientos que permitan elegir alternativas responsables tanto en nuestra vida social como sexual. Adicionalmente, en muchos países las personas jóvenes viven su primera experiencia sexual mientras aún asisten a la escuela, hecho que confiere a este entorno aún más valor en cuanto a representar una oportunidad para impartir educación acerca de la salud sexual y reproductiva.

En la mayoría de los países, especialmente los niños y niñas entre cinco y trece años, pasan una parte importante de su tiempo en la escuela. Por esta razón, constituye un espacio privilegiado para llegar a grandes cantidades de jóvenes de distintos estratos sociales con metodologías replicables y sostenibles (Gordon, 2008). Por otra parte, las escuelas ya cuentan con la infraestructura apropiada, con una fuerza docente que muy probablemente represente una fuente de información confiable y con la oportunidad de impartir programas de largo plazo a través del currículo oficial. Las autoridades escolares tienen el poder de regular muchos aspectos del entorno de aprendizaje con el fin de hacerlo más protector y auspicioso. Asimismo, por el hecho de representar establecimientos confiables capaces de vincular a niños, niñas, padres, madres, familias y comunidades con otros servicios (por ejemplo, servicios de salud), las escuelas pueden operar como centros de apoyo social. Sin embargo, las escuelas sólo podrán ser efectivas si están en condiciones de: ofrecer protección y bienestar a sus estudiantes y personal; proporcionar intervenciones pertinentes de enseñanza y aprendizaje; y establecer nexos con servicios sociales, psicosociales y de salud. Evidencia aportada por la UNESCO, la OMS, UNICEF y el Banco Mundial (OMS y UNICEF, 2003) identifica un conjunto básico de medidas costo-efectivas de naturaleza legal, estructural y biomédica que pueden contribuir a hacer de las escuelas lugares más sanos para niños y niñas. Una educación en sexualidad apropiada a la edad de cada estudiante es importante para todos los niños, las niñas y personas jóvenes, tanto escolarizados como no escolarizados. Si bien las Orientaciones Técnicas Internacionales privilegian el entorno escolar, gran parte de sus contenidos será igualmente relevante para quienes no están en la escuela.

2.3 Las necesidades de las personas jóvenes en materia de educación en sexualidad

Recuadro 1. La actividad sexual tiene consecuencias: ejemplos de Uganda

Es importante reconocer que el acto sexual puede traer consecuencias que van más allá del embarazo no planificado y exposición a las ITS (incluyendo al VIH) como ilustra el caso de Uganda:

En el caso de los niños y niñas de Uganda, la probabilidad de no completar la educación secundaria es el doble en el caso de aquellos que inician su vida sexual en forma temprana comparada con la probabilidad de adolescentes que nunca han tenido una experiencia sexual. Por numerosas razones, en la actualidad sólo el 10% de los niños y el 8% de las niñas finalizan la educación secundaria en Uganda (Encuesta demográfica y de salud, Uganda, 2006).

En Uganda, miles de niños han sido encarcelados por la ofensa de haber sostenido relaciones sexuales con niñas menores de 18 años. Los padres de muchos más han debido vender sus tierras y animales para evitar el encarcelamiento de sus hijos. En Uganda, el hecho que una niña de 17 años esté embarazada puede tener como consecuencia su inmediata y permanente deserción escolar o su matrimonio con un hombre que ya tenga otras esposas (el 17% de estas uniones son de naturaleza polígama). Aproximadamente el 50% de las adolescentes de Uganda dan a luz atendidas sólo por un pariente; una partera tradicional o sin atención alguna.

Fuente: Informe anual 2008 de la Fundación *Straight Talk* disponible en: <http://www.straight-talk.org.ug>

Estas Orientaciones Técnicas Internacionales se inspiran en la visión que tanto los niños y niñas como las personas jóvenes tienen la necesidad específica de contar con información y de adquirir destrezas de educación en sexualidad que les permita mejorar sus oportunidades de



vida⁵. Los riesgos pueden tomar distintas formas, ya sea la de una relación abusiva, riesgos para la salud asociados con embarazos prematuros no planificados, exposición a ITS (incluyendo al VIH), o el estigma y la discriminación asociadas con la orientación sexual. Dada la compleja naturaleza de la tarea de padres, madres y docentes responsables de guiar y apoyar el proceso de aprendizaje y crecimiento, es esencial establecer un equilibrio entre la necesidad de saber y qué información es pertinente y apropiada a las distintas edades.

2.4 La necesidad de abordar temas sensibles

El desafío de la educación en sexualidad es llegar a las personas jóvenes antes del inicio de su vida sexual activa, independientemente que ésta se comience en forma voluntaria, motivada por la necesidad (a cambio de dinero, comida o refugio), por coerción o explotación. En el caso de muchos países en desarrollo esta discusión requerirá prestar especial atención a otros aspectos de la vulnerabilidad, en particular a factores socioeconómicos y asociados con discapacidades. Asimismo, algunos estudiantes, hoy o en el futuro, mantendrán relaciones sexuales con personas del mismo sexo. Estos son temas sensibles que plantean difíciles desafíos para las personas responsables de diseñar e impartir educación en sexualidad. Asimismo, las necesidades de quienes son más vulnerables deben ser atendidas con especial consideración.

Las Orientaciones Técnicas Internacionales enfatizan la importancia de abordar la realidad de la vida sexual de las personas jóvenes. Es posible que ésta incluya aspectos que en algunas comunidades sean controversiales o difíciles de discutir, si bien la evidencia científica y los imperativos de salud pública debería tener prioridad sobre cualquier otra consideración.



5 Las normas internacionales de derechos humanos reconocen que las personas adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos, hombres y mujeres adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud, inclusive su salud sexual y reproductiva. (Convención sobre los Derechos del Niño, Observación General 4(2003) párr. 26 y Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14(2000) párr. 11).

3. Fortaleciendo el apoyo a la planificación e implementación de la educación en sexualidad

Pese a la clara y urgente necesidad de contar con una educación en sexualidad a nivel escolar que sea efectiva, en la mayoría de los países del mundo esto aún no es posible. Existen numerosas razones que lo explican, entre las que se incluye la resistencia ‘percibida’ o ‘esperada’, producto de errores de interpretación sobre la naturaleza, propósitos y efectos de la educación en sexualidad. La evidencia señala que muchas personas -incluyendo al personal de los ministerios de educación, directores y maestros de escuelas - pueden no estar convencidas de la necesidad de proporcionar educación en sexualidad o bien se muestran reacios a impartirla por falta de confianza y de personal competente para hacerlo. Los valores personales o profesionales de los y las docentes también podrían entrar en conflicto con los temas que se les solicita abordar, o bien, puede darse el caso que no existan pautas claras sobre qué enseñar y cómo hacerlo (la Tabla 1 muestra ejemplos típicos de inquietudes expresadas en torno a la incorporación o la promoción de la educación en sexualidad).

Tabla 1. Inquietudes comunes sobre la educación en sexualidad

Inquietudes	Respuesta
La educación en sexualidad conduce a una temprana iniciación de la actividad sexual.	Las investigaciones realizadas en todo el mundo señalan en forma inequívoca que, nunca, o rara vez, la educación en sexualidad conduce a un inicio temprano de la actividad sexual. Más bien, ésta retarda y hace más responsable el comportamiento sexual o bien no tiene efectos notables en el comportamiento sexual.
La educación en sexualidad priva a los niños y niñas de su “inocencia.”	Todos los niños, las niñas y personas jóvenes se benefician de un proceso gradual de educación en sexualidad desarrollado desde el comienzo de la educación formal. Este proceso debe incluir información completa, científicamente correcta, libre de prejuicios y apropiada a la edad. De no contarse con ella, es probable que el niño, la niña o las personas jóvenes reciban mensajes contradictorios y en ocasiones perjudiciales desde sus pares, los medios de comunicación o desde otras fuentes. Una educación en sexualidad de buena calidad compensa estas circunstancias a través de la provisión de información ajustada a la verdad que pone énfasis en los valores y en las relaciones afectivas.
La educación en sexualidad está en contra de nuestra cultura o religión.	Las Orientaciones Técnicas Internacionales enfatizan la necesidad de pertinencia cultural y de adaptación al contexto local a través de la participación y el apoyo de las personas integrantes de la comunidad responsables de preservar la cultura. La forma que tomará la educación en sexualidad se determinará a través de la participación de todos los actores relevantes, incluyendo a líderes religiosos. Sin embargo, las Orientaciones también destacan la necesidad de modificar las normas sociales y prácticas dañinas que no estén en armonía con los derechos humanos y aumenten el riesgo y la vulnerabilidad, especialmente de las niñas y las jóvenes.
Educar a personas jóvenes sobre sexualidad es deber de los padres, las madres y de la familia extendida.	En algunos lugares del mundo, las costumbres tradicionales orientadas a la preparación de jóvenes para mantener relaciones afectivas y sexuales responsables se están desintegrando, dejando en muchos casos, nada que las sustituya. La educación en sexualidad reconoce el rol primario que juegan los padres, las madres y la familia como fuentes de información, apoyo y cuidado durante la compleja tarea de construir un enfoque saludable de sexualidad y relaciones afectivas. La función del gobierno a través de sus ministerios de educación, escuelas y docentes, es apoyar y complementar el papel de los padres y las madres proporcionando entornos de aprendizaje que sean seguros y positivos, así como las herramientas y materiales para una educación en sexualidad de buena calidad.

<p>Los padres y madres se opondrán a la enseñanza de la educación en sexualidad en la escuela.</p>	<p>Los padres, las madres y las familias desempeñan una función primaria en términos de construir los aspectos clave de la identidad sexual y las relaciones sociales y sexuales de sus hijos e hijas. Por su parte, las escuelas y los establecimientos educativos donde los niños, niñas y jóvenes pasan una gran parte de sus vidas, representan un entorno muy apropiado para aprender sobre la actividad sexual, las relaciones afectivas y el VIH y otras ITS. Cuando esos establecimientos funcionan bien, las personas jóvenes logran desarrollar los valores, destrezas y conocimientos que les permitirán optar por alternativas informadas y responsables acerca de su vida social y sexual. Los maestros y maestras deben ser proveedores calificados y fuentes fidedignas de información y apoyo para la mayoría de los niños, niñas y personas jóvenes. En la mayoría de los casos, los padres y madres continúan siendo quienes más férreamente fomentan la provisión de programas de educación en sexualidad de calidad en las escuelas.</p>
<p>La educación en sexualidad puede ser beneficiosa para las personas jóvenes pero no para niños y niñas menores.</p>	<p>Las Orientaciones Técnicas Internacionales se basan en el principio de ser apropiadas según la edad, el que se refleja en la agrupación de los objetivos de aprendizaje descritos en el Volumen 2, los que cuentan con la flexibilidad para incorporar elementos que forman parte de los contextos locales y comunitarios. La educación en sexualidad comprende múltiples relaciones, no sólo las de naturaleza sexual. Los niños y niñas son concientes de estas relaciones y las reconocen mucho antes de iniciar su etapa sexual y, en consecuencia, necesitan las destrezas que les permitan entender sus cuerpos, sus sentimientos y relaciones desde una edad temprana. La educación en sexualidad sienta las bases de este conocimiento fomentando, por ejemplo, el uso del nombre correcto de las distintas partes del cuerpo, la comprensión del principio de reproducción humana, la exploración de las relaciones familiares e interpersonales y la adquisición de conceptos tales como la seguridad y confianza y el desarrollo de la autoestima. Esto se puede aprender y reforzar en forma gradual en sintonía con la edad y el desarrollo del niño y la niña.</p>
<p>Es posible que los maestros y maestras estén dispuestos a enseñar educación en sexualidad pero sienten incomodidad, temor o carecen de las competencias necesarias para hacerlo.</p>	<p>La provisión de una educación en sexualidad de alta calidad dependerá en gran parte de contar con docentes capacitados, que se sientan motivados y apoyados. En este sentido, las políticas escolares y sectoriales y los currículos claramente formulados son de gran ayuda. Se debería alentar la especialización de los maestros y maestras en educación en sexualidad enfatizando la formalización de esta asignatura dentro del currículo y a través de la intensificación de iniciativas de apoyo y perfeccionamiento docente.</p>
<p>La educación en sexualidad ya se ha cubierto en otras asignaturas (biología, habilidades para la vida, o educación cívica).</p>	<p>En muchos países, los ministerios, las escuelas, los maestros y las maestras ya están respondiendo al desafío que implica mejorar la educación en sexualidad. Si bien estos esfuerzos se valoran, la utilización de las Orientaciones Técnicas Internacionales ofrece la oportunidad de evaluar y fortalecer el currículo, la práctica pedagógica y la base de evidencia, en un campo caracterizado por su naturaleza dinámica y su rápida evolución.</p>
<p>La educación en sexualidad debe promover valores.</p>	<p>Estas Orientaciones Técnicas Internacionales sobre educación en sexualidad se sustentan en un enfoque basado en los derechos donde valores como el respeto, la tolerancia, la igualdad, la empatía y la reciprocidad, se encuentran íntimamente vinculados a derechos humanos universalmente aceptados. Es imposible hablar de sexualidad sin tener en consideración estos valores.</p>

3.1 Actores claves

La educación en sexualidad genera apoyo y al mismo tiempo, oposición. En el caso de esta última, no significa que sea insuperable. Los ministerios de educación deben desempeñar un papel crítico en la construcción de consensos a través de procesos de consulta y campañas de sensibilización sobre la necesidad de contar con educación en sexualidad en las escuelas, en colaboración con actores clave, por ejemplo:

- Personas jóvenes representadas por su diversidad y las organizaciones que trabajan con ellas;
- Asociaciones de padres, madres, maestros y maestras;
- Tomadores de decisiones y autoridades políticas;
- Entidades gubernamentales, como el ministerio de salud u otros dedicados a atender las necesidades de personas jóvenes;
- Profesionales de la educación y establecimientos educativos, incluyendo maestros y maestras, profesores jefe e instituciones de formación docente;
- Líderes religiosos y organizaciones basadas en la fe;
- Sindicatos de docentes y profesores;
- Institutos de formación para profesionales de la salud;
- Investigadores e investigadoras;
- Líderes comunitarios y tradicionales;
- Agrupaciones de personas lesbianas, gays y transgénero;

- Organizaciones no- gubernamentales (ONGs), en particular las dedicadas a trabajar con jóvenes en el campo de la salud sexual y reproductiva;
- Personas que viven con VIH;
- Medios de comunicación (locales y nacionales); y
- Donantes o agencias externas de financiamiento.

Tanto los estudios de investigación como la experiencia práctica han demostrado que los programas de educación en sexualidad pueden ser más atractivos y efectivos para personas jóvenes si se les permite participar en el desarrollo del currículo. En este sentido, facilitar el diálogo entre los diferentes actores – especialmente entre personas jóvenes y adultas – se considera una importante estrategia para generar apoyo. Las personas jóvenes pueden jugar diversos papeles. Por ejemplo, pueden identificar algunas inquietudes y creencias compartidas sobre sexualidad, sugerir actividades que aborden dichas creencias, ayudar a dar realismo a los escenarios donde se protagonizan los juegos de roles y sugerir adaptaciones durante la etapa piloto (Kirby, 2009).

Recuadro 2. Participación de personas jóvenes

Un informe basado en respuestas a un cuestionario administrado a más de 20 mil jóvenes publicado por el Parlamento de la Juventud (Reino Unido, 2007), revela que el 40% describe la 'educación sexual y de relaciones afectivas' (SRE) recibida como 'mala' o 'muy mala', mientras que un 33% la describe solamente como 'regular'. Otras conclusiones importantes derivadas de esta encuesta son las siguientes:

- el 43% reportó no haber recibido orientación alguna sobre relaciones afectivas;
- el 55% de personas adolescentes entre 12 y 15 años y el 57% de las mujeres de 16 y 17 años, reportaron que nunca se les enseñó sobre el uso del condón;
- Un número levemente superior a la mitad, desconocía la ubicación del servicio de salud sexual local.

La participación de una entidad como el Parlamento de la Juventud en el análisis de la provisión de SRE generó importantes datos. Asimismo, el informe ilustra la magnitud del desafío que significa satisfacer las necesidades de personas jóvenes incluso para los sistemas educativos de países desarrollados. En parte, gracias a los/as jóvenes que participaron en el proceso del Parlamento de la Juventud del Reino Unido, en 2008 Inglaterra anunció la obligatoriedad de la SRE.

Fuente: Fisher, J. y McTaggart J. Review of Sex and Relationships Education (SRE) in Schools, Publicaciones 2008, Capítulo 3, Sección 14. www.teachernet.gov.uk/_doc/13030/SRE%20final.pdf o <http://ukyouthparliament.org.uk/sre>

3.2 Los argumentos a favor de la educación en sexualidad

La incorporación de la educación en sexualidad puede encontrar una clara justificación en la evidencia derivada de evaluaciones sobre la situación actual y las necesidades locales y nacionales. Dicha justificación debería incluir datos sobre el VIH, otras ITS, embarazo adolescente, patrones de comportamiento sexual entre jóvenes (incluso entre quienes son más vulnerables) junto con otros estudios sobre factores específicos asociados con el riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/ITS. Idealmente, ésta debiera incluir datos cualitativos y cuantitativos relativos a la edad de iniciación de la actividad sexual; las dinámicas de pareja, incluyendo el número de parejas sexuales y las diferencias de edad; la violación; la coerción o explotación; la duración de las relaciones de pareja y la práctica de mantener parejas múltiples y/o simultáneas; el uso de condones y anticonceptivos; y el uso de servicios de salud.

Recuadro 3. América Latina llama a la acción

Un creciente número de gobiernos de todo el mundo ha confirmado su compromiso con la educación en sexualidad como una prioridad esencial para el cumplimiento de las metas nacionales de desarrollo, salud y educación. En agosto de 2008, los ministerios de salud y educación de toda América Latina y el Caribe se dieron cita en Ciudad de México con el propósito de firmar una declaración histórica reafirmando el mandato de implementar la educación en sexualidad y prevención del VIH en toda la región. La declaración propicia el fortalecimiento de la educación integral en sexualidad y su inclusión como una de las áreas básicas de enseñanza en las escuelas primarias y secundarias de la región.

La Declaración Ministerial incluye:

- Un llamado a implementar y/o fortalecer las estrategias multisectoriales de educación integral en sexualidad y la promoción y el cuidado de la salud sexual, incluyendo la prevención del VIH;
- Entender que la educación integral en sexualidad abarca aspectos éticos, biológicos, afectivos, sociales, culturales y de género, así como de derechos humanos; el respeto por la diversidad de las orientaciones e identidades sexuales.

Véase también:

http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080731_Leaders_Ministerial.asp

http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_ministerdeclaration_en.pdf

http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_ministerdeclaration_es.pdf

3.3 Planificación de la implementación

En algunos países, los ministerios de educación han creado Consejos Asesores Nacionales y/o Comités de Grupos de Estudio encargados de proporcionar sólidos fundamentos para la elaboración de políticas relevantes, generar apoyo a los programas, y asistir en el desarrollo e implementación de programas de educación en sexualidad. Entre quienes integran los comités y consejos se cuentan profesionales en ejercicio y personas expertas en salud sexual y reproductiva, derechos humanos, educación, igualdad entre los géneros, desarrollo y educación de jóvenes. También se incluye a personas jóvenes, quienes pueden participar en forma individual o colectiva en actividades de promoción y sensibilización, revisar materiales y políticas preliminares y desarrollar un plan integral de trabajo en el aula, acompañado de actividades de monitoreo y evaluación. A nivel de política, una iniciativa nacional sobre educación en sexualidad sólidamente desarrollada debería estar explícitamente vinculada tanto a planes del sector educativo como a planes estratégicos y a marcos nacionales de política sobre el VIH y el SIDA.

Con el fin de garantizar su continuidad y consistencia e incentivar la participación en esfuerzos tendientes al mejoramiento de la educación en sexualidad, las discusiones relativas al apoyo de iniciativas y a la capacidad de las escuelas de impartir educación en sexualidad se deben dar en cada nivel y entre todos los niveles. Las personas participantes en estas discusiones deben recibir, según corresponda, orientación y capacitación en sexualidad y salud sexual y reproductiva. Lo anterior debe incluir capacitación sobre clarificación de valores y programas destinados a superar sentimientos de vergüenza al momento de abordar temas de sexualidad. En general, los maestros y maestras responsables de impartir cursos de educación en sexualidad también deberán adquirir las habilidades específicas necesarias para explicar temas de sexualidad en forma clara y utilizar métodos de aprendizajes activos y participativos.

3.4 A nivel de escuela

El contexto dentro del cual se impartirá la educación en sexualidad tiene una importancia crítica. En este sentido, dos factores interrelacionados marcarán la diferencia: (1) liderazgo y (2) orientación de las políticas. En primer término, se espera que la gestión escolar asuma una función protagónica en términos de brindar apoyo y motivación, crear un clima conducente a la implementación de la educación en sexualidad y abordar las necesidades de las personas jóvenes. Desde la perspectiva del aula, se espera que maestros y maestras a través de actividades de descubrimiento, aprendizaje y crecimiento asuman el liderazgo pedagógico en términos de cómo experimentan los niños, las niñas y las personas jóvenes la educación en sexualidad. En una atmósfera de incertidumbre y conflicto, la capacidad de liderazgo de maestros y gestores puede marcar la diferencia entre intervenciones programáticas exitosas y fallidas.

En segundo término, la naturaleza sensible y en ocasiones controversial de la educación en sexualidad hace necesario contar con el apoyo de leyes y políticas inclusivas que demuestren que la provisión de educación en sexualidad es un tema de política institucional y no queda al arbitrio de opciones o preferencias personales. El hecho de implementar la educación en sexualidad en un marco que incorpore un conjunto claro de políticas o directrices relevantes a nivel de escuela -respecto de, por ejemplo, salud sexual y reproductiva, igualdad entre los géneros (incluyendo el acoso sexual), violencia sexual y basada en el género y actitudes de matonaje (incluyendo el estigma y la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género) - implica una serie de ventajas. En este sentido, un marco de políticas hará posible:

- Proporcionar una base institucional para la implementación de programas de educación en sexualidad;
- Anticipar y superar sensibilidades relacionadas con la implementación de programas de educación en sexualidad;
- Establecer criterios de confidencialidad;
- Establecer criterios de comportamiento; y
- Proteger y dar apoyo a los maestros y maestras responsables de impartir educación en sexualidad y, si procede, protegerlos y otorgarles mayor prestigio dentro de la comunidad y la escuela.

Es posible que algunos de estos temas estén claramente definidos en políticas escolares ya existentes. Por ejemplo, la mayoría de las políticas escolares sobre el VIH prestan especial atención a aspectos relacionados con confidencialidad, discriminación e igualdad entre los géneros. Sin embargo, en el caso de no contar con orientaciones previas, la política sobre educación en sexualidad servirá para aclarar y fortalecer el compromiso asumido por la escuela respecto de:

- La aplicación del currículo por parte de maestras y maestros capacitados;
- La participación de padres y madres;
- Los procedimientos diseñados para responder las inquietudes de padres y madres;
- El apoyo prestado a las estudiantes embarazadas para continuar su educación;
- Hacer de la escuela un entorno que fomente las actitudes saludables (a través de la provisión de servicios higiénicos limpios, privados y separados para niñas y niños y otras medidas);
- Medidas requeridas en casos de infracción de políticas, por ejemplo, rompimiento de la cláusula de confidencialidad, estigma y discriminación, acoso sexual o actitudes de matonaje; y
- Promover el acceso a servicios locales de salud sexual y reproductiva y a otros servicios relacionados, con acuerdo a la legislación nacional.

También se deberán tomar decisiones sobre cómo seleccionar a maestros y maestras que deberán impartir programas de educación en sexualidad y si es o no recomendable que dichas decisiones se basen en preferencias o competencias personales, o bien, si todos los y las docentes que enseñan una asignatura en particular, o un grupo de asignaturas, deban cumplir ciertas exigencias.

La planificación de la implementación debe tomar en cuenta el adecuado desarrollo y provisión de recursos (incluyendo materiales) y establecer un acuerdo respecto del lugar que le corresponde al programa dentro del currículo. Adicionalmente, debe considerar la capacitación previa en institutos de formación docente y actividades de actualización de conocimientos y capacitación para maestras y maestros de aula, a objeto de fortalecer su autoestima, desarrollar destrezas de aprendizaje activo y participativo y, en general, lograr que se sientan más cómodos enseñando esta asignatura (Kirby, 2009).

Para que las alumnas y alumnos se sientan cómodos participando en actividades grupales de educación en sexualidad, es imprescindible que también se

sientan seguros. Por lo tanto, es indispensable que la educación en sexualidad se imparta en un clima acogedor y promovedor. En general, esto incluye establecer desde el inicio, un conjunto de ‘reglas del juego’ que deben ser observadas durante todas las actividades de enseñanza y aprendizaje. Entre algunos ejemplos típicos se pueden mencionar: evitar hacer comentarios que provoquen humillación o ridiculicen a la persona; evitar hacer preguntas personales; respetar el derecho a no responder preguntas; reconocer que toda pregunta es legítima; evitar las interrupciones; respetar la opinión de los demás; y mantener la confidencialidad. Estudios de investigación revelan que algunos currículos también alientan la activa participación de los educandos. Finalmente, separar estudiantes en grupos del mismo sexo durante parte o la totalidad del programa, también ha demostrado ser una estrategia efectiva (Kirby, 2009).

La seguridad dentro del aula debe ser reforzada por políticas anti-homofóbicas y contra la discriminación basada en el género que sean consistentes con el currículo. En líneas generales, el ethos de la escuela debe estar en armonía con los valores y las metas del currículo. Las escuelas deben representar ‘lugares seguros’ donde los y las estudiantes se pueden expresar libremente sin el temor de sufrir descalificación, humillación, rechazo o maltrato y donde no se permitan las relaciones sexuales entre estudiantes y maestros o maestras. (Kirby, 2009).

3.5 Participación de los padres y madres

Algunos padres y madres pueden tener opiniones e inquietudes fuertemente arraigadas sobre los efectos de la educación en sexualidad. En algunos casos, estas inquietudes están sustentadas en información incompleta o temores infundados sobre la naturaleza y los efectos de la educación en sexualidad o en percepciones individuales de las normas sociales. Desde el comienzo, se deberá buscar el apoyo y cooperación de padres, madres, familias y demás actores comunitarios y reforzarlo en forma periódica, teniendo en cuenta que las percepciones y los comportamientos de personas jóvenes se ven marcadamente influenciados por los valores de la familia y la comunidad, así como por las normas y condiciones sociales. Es importante enfatizar que las escuelas, los padres y las madres comparten la misma preocupación en términos de promover la seguridad y bienestar de los estudiantes.

Las inquietudes de los padres y madres se pueden atender a través de programas paralelos que den orientación sobre el contenido del aprendizaje de sus hijos e hijas y les entregue las habilidades necesarias para establecer diálogos más francos y abiertos en materia de sexualidad, aplacando sus temores y logrando que apoyen los esfuerzos de la escuela encaminados a impartir una educación en sexualidad de buena calidad. Varios estudios han demostrado que una de las formas más efectivas de mejorar las comunicaciones padre/madre - hijo/hija sobre sexualidad es pedir a los alumnos y alumnas que como parte de la tarea para el hogar, discutan con sus padres, madres u otros adultos de confianza temas previamente seleccionados (Kirby, 2009). Si los padres, madres y docentes se apoyan mutuamente con el fin de implementar un proceso de enseñanza y aprendizaje estructurado y orientado, es muy probable que la oportunidad de desarrollo personal de los niños, niñas y jóvenes se vea sustancialmente mejorada.

3.6 Las escuelas como recursos comunitarios

Las escuelas tienen el potencial de convertirse en centros comunitarios de confianza que proporcionen vínculos a otros recursos, tales como los servicios encargados de la salud sexual y reproductiva, el abuso de sustancias, la violencia basada en género, y las crisis domésticas (UNESCO, 2008b). Este vínculo entre la escuela y la comunidad es especialmente importante en términos de la protección infantil, dado que ciertos grupos de niños, niñas y jóvenes son particularmente vulnerables. Entre estos se incluyen las personas desplazadas, discapacitadas, huérfanas y las que viven con VIH. Todas ellas necesitan tener acceso a información relevante y adquirir competencias de autoprotección, así como acceso a servicios comunitarios que los protejan de la violencia, el abuso y la explotación.



4. Base de la evidencia científica para la educación en sexualidad

4.1 Análisis del impacto de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual – 2008

Esta sección resume las conclusiones de un reciente análisis -encargado por la UNESCO durante el período 2008-2009 como parte del desarrollo de las presentes Orientaciones Técnicas Internacionales- del impacto de la educación en sexualidad en el comportamiento sexual. Con el fin de identificar el mayor número de estudios posible en todo el mundo, el equipo encargado del análisis realizó una búsqueda de numerosas bases de datos computarizadas, examinó los resultados de búsquedas anteriores, contactó a 32 especialistas en este campo, participó en reuniones profesionales donde se presentaron estudios relevantes y examinaron todas las ediciones de doce revistas científicas. (Si desea una descripción detallada de los criterios empleados en la selección de los estudios evaluativos y los métodos utilizados para identificar estos estudios, sírvase consultar el Anexo II).

Tabla 2. Número de programas de educación en sexualidad que demostraron tener impacto en el comportamiento sexual

	Países en desarrollo (N=29)	Estados Unidos (N=47)	Otros países desarrollados (N=11)	Todos los países (N=87)	
Iniciación de la actividad sexual					
• Retardó el inicio	6	15	2	23	37 %
• No tuvo impacto significativo	16	17	7	40	63 %
• Adelantó el inicio	0	0	0	0	0 %
Frecuencia de la actividad sexual					
• Redujo la frecuencia	4	6	0	10	31 %
• No tuvo impacto significativo	5	15	1	21	66 %
• Aumentó la frecuencia	0	0	1	1	3 %
Número de parejas sexuales					
• Redujo el número	5	11	0	16	44 %
• No tuvo impacto significativo	8	12	0	20	56 %
• Aumentó el número	0	0	0	0	0 %
Uso del condón					
• Aumentó el uso	7	14	2	23	40 %
• No tuvo impacto significativo	14	17	4	35	60 %
• Redujo el uso	0	0	0	0	0 %
Uso de anticonceptivos					
• Aumentó el uso	1	4	1	6	40 %
• No tuvo impacto significativo	3	4	1	8	53 %
• Redujo el uso	0	1	0	1	7 %
Comportamientos sexuales de riesgo					
• Redujo el riesgo	1	15	0	16	53 %
• No tuvo impacto significativo	3	9	1	13	43 %
• Aumentó el riesgo	1	0	0	1	3 %

El análisis se basó en 87 estudios⁶ realizados en todo el mundo (véase la Tabla 2) que cumplían los criterios establecidos. De ellos, 29 tienen su origen en países en desarrollo, 47 en los Estados Unidos y once en otros países desarrollados. Todos los programas tuvieron como principal propósito reducir la ocurrencia de embarazos no planificados o ITS, incluyendo el VIH, y no fueron diseñados para abordar las distintas necesidades de las personas jóvenes o su derecho a obtener información sobre diversos temas. Todos los programas se basaron en currículos; el 70% se implementó en escuelas y el resto en entornos comunitarios o clínicos. La duración de muchos de ellos fue más bien modesta, menos de treinta horas e incluso de tan sólo quince horas. Este análisis examinó el impacto de los comportamientos sexuales que inciden directamente en el embarazo y en la transmisión sexual del VIH y otras ITS. No se analizó el impacto de otros comportamientos tales como los relacionados con el cuidado de la salud, la prevención del acoso o la violencia sexual o abortos bajo condiciones inseguras.

Limitaciones y fortalezas del análisis

Una serie de limitaciones afectaron los estudios y, por consiguiente, el análisis. Un número muy escaso de estudios fue realizado en países en desarrollo. Algunos no incluyeron una descripción adecuada de sus programas, en tanto que ninguno de ellos examinó programas orientados a gays o lesbianas u otros grupos de jóvenes que mantienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo. En otros, el diseño de las evaluaciones fue marginalmente adecuado y muchos resultaron ser poco riguroso en términos estadísticos. En la mayoría de ellos no se hicieron ajustes por pruebas múltiples de significancia. Pocos estudios midieron el impacto en las tasas de ITS o embarazo, e incluso un número aún menor utilizó marcadores biológicos en sus mediciones. Finalmente, la publicación se vio afectada por sesgos inherentes a los estudios, dado que los investigadores tienden a publicar artículos que generan resultados positivos que avalan sus teorías. Asimismo, existe una mayor probabilidad que las revistas y los programas acepten publicar artículos sólo cuando se han identificado resultados positivos.

A pesar de todas estas limitaciones, se puede aprender mucho de estos estudios por diversas razones: 1) el número total de estudios analizados (87), todos con diseños experimentales o semi-experimentales, lo que representa una cifra bastante alta; 2) algunos de estos

estudios incorporaron diseños de evaluación bastante sólidos y, sin embargo, sus resultados fueron similares a los estudios que utilizan diseños más débiles; 3) cuando el mismo programa fue objeto de múltiples estudios, con frecuencia se obtuvieron los mismos resultados o resultados similares; y 4) los programas que se demostraron efectivos en términos de cambiar el comportamiento sexual exhibieron características comunes.

4.2 Impacto en el comportamiento sexual

De un total de 63 estudios⁷ que midieron el impacto de los programas de educación en sexualidad en el inicio de la actividad sexual, en el 37% se identificó la postergación de esta actividad en la totalidad de la muestra o en un segmento importante de la sub-muestra, en tanto que en el 63% no tuvo impacto alguno. Cabe mencionar que ninguno de los programas tuvo como resultado el adelanto de la iniciación de la actividad sexual. En forma similar, el 31% de los programas llevó a una reducción de la frecuencia de la actividad sexual (que incluye la reversión hacia la abstinencia), el 66% no tuvo impacto alguno y el 3% resultó en un aumento de dicha frecuencia. Finalmente, el 44% de los programas logró una reducción en el número de parejas sexuales, el 56% no tuvo impacto y ninguno se tradujo en un aumento del número de parejas. Considerando el alto número de pruebas de significancia examinadas, el pequeño porcentaje de resultados que apunta en la dirección no deseada es igual o inferior a las posibilidades atribuidas al azar. Aplicando el mismo principio, es posible que un pequeño número de resultados positivos también comparta esta característica.

Tomados en su conjunto, los estudios proporcionan evidencia en el sentido que los programas que enfatizan la abstinencia, el uso del condón y anticonceptivos como algunas de las alternativas más seguras, no aumentan la actividad sexual. Por el contrario:

- más de un tercio postergó la iniciación de la actividad sexual;
- más de un tercio redujo la frecuencia de encuentros sexuales sin protección; y
- más de un tercio redujo el número de parejas sexuales, tanto entre toda la muestra como en sub-muestras importantes.

6 Estos estudios evaluaron 85 programas (algunos programas fueron evaluados a través de más de un estudio).

7 Más de la mitad de los 63 estudios fueron ensayos aleatorios controlados.

Además de los efectos atribuibles a los programas de educación en sexualidad descritos anteriormente, se analizaron once programas basados en la promoción de la abstinencia conducidos en Estados Unidos⁸. Estos últimos no cumplieron con los criterios de selección establecidos para la revisión y fueron analizados en forma separada. Dos de los once estudios reportaron que los programas evaluados retardaron el inicio de la actividad sexual, mientras que los otros nueve no tuvieron impacto alguno. Dos de los ocho estudios implementaron programas que efectivamente redujeron la frecuencia de ocurrencia de eventos sexuales, mientras que seis de los programas no demostraron tener efecto. Finalmente, uno entre siete logró reducir el número de parejas sexuales y seis no tuvieron incidencia alguna en esta área. Adicionalmente, ninguno de los siete estudios diseñados para medir el impacto en el uso del condón demostró resultados positivos o negativos y lo mismo ocurrió con los seis estudios que midieron el impacto en el uso de anticonceptivos. Futuras versiones de las Orientaciones incorporarán los resultados de nuevos estudios a medida que se disponga de la evidencia.

4.3 Impacto del uso del condón y anticonceptivos

El 40% de los programas tuvo como resultado un aumento en el uso de condones, el 60% no tuvo impacto alguno y ninguno redujo su uso. Asimismo, el 40% de los programas aumentó el uso de anticonceptivos, el 53% no tuvo impacto y el 7% (un solo programa) redujo el uso de anticonceptivos. En algunos estudios se evaluaron mediciones que incluían el número de eventos de actividad sexual y el uso de condones o anticonceptivos como parte de la misma medición. Por ejemplo, en algunos se midió la frecuencia de la actividad sexual sin el uso de condones o el número de parejas sexuales con quienes no siempre se hizo uso del condón. Estas mediciones se clasificaron bajo el rótulo 'comportamientos sexuales de riesgo'. El 53% de los programas redujo este comportamiento, el 43% no tuvo impacto y el 3% lo aumentó.

En resumen, estos estudios demuestran que más de un tercio de los programas incidieron en un mayor uso de condones y anticonceptivos, mientras que más de la mitad llevaron a una reducción de los comportamientos

sexuales de riesgo, ya bien en toda la muestra o en sub-muestras importantes.

Los resultados positivos de las tres actividades sexuales medidas, es decir, uso de condones; uso de anticonceptivos y comportamientos sexuales de riesgo, son esencialmente similares respecto de estudios de mayor envergadura y caracterizados por diseños experimentales rigurosos. En consecuencia, la evidencia sobre los impactos positivos de los programas en el comportamiento es bastante significativa.

4.4 Impacto en las ITS, el embarazo y las tasas de natalidad

Puesto que las ITS, el embarazo y el parto representan eventos que ocurren con menor frecuencia que la actividad sexual, el uso de condones o anticonceptivos, si se desea obtener una medición adecuada del impacto de los programas en las tasas de ITS, embarazo y natalidad, se requerirá el uso de muestras considerablemente más grandes que permitan una adecuada distribución de las mediciones de los resultados. Dado que muchos de los estudios presentan resultados que no están sustentados en una capacidad estadística adecuada, éstos no se muestran en la Tabla 2.

Muy pocos programas que incorporaron indicadores biológicos encontraron una reducción significativa en tasas de infecciones de transmisión sexual y/o embarazo, mientras que un porcentaje considerable no registró una reducción. De los 18 estudios que utilizaron marcadores biológicos para medir el impacto en tasas de embarazo o ITS, solamente cinco arrojaron resultados significativos.

4.5 Magnitud del impacto

Incluso los programas considerados efectivos no redujeron en forma drástica los comportamientos sexuales de riesgo, siendo sus efectos más bien moderados. Los programas más efectivos redujeron los comportamientos sexuales de riesgo en porcentajes estimados, a grandes rasgos, entre 25% y 33%. Por ejemplo, si el 30% del grupo de control mantuvo relaciones sexuales sin protección durante un período determinado de tiempo, sólo el 20% del grupo

8 Véase el Anexo 5: Borawski, Trapl, Lovegreen, Colabianchi y Block, 2005; Clark, Trenholm, Devaney, Wheeler y Quay, 2007; Denny y Young, 2006; Kirby, Korpi, Barth y Cagampang, 1997; Rue y Weed, 2005; Trenholm *et al.*, 2007; Weed *et al.*, 1992; Weed *et al.*, 2008.

de intervención lo hizo, vale decir, se constató una reducción de 10 puntos porcentuales o una reducción proporcional de una magnitud de un tercio.

4.6 Alcance de los resultados sobre el comportamiento

En términos de cambiar el comportamiento, los programas que hicieron hincapié en la abstinencia y el uso del condón se demostraron más efectivos cuando fueron implementados en entornos escolares, clínicos y comunitarios y cuando se orientaron a diferentes grupos de jóvenes, por ejemplo, hombres y mujeres, jóvenes con y sin experiencia sexual, y jóvenes en bajo y alto riesgo provenientes de comunidades desfavorecidas y de aquéllas más acomodadas.

Recuadro 4. MEMA kwa Vijana (Cosas buenas para los jóvenes)

El programa MEMA kwa Vijana (MKV) conducido en una zona rural de Tanzania, constituye un estudio particularmente interesante. Este estudio evaluó el impacto de un programa de múltiples componentes: currículo fuertemente orientado al aula, servicios de salud reproductiva amigables para jóvenes, actividades comunitarias de promoción del uso de condones que contempla su distribución a jóvenes - a través de jóvenes o educación entre pares, además de una campaña comunitaria de sensibilización destinada a crear un clima de apoyo a las intervenciones.

Un riguroso ensayo aleatorio reveló que el programa había tenido efectos positivos en el comportamiento sexual reportado por los participantes. Por ejemplo, tras un período de ocho años el programa logró reducir el porcentaje de varones que reportó haber tenido cuatro o más parejas sexuales durante su vida del 48 al 40%. Adicionalmente, aumentó el porcentaje de mujeres que reportó el uso del condón en encuentros sexuales casuales del 31 al 45%.

Sin embargo, el programa no tuvo impacto alguno en el VIH, otras ITS o las tasas de embarazo. Existen por lo menos tres razones que pueden explicar estos resultados. Primero, los reportes sobre comportamiento sexual entregados por los participantes podrían estar sesgados y es posible que el programa no haya logrado, de hecho, producir un cambio. Segundo, si bien el programa puede haber cambiado algunos comportamientos de riesgo, es posible que no haya cambiado, necesariamente, los comportamientos que inciden más fuertemente en el embarazo, las ITS y el VIH. Tercero, es factible que el programa no haya cambiado los comportamientos en la medida suficiente como para marcar una diferencia en las tasas de embarazo, ITS y VIH.

Cualquiera sea la explicación, el estudio constituye una advertencia que incluso un programa bien diseñado, basado en el currículo, e implementado en conjunción con componentes comunitarios mutuamente reforzadores, podría no tener un impacto significativo en las tasas de embarazo, ITS y VIH.

Fuente: <http://www.memakwavijana.org>



en entornos escolares, clínicos y comunitarios y cuando se orientaron a diferentes grupos de jóvenes, por ejemplo, hombres y mujeres, jóvenes con y sin experiencia sexual, y jóvenes en bajo y alto riesgo provenientes de comunidades desfavorecidas y de aquéllas más acomodadas.

4.7 Resultados de estudios de replicación

Los resultados derivados de varios estudios de replicación realizados en los Estados Unidos son alentadores⁹. Estos estudios demuestran que cuando programas de comprobada eficacia en el cambio de comportamientos fueron replicados en entornos similares, ya bien por los mismos investigadores o por otros grupos de investigación, se obtuvieron resultados positivos en forma consistente. Se constató que los programas tenían una menor probabilidad de conservar su efectividad cuando su duración se reducía en forma drástica, se omitían actividades de promoción del uso de condones, o cuando estaban diseñados para ser implementados y evaluados en entornos comunitarios siendo posteriormente implementados en aulas escolares.

4.8 Actividades específicas basadas en el currículo

Un escaso número de estudios ha medido el impacto de las actividades específicas que forman parte de programas basados en el currículo. Dos estudios consideraron el impacto de actividades específicas

9 Véase el Anexo V: Hubbard, Giese y Rainey, 1998; Jemmott, Jemmott, Braverman y Fong, 2005; St. Lawrence, Crosby, Brasfield y O'Bannon, 2002; St. Lawrence *et al.*, 1995; Zimmerman *et al.*, 2008; Zimmerman *et al.*, en una fecha próxima.

dentro de programas de prevención del VIH más extensos e integrados a múltiples cursos escolares. El primero (Duflo *et al.*, 2006) reveló que tras presenciar un debate sobre la conveniencia de enseñar a escolares cómo usar el condón y luego escribir un ensayo sobre las formas de protegerse del VIH, los y las estudiantes demostraron una mayor tendencia a usar condones. El segundo estudio (Dupas, 2006), reportó que las siguientes estrategias influyeron en forma significativa en la reducción de la tasa de embarazo entre niñas adolescentes que mantenían relaciones con hombres mayores: proporcionar información acerca de las tasas de prevalencia del VIH, desagregadas por edad y género; enfatizar el riesgo que corren las mujeres jóvenes al tener relaciones sexuales con hombres mayores (que tienen una mayor probabilidad de ser VIH positivos); y mostrar un video sobre los peligros de mantener relaciones sexuales con hombres mayores. El marcador biológico de embarazo entre niñas adolescentes que mantienen relaciones con hombres mayores se consideró importante tanto en sí mismo como en su función de indicador del número de actos sexuales desprotegidos entre mujeres jóvenes y hombres mayores.

- Percepciones sobre normas adoptadas por el grupo de pares, por ejemplo, sobre la actividad sexual, el uso de condones y anticonceptivos;
- Auto-eficacia en términos de rehusar participar en el acto sexual y usar condones;
- Intención de abstenerse del acto sexual o restringir la actividad sexual o el número de parejas o usar condones; y
- Comunicación con padres, madres u otras personas adultas y, potencialmente, con parejas sexuales.

Cabe destacar que algunos estudios demostraron que programas específicos mejoraron estos factores (Kirby, Obasi & Laris, 2006; Kirby 2007). Otros estudios han demostrado que dichos factores, a su vez, tienen un impacto en las decisiones que personas adolescentes toman en materias relacionadas con el sexo (Blum & Mmari, 2006; Kirby & Lepore 2007). Por consiguiente, se cuenta con sólida evidencia en el sentido que los programas identificados como 'efectivos' lograron cambiar el comportamiento al tener un significativo impacto en estos factores, hecho que posteriormente afectó en forma positiva el comportamiento sexual de personas jóvenes.

4.9 Impacto en los factores cognitivos

Prácticamente todos los programas de educación en sexualidad estudiados han contribuido a enriquecer el conocimiento sobre diferentes aspectos de la sexualidad y el riesgo del embarazo o de contraer VIH u otras ITS. Lo anterior es importante ya que aumentar el caudal de conocimientos es una de las tareas principales de la escuela. Los programas que fueron diseñados para reducir el riesgo sexual y que aplicaron modelos lógicos, también intentaron cambiar otros factores que afectan el comportamiento sexual. Normalmente, los programas que se mostraron efectivos en términos de retardar o reducir la actividad sexual o intensificar el uso de condones o anticonceptivos se centraron en las siguientes áreas:

- Conocimiento de temas sexuales, VIH, otras ITS y el embarazo, incluyendo métodos de prevención;
- Percepciones de riesgo, tales como el riesgo asociado con el VIH, otras ITS y el embarazo;
- Valores personales sobre el acto sexual y la abstinencia;
- Actitudes sobre el uso de condones y anticonceptivos;

4.10 Síntesis de los resultados

- Los programas basados en el currículo e implementados en escuelas o comunidades deben considerarse componentes importantes que con frecuencia (aunque no siempre) pueden reducir el comportamiento sexual de riesgo. Sin embargo, implementados en forma independiente de programas comunitarios de más amplio alcance, estos programas no siempre tendrán un impacto significativo en términos de reducir las tasas de embarazo, ITS o VIH.
- Se cuenta con sólida evidencia en el sentido que ninguno de los programas tuvo efectos negativos, es decir, no adelantaron ni intensificaron el comportamiento sexual. Los estudios también han demostrado que estos mismos programas pueden contribuir a retardar el inicio de la actividad sexual y a aumentar el uso de condones u otras formas de anticonceptivos. En otras palabras, enfatizar simultáneamente la abstinencia y el uso de protección entre quienes se encuentran sexualmente activos, no es motivo de confusión

para jóvenes. Incluso, este doble énfasis puede ser tanto realista como efectivo.

- Casi todos los estudios sobre programas de educación en sexualidad revelaron un aumento de los conocimientos.
- Aproximadamente dos tercios de ellos identificaron resultados positivos en comportamiento, ya sea en la totalidad de la muestra o en una importante submuestra.
- Más de un cuarto de los estudios lograron mejorar dos o más comportamientos sexuales entre personas jóvenes. Es alentador comprobar que, entre los estudios que obtuvieron resultados positivos en términos de comportamiento, se cuentan aquellos que utilizaron sólidos diseños de investigación y aquellos que replicaron programas similares con resultados consistentes.
- El análisis comparativo entre programas efectivos e inefectivos ofrece una sólida evidencia en el sentido que aquellos programas que adoptan las características de los programas efectivos (véase la

Sección 5) pueden cambiar los comportamientos que exponen a jóvenes al riesgo de las ITS y del embarazo.

- Incluso si los programas de educación en sexualidad efectivamente enriquecen el conocimiento, entregan competencias y fortalecen la intención de evitar situaciones de riesgo o utilizar los servicios clínicos, las personas jóvenes que deseen reducir el riesgo a que se encuentran expuestos se verán enfrentados a un gran desafío si las normas sociales no ofrecen apoyo a las iniciativas de reducción de riesgo o no se dispone de servicios clínicos.
- Los programas de educación en sexualidad estudiados comparten una gran carencia: ninguno parece centrarse en los comportamientos que más inciden en las infecciones por VIH entre adolescentes de muchas regiones del mundo (Europa, América Latina, el Caribe y Asia). Estos comportamientos son: el uso inseguro de dispositivos para la inyección de drogas; actividad sexual insegura en un contexto de trabajo sexual; y el acto sexual entre hombres (principalmente anal) sin protección.

5. Características de los programas efectivos

En esta sección se presentan las características comunes de programas de educación en sexualidad evaluados como efectivos respecto de su contribución a aumentar el conocimiento, clarificar valores y actitudes, mejorar las competencias y en términos de su impacto en el comportamiento (Kirby, Roller y Wilson, 2007). La Tabla 3 presenta un resumen de las características de los programas efectivos. Estas características se basan en aquellas identificadas y verificadas a través de análisis independientes (Kirby, 2005).

5.1 Características del proceso de desarrollo curricular

1. Involucra en el desarrollo curricular a investigadores especializados en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica relacionada con estos temas

Al igual que las matemáticas, las ciencias, los idiomas y otros campos, la sexualidad humana está basada en una vasta acumulación de investigaciones y conocimientos. Por consiguiente, en el desarrollo de un currículo, o en su selección y adaptación, es necesario involucrar a personas familiarizadas con estas investigaciones y conocimientos. Adicionalmente, si los programas han sido diseñados con el fin de reducir el comportamiento sexual de riesgo, las personas encargadas del desarrollo curricular deben conocer qué tipo de comportamiento es el que las personas jóvenes adoptan en las distintas edades, los factores cognitivos y contextuales inciden en dichos comportamientos y cuál es la mejor forma de abordarlos.

Para crear programas que efectivamente reduzcan el comportamiento sexual de riesgo, las personas encargadas del desarrollo curricular deben aplicar conocimientos teóricos y obtenidos a través de investigaciones empíricas sobre los factores que afectan la conducta sexual y de esta forma identificar los factores que el programa deberá abordar. Posteriormente, deberán utilizar métodos efectivos

de instrucción en el tratamiento de cada uno de estos factores. Esto requiere que estén familiarizados con la teoría, los factores psicosociales que inciden en el comportamiento sexual y con métodos efectivos de enseñanza diseñados para modificar estos factores. Y, por cierto, deben estar informados sobre otros programas de educación en sexualidad de comprobado éxito respecto de modificar el comportamiento, especialmente los conducidos en comunidades y grupos etarios de similares características.

2. Evalúa los comportamientos y las necesidades de salud reproductiva de personas jóvenes como elementos para sustentar el desarrollo de un modelo lógico

Si bien entre personas jóvenes se dan muchos puntos en común en lo relativo a sus necesidades en materia de sexualidad, también se observan muchas diferencias entre las comunidades, los entornos y los grupos etarios en términos de conocimientos, creencias, actitudes, competencias, o los motivos que explican por qué no han logrado evitar mantener relaciones sexuales no deseadas o planificadas, o inseguras. Un programa efectivo de educación en sexualidad debe intentar identificar y explicar estos motivos.

Asimismo, es importante reforzar entre las personas jóvenes los conocimientos, actitudes positivas y competencias ya existentes. Por consiguiente, los programas efectivos deben consolidar estos recursos así como abordar las posibles carencias.

Las necesidades y recursos de las personas jóvenes pueden evaluarse a través de grupos focales con jóvenes y entrevistas con profesionales que trabajan con la población juvenil, así como a través de la revisión de datos generados por investigaciones realizadas con este grupo objetivo o poblaciones similares.



3. Utiliza un modelo lógico que especifica los objetivos de salud, los tipos de comportamiento que inciden en estos objetivos, los factores de riesgo y protección que afectan a estos tipos de comportamiento y las actividades diseñadas para cambiar dichos factores.

El modelo lógico es una herramienta o proceso utilizada para planificar y diseñar un programa. Los programas más efectivos en términos de cambiar el comportamiento y en particular los que efectivamente redujeron las tasas de embarazo e ITS, aplicaron un proceso consistente en cuatro etapas para la creación del currículo: 1) identificación de los objetivos de salud (por ejemplo, reducción de los embarazos no planificados, el VIH y otras ITS); 2) identificación de los comportamientos que afectaron las tasas de VIH/ITS susceptibles de ser modificados; 3) identificación de los factores cognitivos (o psicosociales) que afectaron a dichos comportamientos (por ejemplo, conocimientos, actitudes, normas, habilidades, entre otros), y 4) creación de múltiples actividades destinadas a cambiar cada uno de estos factores. Este modelo lógico fue la base o teoría de los programas efectivos.

4. Diseña actividades sensibles a los valores comunitarios y coherentes con los recursos disponibles (por ejemplo, el tiempo que los y las docentes pueden destinar, sus competencias, espacios físicos y suministros)

Esta es una etapa importante en todos los programas. A pesar que lo anterior puede parecer obvio, existen numerosos ejemplos de currículos que no fueron o no pudieron ser plenamente implementados por no reflejar los valores de la comunidad o estar al alcance de sus recursos. En consecuencia, estos programas fueron parcialmente ejecutados o tuvieron un término prematuro.

5. Administra una prueba piloto y obtiene una permanente retroalimentación de los educandos sobre cómo responde el programa ante sus necesidades

El hecho de administrar una prueba a personas que representen a la población objetivo en una etapa piloto permite hacer ajustes a cualquier componente del programa con anterioridad a su implementación oficial. Esto también permite a las personas encargadas de su desarrollo afinar detalles e identificar cambios importantes y necesarios. Por ejemplo, se podría

modificar el escenario de un juego de roles a objeto de hacerlo más apropiado para quienes participan o cambiar su redacción de manera que les sea más familiar o más fácil de entender. Durante la prueba piloto, se debe intentar replicar lo más estrechamente posible las condiciones imperantes en el entorno objetivo. Será necesario poner a prueba la totalidad del currículo y obtener retroalimentación práctica de los y las participantes, particularmente en lo relativo a lo que funcionó y a lo que fracasó y cómo fortalecer y hacer más efectivos los elementos débiles.

5.2 Características del currículo

6. Establece objetivos claros al momento de determinar el contenido, el enfoque y las actividades del currículo. Estos objetivos deben incluir la prevención del VIH, otras ITS y/o el embarazo no planificado

Los currículos efectivos son currículos focalizados. Particularmente en relación con educación en sexualidad, esto significa centrarse en la vulnerabilidad de las personas jóvenes (por ejemplo, ante el VIH, otras ITS o el embarazo) y en las consecuencias negativas que éstas conllevan. Los currículos efectivos pueden transmitir mensajes claros sobre estos objetivos: por ejemplo, si los y las jóvenes mantienen relaciones sexuales sin protección en forma habitual se verán potencialmente en riesgo de contraer el VIH, otras ITS y de quedar embarazadas o de provocar embarazos, y las consecuencias negativas asociadas con estas situaciones. Durante este proceso, los currículos efectivos motivan a personas jóvenes a desear evitar contraer ITS o de encontrarse en una situación de embarazo no planificado.

7. Se enfoca en comportamientos sexuales y protectores específicos que conducen directamente a estos objetivos de salud

Las personas jóvenes pueden evitar el riesgo de adquirir VIH u otras ITS a través de la abstinencia sexual. Si tienen relaciones sexuales y desean reducir el riesgo asociado con el VIH, las ITS o el embarazo, pueden usar condones en forma correcta y sistemática, reducir el número de parejas sexuales, evitar mantener varias parejas en forma simultánea, practicar relaciones sexuales mutuamente exclusivas, someterse a

exámenes (y a tratamiento si fuese necesario) de ITS y vacunarse contra las ITS que ofrecen esta opción (Virus del Papiloma Humano VPH, Hepatitis B). En localidades de alta prevalencia del VIH de África sub-sahariana, la OMS recomienda a los varones la circuncisión como una medida adicional para reducir el riesgo potencial de infección por VIH resultado de relaciones sexuales vaginales (OMS y ONUSIDA, 2009). Con el fin de reducir el riesgo de embarazo, las personas jóvenes pueden practicar la abstinencia o bien utilizar un método anticonceptivo de comprobada eficacia.

Los currículos efectivos abordan comportamientos específicos de diversas formas. Plantean retrasar la primera relación sexual, fomentar la toma de decisiones informadas sobre el inicio de la actividad sexual y abordar las percepciones y presiones de los grupos de pares en torno a ésta. También se refieren al acto sexual, recomiendan reducir el número de parejas, evitar mantener varias parejas simultáneas e incrementar el uso del condón y de anticonceptivos, en el caso que la persona sea sexualmente activa. Sin embargo, es necesario que esta información se transmita en forma clara y explícita en un lenguaje apropiado a la cultura y la edad de cada estudiante. Se han identificado, por ejemplo, las presiones que inducen a los y las jóvenes a mantener relaciones sexuales y se han sugerido mecanismos de respuesta. Los currículos han identificado situaciones específicas que podrían traducirse en relaciones sexuales desprotegidas o no deseadas y se han explorado estrategias para hacer frente a estas circunstancias. Durante las sesiones, las personas jóvenes aprenden a usar condones en forma correcta y reciben información sobre otros métodos anticonceptivos. Adicionalmente aprenden a superar los obstáculos que podrían presentarse para su uso o adquisición, por ejemplo, identificando aquellos lugares donde pueden recibir servicios confidenciales y de bajo costo (incluyendo anticonceptivos, orientación sobre VIH, exámenes y tratamientos contra las ITS).

Algunos programas efectivos han establecido vínculos directos y estrechos con servicios de salud locales que facilitan el uso de anticonceptivos y la realización de exámenes de ITS, entre otras cosas.

8. Aborda situaciones específicas que podrían llevar a mantener relaciones sexuales no deseadas o sin protección, y cómo evitarlas y discontinuarlas

Es importante identificar –idealmente con el aporte de las propias personas jóvenes- situaciones puntuales

durante las cuales éstas se sientan más presionadas a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento, y ensayar estrategias tendientes a evitarlas o negociarlas. Es fundamental examinar el impacto que el consumo de alcohol y/o drogas pueda tener en el comportamiento sexual, especialmente en la actividad sexual sin protección. También es importante abordar la violencia sexual y la coerción como medio para obtener favores sexuales.

9. Entrega claros mensajes sobre comportamientos que conducen a reducir el riesgo asociado con las ITS o de embarazo

Una de las características más importantes de los programas efectivos parece ser la entrega de mensajes claros sobre riesgo y comportamientos de protección. Prácticamente todos los programas efectivos refuerzan en forma reiterada y, de diversas maneras, mensajes claros y consistentes sobre comportamientos de protección. De hecho, la mayoría de las actividades contempladas en el currículo han sido diseñadas para cambiar los comportamientos con el fin de que éstos sean consistentes con los mensajes entregados. Dado que el objetivo de la mayoría de estos programas apunta a la reducción del VIH y otras ITS, el mensaje más comúnmente difundido es que las personas jóvenes deben evitar mantener relaciones sexuales o bien utilizar un condón en cada ocasión que ello ocurra y con cada pareja. Algunos programas efectivos también enfatizan la fidelidad entre parejas y evitar adoptar parejas múltiples o sucesivas. En algunos países, se incluyen mensajes culturalmente específicos que también enfatizan los peligros asociados con mantener relaciones con hombres mayores (que ofrecen presentes, a menudo en forma implícita) a cambio de favores sexuales. Otros programas alientan a las personas jóvenes a examinarse y a seguir tratamientos en caso de contraer ITS o VIH. Los programas orientados a la prevención del embarazo suelen hacer hincapié en la abstinencia, el retardo de la iniciación sexual, y/o el uso de anticonceptivos cada vez que se realice el acto sexual. Algunos programas identifican valores comunitarios importantes, por ejemplo, ‘tener orgullo’, ‘ser responsable’ o ‘sentir respeto por uno mismo’ y apelan a ellos. Los programas que apelan a estos valores establecen claramente qué comportamientos sexuales y de protección son coherentes con dichos valores.

10. Se centra en factores específicos de riesgo y protección que inciden en ciertos comportamientos sexuales susceptibles de cambiar a través de la implementación de programas basados en el currículo (por ejemplo, conocimientos, valores, normas sociales, actitudes y habilidades)

Al momento de tomar decisiones sobre comportamientos sexuales, los factores de riesgo y protección tienen un importante impacto entre las personas jóvenes. Éstos incluyen factores cognitivos, tales como conocimientos, valores, percepción de las normas de pares, actitudes, habilidades e intenciones, así como factores externos, por ejemplo, acceso a servicios de asistencia social y de salud amigables para adolescentes. Los programas basados en el currículo, particularmente los implementados en las escuelas, suelen limitarse exclusivamente a los factores cognitivos internos, aunque también describen cómo tener acceso a servicios de salud reproductiva. Las normas, los conocimientos y valores que la educación en sexualidad enfatiza, también deben ser respaldados por normas sociales y una variedad de iniciativas impulsadas por personas adultas de confianza quienes cumplen la doble función de proporcionar apoyo y servir de modelo.

Las normas sociales sobre género y la desigualdad entre los géneros afectan la experiencia de la sexualidad, el comportamiento sexual y la salud sexual y reproductiva. La discriminación basada en género es algo común y, con frecuencia, las mujeres jóvenes tienen mucho menos control sobre sus relaciones, haciéndolas más vulnerables, en algunos entornos, al abuso y la explotación a manos de niños y de hombres, en particular de hombres mayores. Por su parte, los niños y los hombres también puede verse presionados por sus grupos de pares a actuar de acuerdo al estereotipo sexual masculino y a adoptar comportamientos dañinos.

A objeto de reducir el comportamiento sexual de riesgo en forma eficiente, el currículo debe examinar y abordar estas desigualdades y estereotipos en forma crítica. Por ejemplo, será necesario discutir las circunstancias específicas que enfrentan los y las jóvenes y ofrecer habilidades y métodos efectivos que permitan evitar una actividad sexual no deseada o sin protección bajo dichas circunstancias. Estas actividades deben abordar la desigualdad entre los géneros, las normas

y estereotipos sociales y evitar en todo momento promover estereotipos de género dañinos.

11. Emplea métodos pedagógicos basados en la participación activa de los y las estudiantes, contribuyendo a internalizar e integrar la información

La aplicación de currículos efectivos se ha caracterizado por utilizar una amplia gama de métodos de enseñanza participativa. Habitualmente, éstos promueven la activa participación de estudiantes en una tarea o actividad organizada en el aula o a nivel de comunidad, seguida de un período de discusión o reflexión diseñado para extraer una enseñanza específica. Los métodos deben guardar relación con objetivos específicos de aprendizaje.

12. Implementa actividades múltiples de carácter pedagógico diseñadas para cambiar cada factor de riesgo y protección fijado como objetivo

En general, se requieren múltiples actividades para abordar cada factor de riesgo y protección; por ende, se necesita contar con un gran número de actividades. Esta es una de las razones que explica por qué los programas exitosos suelen extenderse, como mínimo, entre 12 y 20 sesiones.

Adicionalmente, las actividades deben incluir estrategias de instrucción diseñadas para cambiar los factores asociados de riesgo o protección, por ejemplo, el juego de roles orientado a aumentar la auto-eficiencia y destrezas para rehusar un encuentro sexual no deseado o posibles situaciones que puedan conducir a ello.

13. Proporciona información científicamente rigurosa sobre los riesgos asociados con la actividad sexual sin protección y la efectividad de los distintos métodos de protección

La información contenida en el currículo debe estar fundamentada en evidencia, ser equilibrada y científicamente correcta, evitando exagerar o subestimar los riesgos o efectividad del condón u otras formas de anticoncepción.

14. Aborda las percepciones de riesgo

Les programmes scolaires efficaces mettent l'accent à la fois sur la prédisposition à l'infection à VIH, à d'autres IST et à des grossesses non désirées et sur leur gravité. Témoignages personnels, simulations et jeux de rôle s'avèrent tous être des activités utiles, en complément de données statistiques et factuelles, pour explorer les concepts de risque, de prédisposition et de gravité.

Los currículos efectivos hacen hincapié tanto en la susceptibilidad de las personas como en las consecuencias del VIH, otras ITS y del embarazo no planificado. Al momento de explorar los conceptos de riesgo, la susceptibilidad y la severidad de las posibles consecuencias, los testimonios personales, las simulaciones y el juego de roles han demostrado ser valiosos complementos a los datos estadísticos y a otros tipos de información factual.

15. Aborda valores y percepciones personales adoptadas por la familia o el grupo de pares respecto de la decisión de mantener relaciones sexuales y/o mantener varias parejas

Los valores personales tienen un significativo impacto en el comportamiento sexual. Los programas efectivos promueven los siguientes valores: abstinencia; expresiones no sexuales de demostración de afecto; y la decisión de cultivar relaciones sexuales de largo plazo, caracterizadas por la mutua fidelidad y basadas en el amor. Estos valores se exploran a través de encuestas, juegos de roles y tareas para el hogar que incluyen comunicación con los padres y las madres.

16. Aborda las actitudes personales y las normas de pares relativas al uso del condón y anticonceptivos

Por su parte, los valores y actitudes personales también afectan el uso del condón y los anticonceptivos. Por consiguiente, los programas efectivos contienen

claros mensajes en este sentido y ofrecen información fidedigna sobre su efectividad. Asimismo, ayudan a los y las estudiantes a explorar sus propias actitudes hacia el uso del condón y anticonceptivos e identifican obstáculos que podrían dificultar su utilización, por ejemplo, problemas relacionados con adquirir o portar condones, posibles situaciones vergonzosas derivadas de solicitar a la pareja que utilice un condón o cualquier otra dificultad relacionada con su uso, y discuten métodos para superar estas dificultades.

17. Aborda tanto las habilidades como la auto-eficacia en el uso de estas habilidades

Con el fin de evitar relaciones sexuales no deseadas o sin protección, las personas jóvenes deben contar con las siguientes habilidades: la habilidad de rechazar participar en una actividad sexual no consentida o sin protección; la habilidad de insistir en el uso del condón u otro anticonceptivo; y la habilidad de obtener estos elementos y utilizarlos en forma correcta. Las primeras dos requieren que exista comunicación entre las personas. El juego de roles, por el hecho de representar una gama de situaciones típicas, es comúnmente utilizado para enseñar estas habilidades, identificando los elementos de cada una antes de ensayarlas en escenarios progresivamente más complejos. Típicamente, las habilidades de uso y adquisición de condones se adquieren a través de demostraciones y visitas a lugares donde se encuentran disponibles.

18. Cubre temas siguiendo una secuencia lógica

Es indispensable enseñar utilizando una secuencia lógica. En muchos currículos efectivos se pone énfasis en fortalecer la motivación para evitar infecciones por ITS/VIH y embarazos haciendo hincapié en la susceptibilidad de que estos hechos ocurran y en la gravedad de estas situaciones, en forma previa a cubrir los conocimientos, las actitudes y destrezas específicas que se requieren para evitarlas.

Tabla 3. Resumen de las características de programas efectivos

Características	
1.	Involucra en el desarrollo curricular a investigadores especializados en sexualidad humana, cambio conductual y teoría pedagógica relacionada con estos temas
2.	Evalúa los comportamientos y las necesidades de salud reproductiva de personas jóvenes como elementos para sustentar el desarrollo de un modelo lógico
3.	Utiliza un modelo lógico que especifica los objetivos de salud, los tipos de comportamiento que inciden en estos objetivos, los factores de riesgo y protección que afectan a estos tipos de comportamiento y las actividades diseñadas para cambiar dichos factores
4.	Diseña actividades sensibles a los valores comunitarios y coherentes con los recursos disponibles (por ejemplo, el tiempo disponible de los y las docentes, sus habilidades, espacios físicos y suministros)
5.	Administra una prueba piloto y obtiene una permanente retroalimentación de los educandos sobre cómo responde el programa ante sus necesidades
6.	Establece metas claras al momento de determinar el contenido, el enfoque y las actividades del currículo. Estas metas deben incluir la prevención del VIH, otras ITS y/o el embarazo no planificado
7.	Se enfoca en comportamientos sexuales y protectores específicos que conducen directamente a estas metas de salud
8.	Aborda situaciones específicas que podrían llevar a mantener relaciones sexuales no consentidas o sin protección, y cómo evitarlas y discontinuarlas
9.	Entrega claros mensajes sobre comportamientos que conducen a reducir el riesgo asociado con las ITS o de embarazo
10.	Se centra en factores específicos de riesgo y protección que inciden en ciertos comportamientos sexuales susceptibles de cambiar a través de la implementación de programas basados en el currículo (por ejemplo, conocimientos, valores, normas sociales, actitudes y habilidades)
11.	Emplea métodos pedagógicos basados en la activa participación de los y las estudiantes, ayudándolos a internalizar e integrar la información
12.	Implementa actividades múltiples de carácter pedagógico diseñadas para cambiar cada factor de riesgo y protección fijado como objetivo
13.	Proporciona información científicamente rigurosa sobre los riesgos asociados con la actividad sexual sin protección y la efectividad de los distintos métodos de protección
14.	Aborda las percepciones de riesgo (particularmente la susceptibilidad de que ciertos hechos o situaciones ocurran)
15.	Aborda valores y percepciones personales adoptadas por la familia o el grupo de pares respecto de la decisión de mantener relaciones sexuales y/o mantener varias parejas sexuales
16.	Aborda las actitudes personales y las normas de pares relativas al uso del condón y anticonceptivos
17.	Aborda tanto las habilidades como la auto-eficacia en el uso de estas habilidades.
18.	Cubre temas siguiendo una secuencia lógica



6. Buenas prácticas en instituciones educativas

Esta sección ofrece recomendaciones basadas en buenas prácticas aplicadas en diversos establecimientos educativos (Kirby, 2009; Kirby, 2005).

1. Implementar programas que incluyan, como mínimo, doce sesiones

Abordar las necesidades de información de las personas jóvenes en materia de sexualidad implica cubrir numerosos temas. Si el objetivo es reducir el comportamiento de riesgo entre jóvenes, se deben plantear tanto los factores de riesgo como los factores de protección que afectan la toma de decisiones. Ambos enfoques requieren de tiempo. Prácticamente todos los programas que han tenido un efecto positivo de largo plazo en el comportamiento incluyen 12 o más sesiones – y en ocasiones 30 o más sesiones – de una duración aproximada de 50 minutos cada una.

2. Incluir sesiones secuenciales a lo largo de varios años

A objeto de optimizar el aprendizaje, es preciso cubrir distintos temas durante varios años teniendo muy presente la edad del educando. Además de entregar a las personas jóvenes mensajes claros sobre comportamiento, es importante reforzar dichos mensajes a lo largo del tiempo. La mayoría de los programas que han tenido efectos perdurables en el comportamiento –según lo determinara un seguimiento realizado dos o más años más tarde– consisten en sesiones secuenciales de dos o tres años de duración, o bien, en programas donde la mayoría de las sesiones se realizan durante el primer año y son seguidas por sesiones de reforzamiento y/o

profundización (“booster”) administradas meses o incluso años más tarde. Este método permite realizar más sesiones de lo que normalmente sería posible y además facilita el reforzamiento de importantes conceptos a lo largo de varios años. Adicionalmente, algunos de estos programas han implementado actividades escolares o comunitarias en años posteriores. De esta forma el o la estudiante tiene exposición al currículo en el aula durante dos o tres años y su aprendizaje se ve reforzado a través de programas escolares o comunitarios en años posteriores.

3. Seleccionar educadores capaces y motivados para la implementación del currículo

La calidad de los y las educadores puede tener un enorme impacto en la efectividad del currículo. Las personas responsables de aplicar el currículo deben ser seleccionadas a través de un proceso transparente que identifique las características consideradas idóneas y deseables. Éstas debieran incluir: interés en enseñar el currículo; capacidad para discutir temas sobre sexualidad de manera cómoda; habilidad para comunicarse con los y las estudiantes; y destreza en el manejo de métodos participativos de aprendizaje. En el caso de no disponer de los conocimientos requeridos, esta carencia puede ser superada mediante programas de capacitación (véase la característica siguiente). Si la mayoría de los postulantes fuesen hombres, sería conveniente implementar estrategias tendientes a reclutar un número mayor de mujeres y viceversa.

Los educadores pueden ser maestros o maestras regulares de aula (en particular de educación en salud o en habilidades para la vida) o especialistas en educación en sexualidad, quienes van de clase en clase cubriendo los distintos niveles de la escuela. El primer grupo puede ofrecer las ventajas de formar parte de la estructura escolar; que la comunidad los conozca y que cuenten con la confianza de sus integrantes; tener vínculos con los y las estudiantes; y la capacidad de incorporar mensajes relevantes en distintas asignaturas. Por su parte, la utilización de educadores especialistas también tiene ventajas ya que pueden recibir capacitación orientada a este tema sensible y a métodos para implementar actividades participativas; se les puede proporcionar información actualizada en forma sistemática; y pueden estar vinculados a servicios comunitarios de salud reproductiva. En todo caso, los estudios de investigación han demostrado que ambos grupos de educadores pueden impartir este tipo de programas en forma efectiva (Kirby, Obasi & Laris, 2006; Kirby, 2007).

Continúa el debate sobre la relativa eficacia de la aplicación del currículo de educación en sexualidad según sea administrado por pares o por personas adultas. Se cuenta con evidencia más sólida en el sentido que esta última modalidad ha logrado mayores efectos positivos en el comportamiento. Sin embargo, esto puede reflejar el mayor número de estudios realizados sobre programas dirigidos por personas adultas. Tres ensayos aleatorios, y un meta-análisis formal que compara la efectividad de programas dirigidos por pares con programas dirigidos por personas adultas, no han arrojado resultados concluyentes (Stephenson *et al.*, 2004; Jemmott *et al.*, 2004; Kirby *et al.*, 1997). Ninguno ha encontrado evidencia sólida para señalar que los programas administrados por personas adultas sean más o menos efectivos que los programas dirigidos por pares.

4. Proporcionar a los educadores y educadoras una formación de calidad

El hecho de enseñar educación en sexualidad suele implicar el uso de nuevos conceptos y métodos de aprendizaje razón por la cual la capacitación especializada cobra especial importancia para los maestros y maestras. Dicha formación debe plantear metas y objetivos

claros, enseñar métodos y prácticas participativas de aprendizaje, proporcionar un buen equilibrio entre contenido y habilidades, basarse en el currículo que se desea implementar y dar la oportunidad de ensayar las lecciones principales contenidas en el currículo. Todo esto puede aumentar la confianza y las capacidades de los y las educadores. Esta formación debe ayudar a los y las docentes a distinguir entre sus valores personales y las necesidades de salud de los y las estudiantes, alentándoles a enseñar el currículo en su totalidad y con estricto apego a su contenido, no en forma selectiva. Debe abordar los desafíos característicos de ciertas comunidades, por ejemplo, clases muy numerosas y la tendencia de enseñar sólo para aprobar exámenes. Asimismo, debe durar el tiempo necesario para cubrir los conocimientos y competencias más esenciales y permitir que las y los maestros personalicen la instrucción y planteen preguntas y temas de interés. Dentro de lo posible, debe tratar las inquietudes de los propios profesores respecto de su salud sexual y condición VIH, si corresponde. Finalmente, esta formación debe ser impartida por instructores experimentados y poseedores de sólidos conocimientos. Al finalizar las sesiones, se deberá solicitar la opinión de los y las participantes acerca de esta capacitación.

5. Proporcionar asistencia en la gestión, orientación y supervisión en forma permanente

Teniendo en cuenta que en muchas escuelas la educación en sexualidad no se encuentra consolidada, los y las administradores escolares deben alentar, dar apoyo y orientación a los y las docentes responsables de impartirla. Quienes supervisen, por su parte, deberán asegurarse de que el currículo sea implementado de acuerdo a lo planificado, que la totalidad de sus secciones sean aplicadas (no sólo las secciones de biología que suelen aparecer en los exámenes) y que los y las docentes cuenten con apoyo al momento de responder a situaciones imprevistas que puedan darse durante el curso de su actividad. Adicionalmente, las personas supervisoras deberán mantenerse al tanto de importantes acontecimientos en el campo de la educación en sexualidad de manera de hacer las adaptaciones necesarias al programa escolar.

Referencias bibliográficas

- Birungi, H., Mugisha, J.F. y Nyombi, J.K. 2007. *Sexuality of young people perinatally infected with HIV: A neglected element in HIV/AIDS Programming in Uganda*. Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender. Nairobi: Population Council.
- Blum, R., Mmari, R. 2006. *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries: an Analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world*. Geneva: World Health Organization.
- Delors, J., et al. 1996. *La Educación Encierra un Tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional de Educación para el Siglo XXI. París: UNESCO.
- Duflo, E., Dupas, P., Kremer, M., & Sinei, S. 2006. *Education and HIV/AIDS prevention: Evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Boston: Department of Economics and Poverty Action Lab.
- Dupas, P. 2006. *Relative risks and the market for sex: Teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. Hanover: Dartmouth College.
- Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). Sin fecha. *Glosario en línea de términos de salud sexual y reproductiva*. Londres: IPPF. <http://glossary.ippf.org/GlossaryBrowser.aspx>
- Fisher, J. y McTaggart J. *Review of sex and relationships education (SRE) in Schools*. 'Issues 2008', Chapter 3, Section 14. www.teachernet.gov.uk/_doc/13030/SRE%20final.pdf <http://ukyouthparliament.org.uk/sre>
- Gordon, P. 2008. *Review of sex, relationships and HIV education in schools*. París: UNESCO.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., Fong, G. T., & Hines, P. M. 2004. *Evaluation of an HIV/STD risk reduction intervention implemented by non-governmental organizations (NGOs): A randomized controlled cluster trial*. Presented at the XV International AIDS Conference, Bangkok, Thailand, July 15, 2004.
- Kirby, D. 2009. *Recommendations for effective sexuality education programmes*. Unpublished review prepared for UNESCO. París: UNESCO.
- Kirby, D.B. 2007. *Emerging answers 2007: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D., & Lepore, G. 2007. *Sexual risk and protective factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important? Which can you change?*
- Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unwanted Pregnancy.
- Kirby, D., Laris, B. & Roller, L. 2005. *Impact of sex and HIV curriculum-based education programs on sexual behaviors of youth in developing and developed countries*. Washington DC: Family Health International.
- Kirby, D., Obasi, A., & Laris, B. 2006. *The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries*. En D. Ross, B. Dick & J. Ferguson (Eds.), *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries* (pp. 103-150). Geneva: OMS.

- Kirby, D., Roller, L., & Wilson, M. M. 2007. *Tool to assess the characteristics of effective sex and STD/HIV education programmes*. Washington DC: Healthy Teen Network.
- Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., & Cagampang, H. H. 1997. *The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California*. *Family Planning Perspectives*, 29(3), 100-108.
- OMS. 2008a. *Adolescent pregnancy fact sheet*. Geneva: WHO.
- OMS. 2007. Fifth Edition. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Geneva: WHO.
- OMS. 2004. *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*. Geneva: WHO.
- OMS. 2002. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: WHO.
- OMS. 2001. *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- OMS y ONUSIDA. 2009. *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention*. Geneva: WHO.
- OMS y UNICEF. 2008. *More positive living: Strengthening the health sector response to young people living with HIV*. Geneva: WHO.
- OMS y UNICEF. 2003. *Skills for health: Skills-based health education including life skills*. Geneva: WHO y UNICEF.
- OMS/FNUJAP/UNICEF. 1999. *Study group on programming for adolescent health: Programming for adolescent health and development*. Geneva: WHO.
- Ross, D., Dick, B., & Ferguson, J. 2006. *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries*. Ginebra: OMS.
- Stephenson, J., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., et al. 2004. *Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): Cluster-randomised intervention trial*. *The Lancet*, 364: 338-346.
- Stirling, M., Rees, H., Kasedde, S., & Hankins, C. 2008. *Addressing the vulnerability of young women and girls to stop the HIV epidemic in southern Africa*. Ginebra: ONUSIDA.
- Straight Talk Foundation. *Annual Report 2008*. Kampala: Straight Talk Foundation.
- UN. 2006. *United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/61/611. New York: UN.
- UN. 2003. *United Nations Committee on the Rights of the Child*. General Comment 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child (CRC). CRC/GC/2003/4. New York: UN.
- UN. 2001. *United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS*. Declaration of Commitment on HIV/AIDS. A/RES/S-26/2. New York: UN.
- UN. 2000. *United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights*. Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment No. 14. E/C.12/2000/4. New York: UN.

- UN. 1999. *Overall review and appraisal of the implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. A/S-21/5/Add.1. New York: UN.
- UN. 1995. *United Nations Fourth World Conference on Women. Platform for Action*. New York: UN.
- UN. 1994. *International Conference on Population and Development. Programme of Action*. New York: UN.
- UN. 1989. *United Nations Convention on the Rights of the Child*. New York: UN
- UNAIDS. 2008. *2008 Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2006. *Scaling up access to HIV prevention, treatment, care and support. The next steps*. Geneva:UNAIDS.
- UNAIDS. 2005. *Intensifying HIV prevention*, supra note 26, at 33. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 1997. *Impact of HIV and sexual health on the sexual behaviour of young people: A Review Update 27*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS and WHO. 2007. *2007 AIDS epidemic update*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS and WHO. 2008. *Unpublished Estimates*. Geneva: UNAIDS.
- UNESCO. 2008a. *EDUSIDA Un marco de acción*. Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2008b. *School-centred HIV & AIDS Care and Support*. Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2000. *Dakar Framework for Action: Education for All*. Meeting our collective commitments. Paris, UNESCO.
- Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and Macro International Inc. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton: UBOS and Macro International Inc.



Anexos

Anexo I

Convenciones y acuerdos internacionales relacionados con educación en sexualidad

Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. CRC/GC/2003/4, 1 de Julio de 2003. Observación General 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC)¹⁰

El Comité pide a los Estados Partes que elaboren y apliquen de forma compatible con la evolución de las facultades de los adolescentes, normas legislativas, políticas y programas para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes: a) facilitando a los padres (o tutores legales) asistencia adecuada a través de la creación de instituciones, establecimientos y servicios que presten el debido apoyo al bienestar de los adolescentes e incluso cuando sea necesario proporcionen asistencia material y programas de apoyo con respecto a la nutrición, el desarrollo y la vivienda (art. 27 3)); b) proporcionando información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes (art. 27 3)); (CRC/GC/2003/4, párr. 16)

Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar

un comportamiento sano. Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas.. (CRC/GC/2003/4, párr. 26)

Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Temas sustantivos derivados de la implementación del pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales. Observación General No. 14¹¹

“El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso...a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. (E/C.12/2000/4, párr. 11)

“En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH y el SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud (...)” (E/C.12/2000/4, párr. 18)

¹⁰ ONU. 2003. Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación General 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC). CRC/GC/2003/4. Nueva York: ONU: Véase también: ONU. 1989. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Nueva York: ONU.

¹¹ ONU. 2000. Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Temas sustantivos derivados de la implementación del pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales. Observación General No. 14. E/C.12/2000/4. Nueva York: ONU.

“Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos”. (E/C.12/2000/4, párr. 21)

Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho de las Personas con Discapacidad. A/61/611, 6 de diciembre de 2006. Artículo 25 – Salud¹²

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- (a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población...;

Programa de Acción (POA) de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)¹³

“Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva este al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable”. (POA CIPD, párr. 7.6)

“Se deberían elaborar programas innovadores para que todos los hombres adolescentes y adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los programas deberían llegar al hombre en su trabajo, en el hogar y en los lugares de esparcimiento. Con el apoyo y la orientación de los padres, y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del niño, se debería llegar también a los muchachos y adolescentes en las escuelas, las organizaciones juveniles y los lugares donde se reúnan. Acompañados de la información y el asesoramiento necesarios, se deberían promover y hacer accesibles métodos de contracepción masculina voluntarios y adecuados, así como métodos encaminados a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA”. (POA CIPD, párr. 7.9)

“Los objetivos son: (a) Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas; (b) Velar por que el hombre y la

¹² ONU. 2006. Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho de las Personas con Discapacidad. A/61/611. Nueva York: ONU.

¹³ ONU. 1994. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Programa de Acción. Nueva York: ONU.

mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación”. (POA CIPD, párr. 7.36)

“Se debería prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para las personas jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres y madres y en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, y hacer hincapié en la responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad, ayudándoles a ejercer esa responsabilidad. Las actividades educacionales deberían comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas a una edad apropiada, pero también deberán abarcar a los adultos, en particular a los hombres, a través de la enseñanza no académica y mediante diversas actividades con base en la comunidad”. (POA CIPD, párr. 7.37)

“En vista de la necesidad urgente de evitar los embarazos no deseados, de la rápida propagación del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, y de la prevalencia de la violencia y el abuso sexuales, los gobiernos deberían formular las políticas nacionales sobre la base de una mejor comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual”. (POA CIPD, párr. 7.38)

“Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres, las madres y otras personas legalmente responsables de las personas adolescentes de dar a estos/as, de una manera coherente con sus crecientes capacidades, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los/as proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de personas adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los y las adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a las personas adolescentes”. (POA CIPD, párr. 7.45)

“Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes”. (POA CIPD, párr. 7.46)

“Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades especiales de los y las adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra personas adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA. Deberían establecerse programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían facilitar información a los adolescentes y hacer un esfuerzo consciente para consolidar valores sociales y culturales positivos. Los y las adolescentes sexualmente activos/as requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Las personas adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres y madres”. (POA CIPD, párr. 7.47)

“Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a adolescentes en relación con un comportamiento sexual reproductivo responsable, en particular los padres, madres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información, y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres y a las madres a fin de mejorar la interacción de estos con sus hijos y/o hijas y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos/as, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva”. (POA CIPD, párr. 7.48)

Naciones Unidas. A/S-21/5/Add.1, 1 de julio de 1999. Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD 5+)¹⁴

“Los gobiernos, en colaboración con la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, los donantes y el sistema de las Naciones Unidas, deben: a) Asignar gran prioridad a la salud reproductiva y sexual en el contexto más amplio de la reforma del sector salud, inclusive el fortalecimiento de los sistemas básicos de salud, de los cuales se puedan beneficiar en particular las personas que viven en la pobreza; b) Velar para que las políticas, los planes estratégicos y todos los aspectos de la ejecución de los servicios de salud reproductiva y sexual respeten todos los derechos humanos, inclusive el derecho al desarrollo, y que dichos servicios satisfagan las necesidades de salud durante todo el ciclo vital, incluidas las necesidades de los y las adolescentes, aborden las injusticias y desigualdades en razón de la pobreza, el sexo y otros factores, y aseguren la igualdad de acceso a la información y a los servicios; c) Incorporar a todos los sectores pertinentes, entre ellos las organizaciones no gubernamentales, especialmente las organizaciones de mujeres y jóvenes, y los colegios profesionales, mediante el proceso de participación en curso, en la formulación, la aplicación, el control de calidad, la supervisión y la evaluación de las políticas y programas a fin de asegurar que los servicios y la información en materia de salud sexual y reproductiva respondan a las necesidades de la población y respeten sus derechos humanos, en particular su derecho a tener acceso a una atención de buena calidad; d) Elaborar servicios y programas de salud amplios y accesibles, inclusive de salud sexual y reproductiva, para las comunidades indígenas, con su plena participación y que respondan a las necesidades y respeten los derechos de las poblaciones indígenas; [...]” (A/S-21/5/Add.1, párr. 52(a)-(d))

Plataforma de Acción (PFA) de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (FWCW)¹⁵

“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. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre

respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual” (FWCW PFA, párr. 96)

“Medidas que han de adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, incluidas las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales (...) (k) Prestar plena atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y justas y, en particular, a las necesidades de educación y de servicios de personas adolescentes para que puedan encarar su sexualidad de manera positiva y responsable”; (FWCW PFA, párr. 108(k) y A/S-21/5/Add.1, párr. 71(j))

Medidas que han de adoptar los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, los medios de información, el sector privado y las organizaciones internacionales pertinentes, entre ellas los órganos adecuados de las Naciones Unidas (...) (g) Reconocer las necesidades específicas de adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH y el SIDA, teniendo en cuenta los derechos del niño y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres tal y como se afirma en el párrafo 107 e)”; (FWCW PFA, párr. 107(g))

Naciones Unidas. A/RES/S-26/2, 2 de agosto de 2001. Sesión Especial de la Asamblea General sobre VIH/SIDA, Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA¹⁶

“Nosotros, Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de Estados y de gobiernos nos comprometemos solemnemente a abordar la crisis del VIH/SIDA a través de las siguientes acciones [...] Para 2003, establecer y/o fortalecer estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante: el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de

14 ONU. 1999. Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/S-21/5/Add.1. Nueva York. ONU.

15 ONU. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Plataforma de Acción. Nueva York. ONU.

16 ONU. 2001. Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. A/RES/S-26/2. Nueva York: ONU.

estudios para adolescentes que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva; y la incorporación en la medida de lo posible de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA;” (párr. 63)

Entre referencias de carácter más general se pueden contar las siguientes:

- El Marco de Acción de Dakar 2000 de Educación para Todos (EPT)¹⁷ enfatiza en uno de sus seis objetivos la necesidad de desarrollar programas orientados a jóvenes que ofrezcan la información, habilidades, asesorías y servicios que permitan proteger a jóvenes de los riesgos y amenazas que limitan las oportunidades de aprendizaje y constituyen un reto para los sistemas de educación, tales como el embarazo entre las escolares, el VIH y el SIDA.
- EDUSIDA¹⁸ La iniciativa de ONUSIDA dirigida por UNESCO, destinada a promover una respuesta global del sector de educación al VIH y el SIDA, recomienda que la incorporación de temas relacionados con el VIH y el SIDA se concrete “a edades tempranas, antes del inicio de la actividad sexual”, “que eleven el conocimiento y la capacidad para adoptar conductas de protección contra el VIH y reducir vulnerabilidades” y “que aborden

el estigma y la discriminación, las disparidades entre los sexos y otros aspectos estructurales que impulsan la epidemia”.

- La Organización Mundial de la Salud¹⁹ (OMS, 2004) concluye que comenzar la educación en sexualidad a una edad temprana reviste una importancia crítica, particularmente en los países en desarrollo donde las niñas que cursan los primeros grados de educación secundaria enfrentan el mayor riesgo de sufrir las consecuencias asociadas con la actividad sexual. Por su parte, dar inicio a la educación en sexualidad a nivel de educación primaria beneficia a aquellos estudiantes que por diversos motivos no pueden asistir a la escuela secundaria. Las directrices emanadas de la Oficina Regional de la OMS para Europa exhortan a los Estados Miembros a garantizar que la educación en sexualidad y reproducción sea incluida en el currículo de educación secundaria y que sea de naturaleza integral²⁰.
- ONUSIDA²¹ ha concluido que los enfoques más afectivos para la educación en sexualidad son los que comienzan con la educación de los/as jóvenes antes que inicien su actividad sexual²². ONUSIDA recomienda que los programas de prevención del VIH tengan las siguientes características: sean integrales, de alta calidad y basados en evidencia; promuevan la igualdad entre los sexos y aborden normas y relaciones relacionadas con el género; e incluyan información explícita y rigurosa sobre prácticas de sexo seguro que incluya el uso correcto y sistemático de condones masculinos y femeninos.

17 UNESCO. 2000. Marco de Acción de Dakar: Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes. París, UNESCO.

18 UNESCO. 2008. EDUSIDA Marco de Acción. París: UNESCO.

19 OMS. 2004. Informe sobre Embarazo en Adolescentes. Ginebra: OMS.

20 OMS. 2001. Estrategia Regional de la OMS sobre Salud Sexual y Reproductiva. Copenhague: OMS, Oficina Regional para Europa.

21 ONUSIDA. 2005. Intensificando la Prevención del VIH, nota 26 supra, párr. 33. Ginebra: UNOSIDA.

22 ONUSIDA. 1997. Impact of HIV and Sexual Health on the sexual behaviour of young people: A Review Update 27. Ginebra: ONUSIDA.

Anexo II

Criterios empleados en la selección de estudios evaluativos y métodos de análisis

Los estudios que fueron incluidos en esta revisión de programas de educación sexual, relaciones interpersonales y prevención del VIH/ITS, debían cumplir los siguientes criterios:

1. El programa evaluado debe:
 - (a) ser un programa de educación sexual, de prevención del VIH/ITS o de relaciones interpersonales, basado en el currículo y en la modalidad de trabajo grupal (a diferencia de intervenciones que sólo involucran discusiones espontáneas, interacciones individuales o actividades escolares, comunitarias o actividades generales de sensibilización de los medios de comunicación), y el currículo debe alentar la adopción de métodos de prevención contra el embarazo y las ITS que vayan más allá de la abstinencia.
 - (b) estar enfocado principalmente en el comportamiento sexual (a diferencia de cubrir diversos tipos de comportamientos como el uso de drogas y alcohol y la violencia, además del comportamiento sexual).
 - (c) estar orientado a jóvenes hasta la edad de 24 años fuera de los Estados Unidos y hasta lo 18 años en este país.
 - (d) haber sido implementado en cualquier lugar del mundo.
2. El método de investigación debe cumplir los siguientes requisitos:
 - (a) incluir un diseño experimental o semi-experimental razonablemente sólido que incluya grupos de intervención y comparación elegidos correctamente para que sus características sean comparables y una etapa de acopio de datos tanto antes como después de la prueba.
 - (b) un tamaño de muestra no inferior a 100.
 - (c) medir el impacto del programa en uno o más de los siguientes comportamientos: iniciación de la actividad sexual, frecuencia del acto sexual, número de parejas sexuales, uso del condón, uso de anticonceptivos en general, mediciones compuestas de riesgo sexual (es decir, frecuencia de eventos sexuales sin protección), tasas de ITS, embarazo y natalidad.
 - (d) medir el impacto en comportamientos que tienden a cambiar rápidamente (por ej., frecuencia de la actividad sexual, número de parejas sexuales, uso del condón, uso de anticonceptivos o practicar comportamientos de riesgo sexual) durante un período mínimo de tres meses, o medir el impacto en comportamientos que cambian no cambian tan rápidamente (por ej., iniciación de la actividad sexual, tasas de ITS o de embarazo) durante un período mínimo de seis meses.
3. No se consideraron estudios concluidos o publicados con anterioridad a 1990. Con la intención de ser lo más inclusivo posible, no se requirió que los estudios fueran publicados en revistas evaluadas por pares.

Métodos analíticos

A objeto de identificar y recuperar el mayor número de estudios mundiales posible, se realizaron diversas tareas, varias de ellas en forma continua a lo largo de un período de dos o tres años. Nuestra labor consistió específicamente en:

1. analizar una serie de bases de datos computarizadas de estudios que cumplieran con nuestros criterios (por ejemplo, PubMed; PsychInfo; Popline; Sociological Abstracts; Psychological Abstracts; Bireme; Dissertation Abstracts; ERIC, CHID y Biologic Abstracts).
2. analizar los resultados de búsquedas previas realizadas por el grupo Education, Training and Research Associates (ETR) e identificar los que cumplieran los criterios anteriormente detallados.
3. analizar estudios ya resumidos en análisis anteriores realizados por otros investigadores.

4. contactar a 32 investigadores con experiencia en este campo, solicitarles analizar la totalidad de los estudios anteriormente identificados, sugerir y proporcionar estudios nuevos.
5. asistir a reuniones profesionales, revisar resúmenes de investigaciones, conversar con diversos autores y, dentro de lo posible, intentar obtener estudios nuevos.
6. revisar cada edición de doce revistas científicas que pudieran contener estudios pertinentes.

Mediante esta combinación de métodos se logró identificar 109 estudios que cumplieran con nuestros criterios. Estos estudios evaluaron 85 programas (algunos consistentes en varios artículos). Todos ellos se registraron, codificaron y resumieron en la Tabla 2 de la Sección 4.

Anexo III

Informantes claves y personas contactadas

Nombre, cargo, afiliación	País/Región	Área(s) de especialización
Peter Aggleton, Vicki Strange Instituto de Educación, Londres Grupo asesor global de la UNESCO	RU y global	Investigación
Arvin Bhana Consejo de Investigación de ciencias Humanas Grupo asesor global de la UNESCO	África meridional	Investigación
Anne Biddlecom Instituto Alan Guttmacher	África subsahariana	Investigación
Antonia Biggs, Claire Brindis Universidad de California, San Francisco	América Latina y EEUU	Investigación
Isolde Birdthistle, James Hargreaves, David Ross London School of Hygiene & Tropical Medicine	África subsahariana	Investigación
Harriet Birungi Consejo de Población Kenya	África oriental	Investigación de operaciones
Frances Cowan University College London	África meridional	Investigación
Mary Crewe Universidad de Pretoria	África subsahariana	Investigación
Juan Díaz Consejo de Población Brasil	Brasil y América Latina	Investigación de operaciones
Nanette Ecker SIECUS	Global	Apoyo técnico
Jane Ferguson OMS	Global	Coordinación, investigación, apoyo técnico
Bill Finger, Karah Fazekas Family Health International	Global	Apoyo técnico
Alan Flisher Universidad de Cape Town	África meridional	Investigación
John Jemmott Universidad de Pennsylvania	EEUU y África meridional	Investigación
Rachel Jewkes Consejo de Investigación Médica, África meridional	África meridional	Investigación
Ana Luisa Liguori Fundación Ford	América Latina	Financiamiento y apoyo técnico

Nombre, cargo, afiliación	País/Región	Área(s) de especialización
Joanne Leerlooijer, Jo Reinders Fundación Mundial para la Población (WPF)	India, Indonesia, Kenya, los Países Bajos, Tailandia, Uganda, Viet Nam	Implementación y apoyo técnico
Cynthia Lloyd Consejo de Población EEUU	África subsahariana	Investigación de operaciones
Eleanor Matika-Tyndale Universidad de Windsor	Canadá y África oriental	Investigación
Lisa Mueller Programme for Appropriate Technology in Health (PATH)	Botswana, China, Ghana y la República Unida de Tanzania	Implementación y apoyo técnico
George Patton The Royal Children's Hospital Melbourne, Centre for Adolescent Health	Australia	Investigación
Susan Philliber Universidad de Columbia	América del Norte	Investigación
David Plummer Universidad de West Indies Cátedra UNESCO de Educación	África meridional y el Caribe	Investigación
Herman Schaalma Universidad de Maastricht	Países Bajos	Investigación
Lynne Sergeant Centro de intercambio de información sobre el VIH y el SIDA de la UNESCO	Global	Apoyo técnico
Doug Webb UNICEF	África subsahariana	Coordinación y apoyo técnico
Alice Welbourn Coalición global sobre mujeres y SIDA Grupo asesor global de la UNESCO	África subsahariana	Abogacía y apoyo técnico
Daniel Wight Consejo de Investigación Médica, RU	RU, el Caribe y África subsahariana	Investigación

Anexo IV

Lista de participantes

en la consulta técnica mundial de la UNESCO sobre educación en sexualidad, 18 y 19 de febrero de 2009, San Francisco, EEUU

Prateek Awasthi

UNFPA
Sexual and Reproductive Health Branch
Technical Division
220 East 42nd Street
New York, New York 10017, USA
<http://www.unfpa.org/adolescents/>

Arvin Bhana

Child, Youth, Family & Social Development
Human Sciences Research Council (HSRC)
Private Bag X07
Dalbridge, 4014, South Africa
<http://www.hsrc.ac.za/CYFSD.phtml>

Chris Castle

UNESCO
Section on HIV and AIDS
Division for the Coordination of UN Priorities in
Education
7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Dhianaraj Chetty

Action Aid International
Post Net suite # 248
Private bag X31 Saxonwold 2132
Johannesburg, South Africa
<http://www.actionaid.org/main.aspx?PageID=167>

Esther Corona

Mexican Association for Sex Education/World
Association for Sexual Health (WAS)
Av de las Torres 27 B 301
Col Valle Escondido, Delegación Tlalpan México
14600 D.F., México
esthercoronav@hotmail.com
<http://www.worldsexology.org/>

Mary Guinn Delaney

UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago, Chile
<http://www.unesco.org/santiago>

Nanette Ecker

nanetteecker@verizon.net
<http://www.siecus.org/>

Nike Esiet

Action Health, Inc. (AHI)
17 Lawal Street
Jibowu, Lagos, Nigeria
<http://www.actionhealthinc.org/>

Peter Gordon

Basement Flat
27a Gloucester Avenue
London NW1 7AU, United Kingdom

Christopher Graham

HIV and AIDS Education Guidance and Counseling
Unit,
Ministry of Education
37 Arnold Road
Kingston 5, Jamaica

Nicole Haberland

Population Council USA
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017, USA
<http://www.popcouncil.org/>

Sam Kalibala

Population Council Kenya
Ralph Bunche Road

General Accident House, 2nd Floor
P.O. Box 17643-00500, Nairobi, Kenya
<http://www.popcouncil.org/africa/kenya.html>

Doug Kirby

ETR Associates
4 Carbonero Way,
Scotts Valley, CA 95066, USA
<http://www.etrassociates.org/>

Wenli Liu

Research Center for Science Education
Beijing Normal University
#19, Xijiekouwaidajie
Beijing, 100875, China

Elliot Marseille

Health Strategies International
1743 Carmel Drive #26
Walnut Creek, CA 94596, USA

Helen Omondi Mondoh

Egerton University
P.O BOX 536
Egerton-20115, Kenya

Prabha Nagaraja

Talking About Reproductive and Sexual Health Issues
(TARSHI)
11, Mathura Road, 1st Floor, Jangpura B
New Delhi 110014, India
<http://www.tarshi.net/>

Hans Olsson

The Swedish Association for Sexuality Education

Box 4331, 102 67
Stockholm, Sweden
<http://www.rfsu.se/>

Grace Osakue

Girls' Power Initiative (GPI) Edo State
67 New Road, Off Amadasun Street,
Upper Ekenwan Road, Ugbiyoko,
P.O.Box 7400, Benin City, Nigeria
<http://www.gpinigeria.org/>

Jo Reinders

World Population Foundation
Vinkenburgstraat 2A
3512 AB Utrecht, Holland
<http://www.wpf.org/>

Sara Seims

Population Program
The William and Flora Hewlett Foundation
2121 Sand Hill Road
Menlo Park, CA 94025, USA
<http://www.hewlett.org/Programs/Population/>

Ekua Yankah

UNESCO
Section on HIV and AIDS
Division for the Coordination of UN Priorities in
Education
7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Anexo V

Estudios que formaron parte del análisis de evidencia

Referencias a estudios conducidos en países en desarrollo que miden el impacto de diversos programas en el comportamiento sexual

1. Agha, S., & Van Rossem, R. 2004. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behaviour of Zambian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 34(5), 441-452.
2. Antunes, M., Stall, R., Paiva, V., Peres, C., Paul, J., Hudes, M., *et al.* 1997. Evaluating an AIDS sexual risk reduction programme for young adults in public night schools in São Paulo, Brazil. *AIDS*, 11 (Supplement 1), S121-S127.
3. Baker, S., Rumakom, P., Sartsara, S., Guest, P., McCauley, A., & Rewthong, U. 2003. *Evaluation of an HIV/AIDS programme for college students in Thailand*. Washington, D.C.: Population Council.
4. Cabezon, C., Vigil, P., Rojas, I., Leiva, M., Riquelme, R., & Aranda, W. 2005. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), 64-69.
5. Cowan, F. M., Pascoe, S. J. S., Langhaug, L. F., Dirawo, J., Chidiya, S., Jaffar, S., *et al.* 2008. The Regai Dzive Shiri Project: a cluster randomized controlled trial to determine the effectiveness of a multi-component community-based HIV prevention intervention for rural youth in Zimbabwe – study design and baseline results. *Tropical Medicine and International Health*, 13(10), 1235-1244.
6. Dufló, E., Dupas, P., Kremer, M., & Sinei, S. 2006. *Education and HIV/AIDS prevention: evidence from a randomized evaluation in Western Kenya*. Boston: Department of Economics and Poverty Action Lab.
7. Dupas, P. 2006. *Relative risks and the market for sex: Teenagers, sugar daddies and HIV in Kenya*. Hanover: Dartmouth College.
8. Eggleston, E., Jackson, J., Rountree, W., & Pan, Z. 2000. Evaluation of a sexuality education programme for young adolescents in Jamaica. *Pan American Journal of Public Health*, 7(2), 102-112.
9. Erulkar, A., Ettyang, L., Onoka, C., Nyagah, F., & Muyonga, A. 2004. Behaviour change evaluation of a culturally consistent reproductive health programme for young Kenyans. *International Family Planning Perspectives*, 30(2), 58-67.
10. Fawole, I., Asuzu, M., Oduntan, S., & Brieger, W. 1999. A school-based AIDS education programme for secondary school students in Nigeria: *A review of effectiveness*. *Health Education Research*, 14(5), 675-683.
11. Fitzgerald, A., Stanton, B., Terreri, N., Shipena, H., Li, X., Kahihuata, J., *et al.* 1999. Use of westernbased HIV risk-reduction interventions targeting adolescents in an African setting. *Journal of Adolescent Health*, 23(1), 52-61.
12. James, S., Reddy, P., Ruiter, R., McCauley, A., & van den Borne, B. 2006. The impact of an HIV and AIDS life skills programme on secondary school

- students in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 18 (4), 281-294.
13. Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Puren, A., *et al.* 2008. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 337, A506.
 14. Jewkes, R., Nduna, M., Levin, J., Jama, N., Dunkle, K., Wood, K., *et al.* 2007. *Evaluation of Stepping Stones: A gender transformative HIV prevention intervention*. Witwatersrand: South African Medical Research Council.
 15. Karnell, A. P., Cupp, P. K., Zimmerman, R. S., Feist-Price, S., & Bennie, T. 2006. Efficacy of an American alcohol and HIV prevention curriculum adapted for use in South Africa: Results of a pilot study in five township schools. *AIDS Education and Prevention*, 18 (4), 295-310.
 16. Kinsler, J., Sneed, C., Morisky, D., & Ang, A. 2004. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. *Health Education Research*, 19(6), 730-738.
 17. Klepp, K., Ndeki, S., Leshabari, M., Hanna, P., & Lyimo, B. 1997. AIDS education in Tanzania: Promoting risk reduction among primary school children. *Journal of Public Health*, 87(12), 1931-1936.
 18. Klepp, K., Ndeki, S., Seha, A., Hannan, P., Lyimo, B., Msuya, M., *et al.* 1994. AIDS education for primary school children in Tanzania: An evaluation study. *AIDS*, 8 (8), 1157-1162.
 19. Martinez-Donate, A., Melbourne, F., Zellner, J., Sipan, C., Blumberg, E., & Carrizosa, C. 2004. Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *The Journal of Sex Research*, 41(3), 267-278.
 20. Maticka-Tyndale, E., Brouillard-Coyle, C., Gallant, M., Holland, D., & Metcalfe, K. 2004. *Primary School Action for Better Health: 12-18 Month Evaluation - Final Report on PSABH Evaluation in Nyanza and Rift Valley*. Windsor, Canada: University of Windsor.
 21. Maticka-Tyndale, E., Wildish, J., & Gichuru, M. 2007. Quasi-experimental evaluation of a national primary school HIV intervention in Kenya. *Evaluation and Programme Planning*, 30, 172-186.
 22. McCauley, A., Pick, S., & Givaudan, M. 2004. *Programmemeing for HIV prevention in Mexican schools*. Washington, D.C.: Population Council.
 23. MEMA kwa Vijana. 2008. *Rethinking how to prevent HIV in young people: Evidence from two large randomised controlled trials in Tanzania and Zimbabwe*. London: MEMA kwa Vijana Consortium.
 24. MEMA kwa Vijana. 2008. *Long-term evaluation of the MEMA kwa Vijuana adolescent sexual health programme in rural Mwanza, Tanzania: a randomised controlled trial*. London: MEMA kwa Vijana Consortium.
 25. Mukoma, W. K. 2006. *Process and outcome evaluation of a school-based HIV/AIDS prevention intervention in Cape Town high schools*. University of Cape Town, Cape Town, South Africa.
 26. Murray, N., Toledo, V., Luengo, X., Molina, R., & Zabin, L. 2000. *An evaluation of an integrated adolescent development programme for urban teenagers in Santiago, Chile*. Washington, D.C.: Futures Group.
 27. Pulerwitz, J., Barker, G., & Segundo, M. 2004. *Promoting healthy relationships and HIV/STI prevention for young men: Positive findings from an intervention study in Brazil*. Washington DC:Population Council.
 28. Reddy, P., James, S., & McCauley, A. 2003. *Programming for HIV Prevention in South African Schools: A report on Programme Implementation*. Washington, D.C.: Population Council.
 29. Regai Dzive Shiri Research Team. 2008. *Cluster randomised trial of a multi-component HIV prevention intervention for young people in rural Zimbabwe: Technical briefing note*. Harare, Regai Dzive Shiri Research Team.
 30. Ross, D. 2003. *MEMA kwa Vijana: Randomized controlled trial of an adolescent sexual health programme in rural Mwanza, Tanzania*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
 31. Ross, D., Dick, B., & Ferguson, J. 2006. *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of*

the Evidence from Developing Countries. Geneva: WHO.

32. Ross, D. A., Chagalucha, J., Obasi, A. I. N., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B., et al. 2007. Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: a community-randomised trial. *AIDS*, 21 (14):1943-55.
33. Seidman, M., Vigil, P., Klaus, H., Weed, S, y Cachan, J. 1995. *Fertility awareness education in the schools: A pilot programme in Santiago Chile*. Paper presented at the American Public Health Association Annual Meeting.
34. Shamagonam, J., Reddy, P., Ruiter, R.A.C., McCauley, A., & Borne, B. v. d. 2006. The impact of an HIV and AIDS life skills programme on secondary school students in Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 281-294.
35. Smith, E. A., Palen, L.-A., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Graham, J. W., Mathews, C., et al. 2008. Substance use and sexual risk prevention in Cape Town, South Africa: An evaluation of the HealthWise programme. *Prevention Science*, 9 (4), 311-321.
36. Stanton, B., Li, X., Kahihuata, J., Fitzgerald, A., Nuembo, S., Kanduumbe, G., et al. 1998. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: A randomized, longitudinal study. *AIDS*, 12, 2473-2480.
37. Thato, R., Jenkins, R., & Dusitsin, N. 2008. Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *J Advanced Nursing*, 62 (4), 457-469.
38. Walker, D., Gutierrez, J. P., Torres, P., & Bertozzi, S. M. 2006. HIV prevention in Mexican schools: prospective randomised evaluation of intervention. *British Medical Journal*, 332 (7551), 1189-1194.
39. Wang, B., Hertog, S., Meier, A., Lou, C., & Gao, E. 2005. The potential of comprehensive sex education in China: findings from suburban Shanghai. *International Family Planning Perspectives*, 31 (2), 63-72.
40. Wilson, D., Mparadzi, A., & Lavelle, S. 1992. An experimental comparison of two AIDS prevention

interventions among young Zimbabweans. *The Journal of Social Psychology*, 132 (3), 415-417.

Referencias a estudios conducidos en Estados Unidos que miden el impacto de diversos programas en el comportamiento sexual

1. Aarons, S. J., Jenkins, R. R., Raine, T. R., El-Khorazaty, M. N., Woodward, K. M., Williams, R. L., et al. 2000. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students: A randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27 (4), 236-247.
2. Blake, S. M., Ledsky, R., Lohrmann, D., Bechhofer, L., Nichols, P., Windsor, R., et al. 2000. *Overall and differential impact of an HIV/STD prevention curriculum for adolescents*. Washington, DC: Academy for Educational Development.
3. Borawski, E. A., Trapl, E. S., Goodwin, M., Adams-Tufts, K., Hayman, L., Cole, M. L., et al. 2009. *Taking Be Proud! Be Responsible! to the suburbs: A replication study*. Cleveland: Case Western Reserve University School of Medicine.
4. Borawski, E. A., Trapl, E. S., Lovegreen, L. D., Colabianchi, N., & Block, T. 2005. Effectiveness of abstinence-only intervention in middle school teens. *American Journal of Behaviour*, 29 (5), 423-434.
5. Boyer, C., Shafer, M., Shaffer, R., Brodine, S., Pollack, L., Betsinger, K., et al. 2005. Evaluation of a cognitive-behavioural, group, randomized controlled intervention trial to prevent sexually transmitted infections and unintended pregnancies in young women. *Preventive Medicine*, 40 (420-431).
6. Boyer, C., Shafer, M., & Tschann, J. 1997. Evaluation of a knowledge - and cognitive - behavioural skillsbuilding intervention to prevent STDs and HIV infection in high school students. *Adolescence*, 32 (125), 25-42.
7. Clark, M. A., Trenholm, C., Devaney, B., Wheeler, J., & Quay, L. 2007. *Impacts of the Heritage Keepers*

© *Life Skills Education component*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.

8. Coyle, K., Kirby, D., Marin, B., Gomez, C., & Gregorich, S. 2004. Draw the Line/Respect the Line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviours. *American Journal of Public Health*, 94(5), 843-851.
9. Coyle, K. K., Basen-Enquist, K. M., Kirby, D. B., Parcel, G. S., Banspach, S. W., Collins, J. L., *et al.* 2001. Safer Choices: Reducing Teen Pregnancy, HIV and STDs. *Public Health Reports*, 1(16), 82-93.
10. Coyle, K. K., Kirby, D. B., Robin, L. E., Banspach, S.W., Baumler, E., & Glassman, J. R. 2006. All4You! A randomized trial of an HIV, other STDs and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention*, 18 (3), 187-203.
11. Denny, G., & Young, M. 2006. An evaluation of an abstinence-only sex education curriculum: An 18-month follow-up. *Journal of School Health*, 76 (8), 414-422.
12. DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Harrington, K. F., Lang, D. L., Davies, S. L., Hook, E. W., III, *et al.* 2004. Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292 (2), 171-179.
13. Eisen, M., Zellman, G. L., & McAlister, A. L. 1990. Evaluating the impact of a theory-based sexuality and contraceptive education programme. *Family Planning Perspectives*, 22 (6), 261-271.
14. Ekstrand, M. L., Siegel, D. S., Nido, V., Faigues, B., Cummings, G. A., Battle, R., *et al.* 1996. Peerled AIDS prevention delays onset of sexual activity and changes peer norms among urban junior high school students. *XI International Conference on AIDS*. Vancouver, Canada.
15. Fisher, J., Fisher, W., Bryan, A., & Misovich, S. 2002. Information-motivation-behavioural skills modelbased HIV risk behaviour change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21 (2), 177-186.
16. Gillmore, M. R., Morrison, D. M., Richey, C. A., Balassone, M. L., Gutierrez, L., & Farris, M. 1997. Effects of a skill-based intervention to encourage condom use among high-risk heterosexually active adolescents. *AIDS Prevention and Education*, 9 (Suppl A), 22-43.
17. Gottsegen, E., & Philliber, W. W. 2001. Impact of a sexual responsibility programme on young males. *Adolescence*, 36 (143), 427-433.
18. Howard, M., & McCabe, J. 1990. Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*, 22 (1), 21-26.
19. Hubbard, B. M., Giese, M. L., & Rainey, J. 1998. A replication of Reducing the Risk, a theory-based sexuality curriculum for adolescents. *Journal of School Health*, 68 (6), 243-247.
20. Jemmott, J., III. 2005. Effectiveness of an HIV/STD risk-reduction intervention implemented by nongovernmental organizations: A randomized controlled trial among adolescents. *American Psychological Association Annual Conference*. Washington, DC.
21. Jemmott, J., III, Jemmott, L., & Fong, G. 1992. Reductions in HIV risk-associated sexual behaviours among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82 (3), 372-377.
22. Jemmott, J., III, Jemmott, L., & Fong, G. 1998. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African-American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 279 (19), 1529-1536.
23. Jemmott, J., III, Jemmott, L., Fong, G., & McCaffree, K. 1999. *Reducing HIV risk-associated sexual behaviours among African American adolescents: Testing the generality of intervention effects*. *American Journal of Community Psychology*, 27 (2), 161-187.
24. Jemmott, J. B., III. 2006. *Efficacy of an abstinence only intervention over 24-months: A randomized controlled trial with young adolescents*, XVI International AIDS Conference. Toronto, Canada.

25. Kirby, D., Barth, R., Leland, N., & Fetro, J. 1991. *Reducing the Risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. Family Planning Perspectives*, 23 (6), 253-263.
26. Kirby, D., Baumler, E., Coyle, K., Basen-Enquist, K., Parcel, G., Harrist, R., *et al.* 2004. The "Safer Choices" intervention: Its impact on the sexual behaviours of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35 (6), 442-452.
27. Kirby, D., Korpi, M., Adivi, C., & Weissman, J. 1997. An impact evaluation of Project SNAPP: An AIDS and pregnancy prevention middle school programme. *AIDS Education and Prevention*, 9 (Suppl A), 44-61.
28. Kirby, D., Korpi, M., Barth, R. P., & Cagampang, H. H. 1997. The impact of the Postponing Sexual Involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives*, 29 (3), 100-108.
29. Koniak-Griffin, D., Lesser, J., Nyamathi, A., Uman, G., Stein, J., & Cumberland, W. 2003. ProjectCHARM: An HIV prevention programme for adolescent mothers. *Family & Community Health*, 26 (2), 94-107.
30. LaChausse, R. 2006. Evaluation of the Positive Prevention HIV/STD Curriculum for Students Grades 9-12. *American Journal of Health Education*, 37(4), 203-209.
31. Levy, S. R., Perhats, C., Weeks, K., Handler, A., Zhu, C., & Flay, B. R. 1995. Impact of a schoolbased AIDS prevention programme on risk and protective behaviour for newly sexually active students. *Journal of School Health*, 65(4), 145-151.
32. Lieberman, L. D., Gray, H., Wier, M., Fiorentino, R., & Maloney, P. 2000. Long-term outcomes of an abstinence-based, small-group pregnancy prevention programme in New York City schools. *Family Planning Perspectives*, 32(5), 237-245.
33. Little, C. B., & Rankin, A. (Unpublished). An evaluation of the Postponing Sexual Involvement curriculum among upstate New York eighth graders. Cortland: State University of New York.
34. Magura, S., Kang, S., & Shapiro, J. L. 1994. Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. *Journal of Adolescent Health*, 15(6), 457-463.
35. Main, D. S., Iverson, D. C., McGloin, J., Banspach, S. W., Collins, J., Rugg, D., *et al.* 1994. Preventing HIV infection among adolescents: Evaluation of a school-based education programme. *Preventive Medicine*, 23(4), 409-417.
36. Middlestadt, S. E., Kaiser, J., Santelli, J. S., Hirsch, L., Simkin, L., Radosh, A., *et al.* (Unpublished). Impact of an HIV/STD prevention intervention on urban middle school students. Washington, DC:Academy of Educational Development.
37. Morrison, D. M., Hoppe, M. J., Wells, E. A., Beadnell, B. A., Wilsdon, A., Higa, D., *et al.* 2007. Replicating a teen HIV/STD preventive intervention in a multicultural city. *AIDS Education and Prevention*, 19(3), 258-273.
38. Nicholson, H. J., & Postrado, L. T. 1991. *Truth, trust and technology: New research on preventing adolescent pregnancy*. New York: Girls Incorporated.
39. Rotheram-Borus, M., Gwadz, M., Fernandez, M., & Srinivasan, S. 1998. Timing of HIV interventions on reductions in sexual risk among adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26(1), 73-96.
40. Rotheram-Borus, M., Song, J., Gwadz, M., Lee, M., Van Rossem, R., & Koopman, C. 2003. Reductions in HIV risk among runaway youth. *Prevention Science*, 4(3), 173-187.
41. Rue, L. A., & Weed, S. E. 2005. Primary prevention of adolescent sexual risk taking: A schoolbased model, *Abstinence Education Evaluation Conference: Strengthening Programmes through Scientific Evaluation*. Baltimore, MD: Springer Publishing Company.
42. Siegel, D., Aten, M., & Enaharo, M. 2001. Longterm effects of a middle school- and high schoolbased human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155(10), 1117-1126.

43. Siegel, D., DiClemente, R., Durbin, M., Krasnovsky, F., & Saliba, P. 1995. Change in junior high school students' AIDS-related knowledge, misconceptions, attitudes, and HIV-prevention behaviours: Effects of a school-based intervention. *AIDS Education and Prevention*, 7(6), 534-543.
44. Slonim-Nevo, V., Auslander, W. F., Ozawa, M. N., & Jung, K. G. 1996. The long-term impact of AIDS preventive interventions for delinquent and abused adolescents. *Adolescence*, 31(122), 409-421.
45. Smith, P., Weinman, M., & Parrilli, J. 1997. The role of condom motivation education in the reduction of new and reinfection rates of sexually transmitted diseases among inner-city female adolescents. *Patient Education and Counseling*, 31, 77-81.
46. St. Lawrence, J., Crosby, R., Belcher, L., Yazdani, N., & Brasfield, T. 1999. Sexual risk reduction and anger management interventions for incarcerated male adolescents: A randomized controlled trial of two interventions. *Journal of Sex Education and Therapy*, 24, 9-17.
47. St. Lawrence, J., Crosby, R., Brasfield, T., & O'Bannon, R., III. 2002. Reducing STD and HIV risk behaviour of substance-dependent adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1010-1021.
48. St. Lawrence, J. S., Jefferson, K. W., Alleyne, E., Brasfield, T. L., O'Bannon, R. E., III, & Shirley, A. 1995. Cognitive-behavioural intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 221-237.
49. Stanton, B., Guo, J., Cottrell, L., Galbraith, J., Li, X., Gibson, C., et al. 2005. The complex business of adapting effective interventions to new populations, An urban to rural transfer. *Journal of Adolescent Health*, 37(163.e), 17-26.
50. Stanton, B., Li, X., Ricardo, I., Galbraith, J., Feigelman, S., & Kaljee, L. 1996a. A randomized, controlled effectiveness trial of an AIDS prevention programme for low-income African-American youths. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150, 363-372.
51. Trenholm, C., Devaney, B., Fortson, K., Quay, L., Wheeler, J., & Clark, M. 2007. *Impacts of four Title V, Section 510 abstinence education programmes*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
52. Villarruel, A., Jemmott, J., III, & Jemmott, L. 2006. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777.
53. Walter, H. J., & Vaughan, R. D. 1993. AIDS risk reduction among a multi-ethnic sample of urban high school students. *Journal of the American Medical Association*, 270(6), 725-730.
54. Wang, L. Y., Davis, M., Robin, L., Collins, J., Coyle, K., & Baumler, E. 2000. Economic evaluation of Safer Choices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(10), 1017-1024.
55. Weed, S. E., Ericksen, I. H., & Birch, P. J. 2005. *An evaluation of the Heritage Keepers abstinence education programme*. Salt Lake City, UT: Institute for Research and Evaluation.
56. Weed, S. E., Olsen, J. A., DeGaston, J., & Prigmore, J. 1992. *Predicting and changing teen sexual activity rates: A comparison of three Title XX programmes*. Washington, DC: Office of Adolescent Pregnancy Programmes.
57. Zimmerman, R., Cupp, P., Hansen, G., Donohew, R., Roberto, A., Abner, E., et al. (proximamente). The effects of a school-based HIV and pregnancy prevention programme in rural Kentucky. *Journal of School Health*.
58. Zimmerman, R., Donohew, L., Sionéan, C., Cupp, P., Feist-Price, S., & Helme, D. 2008. Effects of a school-based, theory driven HIV and pregnancy prevention curriculum. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(1): 42-51.

Referencias a estudios conducidos en países desarrollados, con excepción de los Estados Unidos, que miden el impacto de diversos programas en el comportamiento sexual

1. Caron, F., Godin, G., Otis, J., & Lambert, L. 2004. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education programme on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Education Research*, 19(2), 185-197.
2. Diez, E., Juárez, O., Nebot, M., Cerda, N., & Villalbi, J. 2000. Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. *Promotion & Education*, 7(3), 17-22.
3. Goldberg, E., Millson, P., Rivers, S., Manning, S. J., Leslie, K., Read, S., et al. 2009. A human immunodeficiency virus risk reduction intervention for incarcerated youth: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 44, 136-145.
4. Henderson, M., Wight, D., Raab, G., Abraham, C., Parkes, A., Scott, S., et al. 2007. Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: Final results of cluster randomized trial. *British Medical Journal*, 334(7585), 133.
5. Kvaem, I., Sundet, J., Rivø, K., Eilersten, D., & Bakketeig, L. 1996. The effect of sex education on adolescents' use of condoms: Applying the Solomon four-group design. *Health Education Quarterly*, 23(1), 34-47.
6. Mellanby, A., Phelps, F., Crichton, N., & Tripp, J. 1995. School sex education: An experimental programme with educational and medical benefit. *British Medical Journal*, 311, 414-417.
7. Mitchell-DiCenso, A., Thomas, B. H., Devlin, M. C., Goldsmith, C. H., Willan, A., Singer, J., et al. 1997. Evaluation of an educational programme to prevent adolescent pregnancy. *Health Education & Behavior*, 24(3), 300-312.
8. Schaalma, H., Kok, G., Bosker, R., Parcel, G., Peters, L., Poelman, J., et al. 1996. Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary school students in the Netherlands: Short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23(4), 469-487.
9. Smith, E. A., Palen, L.-A., Caldwell, L. L., Flisher, A. J., Graham, J. W., Mathews, C., et al. 2008. Substance use and sexual risk prevention in Cape Town, South Africa: An evaluation of the HealthWise programme. *Prevention Science*, 9(4), 311-321.
10. Stephenson, J. M., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., et al. 2004. Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): cluster randomised intervention trial. *Lancet* 364 (9431), 338-346.
11. Tucker, J., Fitzmaurice, A. E., Imamura, M., Penfold, S., Penney, G. C., Teijlingen, E. v., et al. 2007. The effect of the national demonstration project Healthy Respect on teenage sexual health behaviour. *European Journal of Public Health*, 17(1), 33-41.
12. Wight, D., Raab, G., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., Hart, G., et al. 2002. The limits of teacher-delivered sex education: Interim behavioural outcomes from a randomised trial. *British Medical Journal*, 324, 1430-1433.

Referencias generales

Aaro, L. et al., Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory- and evidence based intervention programme, *Scandinavian Journal of Public Health*, Volume 34 Issue 2 (Abril de 2006), 150-158.

African Youth Alliance. *Improving Health, Improving Lives: The End of Programme Report of the Africa Youth Alliance*, New York, NY: African Youth Alliance, 2007.

Ajuwon, A. J., *Benefits of Sexuality Education for Young People in Nigeria, Lagos, Nigeria*, Africa Regional Sexuality Resource Centre, 2005.

Akoulouze, R., Rugalema, G., Khanye, V. 2001. *Taking Stock of Promising Approaches in HIV/AIDS and Education in Sub-Saharan Africa: What Works*,

- Why and How: A Synthesis of Country Case Studies*. París: Asociación para el Desarrollo de la Educación de África (ADEA).
- Alford, S. 2008. *Science and Success, Second Edition: Sex Education and Other Programmes that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and Sexually Transmitted Infections*. Washington DC: Advocates for Youth.
- Bakilana, A. et al. 2005. *Accelerating the Education Sector Response to HIV/AIDS in Africa: A Review of World Bank Assistance*, Washington, DC: The World Bank Global HIV/AIDS Programme.
- Balaji, A. 2008. HIV Prevention Education and HIV-Related Policies in Secondary Schools-Selected Sites, United States, 2006, *Morbidity and Mortality Informe Semanal* Nr. 57 (30) (1 de agosto), 822-825.
- Biddlecom, A. E., Hessburg, L., Singh, S., Bankole, A., Darabi, L. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*, New York: Guttmacher Institute.
- Biddlecom, A., Gregory, R., Lloyd, C. B., Mensch, B. S. 2008. Associations Between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries. *Studies in Family Planning*, Volume 39(4), 337-350.
- Biddlecom, Ann E. et al. 2007. *Protecting the Next Generation in Sub-Saharan Africa: Learning From Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy*. New York, NY: Guttmacher Institute.
- Birdthistle, I., Vince-Whitman, C. 1998. *Reproductive Health Programmes for Young Adults: School-Based Programmes*. FOCUS on Young Adults Research Series. Washington DC: Pathfinder International.
- Birungi, H., Mugisha, J. F., Nyombi, J. K. 2007. Sexuality of Young people Perinatally Infected With HIV: A Neglected Element in HIV/AIDS programming in Uganda. *Exchange on HIV/AIDS, Sexuality and Gender*, No. 3.
- Bogaarts, Y. 2006. *Comprehensive Sexuality Education and Life Skills Training*, Utrecht: World Population Foundation.
- Boler, T. et al. 2003. *The Sound of Silence: Difficulties in Communicating on HIV/AIDS in Schools: Experiences from India and Kenya*, London: ActionAid.
- Boler, T., Aggleton, P. 2004. *Life Skills-Based Education for HIV Prevention: A Critical Analysis*. London: UK Working Group on Education and HIV/AIDS.
- Boler, T., Archer, D. 2008. *The Politics of Prevention: A Global Crisis in AIDS and Education*. London: Pluto Press.
- Boler, T., Jellema, A. 2005. *Deadly Inertia: A Crosscountry Study of Educational Responses to HIV/AIDS*. Brussels: Global Campaign for Education.
- Braeken, D., Rademakers, J., Reinders, J. 2002. *Welcome to the Netherlands: A Journey Through the Dutch Approach to Young People and Sexual Health*. Utrecht, The Netherlands: Youth Incentives.
- Brock, S., Columbia, R. 2007. *A Framework for Integrating Reproductive Health and Family Planning into Youth Development Programmes*, Baltimore, MD: International Youth Foundation.
- Brock, S., Columbia, R. 2007. *Family Planning, HIV/AIDS and STIs, and Gender Matrix: A Tool for Youth Reproductive Health Programming*, Baltimore, MD: International Youth Foundation.
- Caucus for Evidence-Based Prevention. 2008. *Caucus for Evidence-Based Prevention Newsletter*. Issue 11.
- CEDPA. 2001. *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment*. Washington DC: CEDPA.
- CEDPA. 2006. *Empowering Adolescents in India: The Better Life Options Programme*. Washington, DC: CEDPA.
- CEDPA. 2008. *Building Healthy Futures for Nigeria's Youth: CEDPA's Better Life Options Programme*. Washington DC: CEDPA.
- CEDPA. 2008. *Reaching Out to Young Girls in Southern Africa: Towards a Better Future*. Washington DC: CEDPA.

- Center for Reproductive Rights. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Cohen, J., Tate, T. 2005. The Less They Know, the Better: Abstinence-Only HIV/AIDS Programmes in Uganda. *Human Rights Watch*, 17(4).
- Constantine, N. A. 2008. Converging Evidence Leaves Policy Behind: Sex Education in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 324-326.
- Creech, H. 2005. *The Terminology of Knowledge for Sustainable Development: Information, Knowledge, Collaboration and Communications*. Winnipeg: International Institute for Sustainable Development.
- Dixon-Mueller, R. 2008. How Young is "Too Young"? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions. *Studies in Family Planning*, 39(4), 247-262.
- Eggleston, E. et al. 2000. Evaluation of a Sexuality Education Programme for Young Adolescents in Jamaica. *Pan American Journal of Public Health*, 7.2: 102-112.
- FHI. 2000. *Sex Education Helps Prepare Young Adults*. Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2002. *Behaviour Change: A Summary of Four Major Theories*. Washington DC: Family Health International/AIDSCAP.
- FHI. 2003. *HIV Prevention for Young People in Developing Countries: Report of a Technical Meeting*. Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2004. *Behaviour Change Communication for HIV/AIDS: A Strategic Framework*. Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2006. *YouthNet End of Programme Report: Taking Action: Recommendations and Resources*, Arlington, VA: Family Health International.
- FHI. 2007. *Community Involvement in Youth Reproductive Health and HIV Prevention*. Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2007. *Helping Parents to Improve Adolescent Health*. Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2007. *Integrating Reproductive Health and HIV Services for Youth*, Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2007. *Scaling Up Youth Reproductive Health and HIV Prevention Programmes*. Washington DC: Family Health International.
- FHI. 2007. *School-Based Reproductive Health and HIV Education Programmes: An Effective Intervention*. YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS No. 20. Washington DC: Interagency Youth Working Group.
- FHI. 2007. *Youth Peer Education*, Durham, NC: Youth Lens and Family Health International, September 2007.
- Fisher, J., McTaggart, J. 2008. *Review of Sex and Relationship Education (SRE) in Schools*. London: Department for Children, Schools and Families External Steering Group.
- Gachuhi, D. 1999. *The Impact of HIV/AIDS on Education Systems in the Eastern and Southern Africa Region and the Response of Education Systems to HIV/AIDS: Life Skills Programmes*. New York: UNICEF.
- Global HIV Prevention Working Group. 2007. *Bringing HIV Prevention Up To Scale: An Urgent Global Priority*. Seattle: Global HIV Prevention Working Group.
- Global HIV Prevention Working Group. 2008. *Behaviour Change and HIV Prevention: (Re) Considerations for the 21st Century*. Seattle: Global HIV Prevention Working Group.
- Gordon, P. 2007. *Review of Sex, Relationship and HIV Education in Schools*. Paris: UNESCO.
- Grunseit, A. et al. 1997. Sexuality Education and Young People's Sexual Behaviour. *Journal of Adolescent Research*, 12(4), 421-453.
- Grunseit, A. 1997. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Youth People: A Review Update*. Ginebra: ONUSIDA.

- Harrison, A., Cleland, J., Frohlich, J. 2008. Young People's Sexual Partnerships in KwaZulu-Natal, South Africa: Patterns, Contextual Influences, and HIV Risk. *Studies in Family Planning*, 39(4), 295-308.
- Hillier, L., Mitchell, A. 2008. It Was As Useful as a Chocolate Kettle': Sex Education in the Lives of Same Sex Attracted Young People in Australia. *Sex Education*, 8(2), 211-224.
- Horton, Richard and Das, Pam, *Putting Prevention at the Forefront of HIV/AIDS*, The Lancet Vol. 372 No. 9637 (August 9, 2008), 421-422.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2008. *World Disasters Report 2008*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- IPPF. 2002. *Spotlight on HIV/AIDS/STIs: Integration of HIV/STI Prevention into SRH Services*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.
- IPPF. 2004. *Sex and the Hemisphere: The Millennium Development Goals and Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.
- IPPF. 2008. *Effective Strategies in Sexual and Reproductive Health Programmes for Young People in Developing and Developed Countries*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.
- IPPF. 2008. *Medical Bulletin*, 42(1). London: International Planned Parenthood Federation.
- IPPF. 2008. *Sexual Rights, An IPPF Declaration*. London: International Planned Parenthood Federation.
- Irvin, A. 2004. *Positively Informed: Lesson Plans and Guidance for Sexuality Educators and Advocates*. New York: International Women's Health Coalition.
- IWHC. 2007. *Young Adolescents' Sexual and Reproductive Health and Rights: Sub-Saharan Africa*. New York: International Women's Health Coalition.
- James-Traore, T. 2001. *Developmentally Based Interventions and Strategies: Promoting Reproductive Health and Reducing Risk Among Adolescents*. Washington DC: Focus on Young Adults.
- James-Traore, T., Finger, W., Daileader Ruland, C., Savariaud, S. 2004. *Teacher Training: Essential for School-Based Reproductive Health and HIV/AIDS Education: Focus on Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: Family Health International.
- Jewkes, R. et al. 2007. *Evaluation of Stepping Stones: A Gender Transformative HIV Prevention Intervention*. Cape Town: Medical Research Council of South Africa.
- Juárez, F., LeGrand, T., Lloyd, C. B., Singh, S. 2008. Introduction to the Special Issue on Adolescent Sexual and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 39(4), 239-244.
- Kirby, D., The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programmes on Adolescent Sexual Behaviour, *Sexuality Research and Social Policy* Vol. 5, No. 3 (September 2008), 18-27.
- Kirby, D., Obasi, A., Laris, B. 2006. *The Effectiveness of Sex Education and HIV Interventions in Schools in Developing Countries, Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systemic Review of the Evidence from Developing Countries*, Geneva: World Health Organization.
- Kirby, D., Roller, L. 2005. *Impact of Sex and HIV Education Programmes on Sexual Behaviours of Youth in Developing and Developed Countries*. Washington DC: Family Health International.
- Kirby, D., Roller, L., Wilson, M. M. 2007. *Tool to Assess the Characteristics of Effective Sex and STD/HIV Education Programmes*. Washington DC: Healthy Teen Network.
- Kohler, P., Manhart, L., Lefferty, W. 2008. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*, 42(4), 344-351.
- Leerlooijer, J. 2006. *Evidence-based Planning and Support Tool for SRHS/HIV-Prevention Interventions for Young People*. Amsterdam: Stop AIDS Now! y World Population Foundation.

- Lewis, A.Y., Ragoonanan, S., Saint-Victor, R. 1984. *Teaching Human Sexuality in Caribbean Schools: A Teacher's Handbook*. New York: International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region.
- Lloyd, C. B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Poverty, Gender and Youth Working Paper No. 6. New York: Population Council.
- Macintyre, K. et al. 2000. *Assessment of Life Skills Programmes: A Study of Secondary Schools in Durban Metro and Mtunzini Magisterial District*. Durban: University of Natal, Tulane University and the Population Council.
- Makokha, M. 2008. *What MEMA kwa Vijana has to offer the education sector AIDS response in Tanzania: A Comparative Review*. Mwanza: National Institute of Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.
- Malambo, R. 2002. Teach Them While They Are Young, They Will Live to Remember: The Views of Teachers and Pupils on the Teaching of HIV/AIDS in Basic Education: A Case Study of Zambia's Lusaka and Southern Provinces. *Current Issues in Comparative Education*, 3(1), 39-51.
- Meekers, D., Ghyasuddin, A. 1997. *Adolescent Sexuality in Southern Africa: Cultural Norms and Contemporary Behaviour*. Trabajo presentado durante la 23ª Conferencia General de Población (IUSSP) celebrada en Beijing, China, 11 a 17 de Octubre.
- Munishi, G. 2006. *Challenges and opportunities for MkV2 integration into the National Level Policy Process: A National Level Policy Study*. Mwanza: National Institute of Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.
- Njue, C., Nzioka, C., Ahlberg, B., Pertet, A.M., Voeten, H. 2009. "If you don't Abstain, You will die of AIDS": AIDS education in Kenyan Public Schools. *AIDS Education and Prevention*, 21 (2), 169-79.
- Ofsted. 2002. *Sex and Relationships: A Report from the Office of Her Majesty's Chief Inspector of Schools*. London: Office for Standards in Education.
- Oyeledun, B. et al. 1999. *Time for Action: Report of the National Conference on Adolescent Reproductive Health in Nigeria*. Abuja: Nigerian Federal Ministry of Health.
- Palitza, K. 2007. *Flunking Life: HIV Lessons Learnt But Not Lived in South Africa*. Lusaka: PANOS Southern Africa.
- Parker, W. et al. 2007. *Concurrent Sexual Partnerships Amongst Young Adults in South Africa: Challenges for HIV Prevention Communication*. Johannesburg: Centre for AIDS Development, Research and Evaluation (CADRE).
- PATH and Save the Children. 2003. *A Guide to Developing Materials on HIV/AIDS and STIs*. Seattle: PATH and Save the Children.
- Paul-Ebhohimhen, V.A., Poobalan, A., van Teijlingen, E.R. 2008. Systematic Review of Effectiveness of School-based Sexual Health Interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 8(4).
- Paulussen, T.G.W. 1994. *Adoption and Implementation of AIDS Education in Dutch Secondary Schools*. Disertación, Utrecht: Landelijk Centrum GVO.
- Pettifor, A. E. et al. 2008. Keep them in school: the Importance of Education as a Protective Factor Against HIV Infection Among Young South African Women. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1266-1273.
- Pick, S. et al. 2007. Communication as a Protective Factor: Evaluation of a Life Skills HIV/AIDS Prevention Programme for Mexican Elementary-School Students. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 408-421.
- Pillay, Y., Flisher, A. 2008. *Public Policy: A Tool to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health, in Promoting Adolescent Sexual and Reproductive Health in East and Southern Africa*. Stockholm: Nordiska Afrikainstitute or Capetown: HSRC Press.
- Piot, P. et al. 2008. Coming to Terms with Complexity: A Call to Action for HIV Prevention. *The Lancet*, 372(9641), 845-859.

- Population Council. 2004. *Transitions to Adulthood in the Context of AIDS in South Africa: The Impact of Exposure to Life Skills Education on Adolescent Knowledge, Skills, and Behaviour*. Horizons Final Report. Washington DC: Population Council.
- Porter, K. A., Mutunga, P., Stewart, J. 2007. Life Skills, Sexual Maturation and Sanitation: What's (Not) Happening in Our School. *African Studies Review*, April.
- Ramonotsi, M. 2007. *Failing Grades: Thousands of Children Lack AIDS Education in Lesotho*. Lusaka: PANOS Southern Africa.
- Reedy, P. et al. 2003. *Programming for HIV Prevention in South African Schools. Horizons Research Summary*. Washington DC: Population Council.
- Reinders, J. 2007. *HIV/AIDS Prevention as Part of Comprehensive Sexuality Education: The Need to Address Sexuality in Schools and Integrate Vertical Programmes*. Utrecht: World Population Foundation.
- Reinders, J. 2007. *SRH&R Education for Young People Coping with Opposition: Lessons Learned from South Africa, Uganda, Kenya, Tanzania, Vietnam, Indonesia, Thailand and India*. Utrecht: World Population Foundation.
- Reinders, J., et al. 2002. *Systematic Development of a Curriculum on Sexual Health and AIDS Prevention for Vietnamese Re-education Schools*. Hanoi: Ministry of Education Viet Nam.
- Reinders, J., et al. 2006. *Acknowledging Young People's Sexuality and Rights: Computer-Based Sexuality and Life Skills Education in Uganda, Kenya, Indonesia and Thailand*. Utrecht: World Population Foundation.
- Renju, J., Bahati, A., Lemmy, M. 2008. *A Study Assessing the Integration of an Innovative Adolescent Sexual and Reproductive Health Programme into Existing Local Government Structures*. Mwanza: National Institute for Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.
- Renju, J., Haule, B. 2006. *Review of the National Multisectoral Strategic framework in District supported to implement the MEMA kwa Vijana intervention*. Mwanza: National Institute for Medical Research and Liverpool School of Tropical Medicine.
- Rosen, J. E., Murray, N. J., Moreland, S. 2004. *Sexuality Education in Schools: The International Experience and Implications for Nigeria*. POLICY Working Paper Series No. 12. Washington, DC: Futures Group International.
- Ross, D., Dick, B., Ferguson, J. 2006. *Preventing HIV/AIDS in Young People: A Systematic Review of the Evidence from Developing Countries*. Ginebra: OMS.
- Santelli, J., Kantor, L. 2008. *Introduction to Special Issue: Human Rights, Cultural and Scientific Aspects of Abstinence-Only Policies and Programmes*. *Sexuality Research and Social Policy*, 5(3), 1-5.
- Save the Children and the Swedish Association for Sexuality Education. 2007. *Tell Me More! Children's Rights and Sexuality in the Context of HIV/AIDS in Africa*. Stockholm: Save the Children and the Swedish Association for Sexuality Education.
- Schaalma, H. 2004. When the Researchers Have Gone Home to Write their Articles: Diffusion and Implementation of School-Based HIV-Prevention Programmes in Tanzania. *East African Journal of Public Health*, 1(1), 23-31.
- Schenker, I., Nyirenda, J. 2002. *Preventing HIV/AIDS in Schools*. Geneva: UNESCO International Bureau of Education.
- Senderowitz, J. 2004. *Partnering With African Youth: Pathfinder International and The African Youth Alliance Experience*. Watertown: Pathfinder International and African Youth Alliance.
- Singh, S., Bankole, A., Woog, V. 2005. Evaluating the Need for Sex Education in Developing Countries: Sexual Behaviour, Knowledge of Preventing Sexually Transmitted Infections/HIV and Unplanned Pregnancy. *Sex Education*, 5(4), 307-331.
- Smith, G., Kippax, S., Aggleton, P. 2000. *HIV and Sexual Health Education in Primary and Secondary Schools: Findings from Selected Asia-Pacific Countries*. Sydney: National Centre in HIV Social Research.

- Smith, R. *et al.* 2007. *The Link Between Health, Social Issue, and Secondary Education: Life Skills, Health and Civic Education*. World Bank Working Paper No. 100. Washington, DC: World Bank.
- Southern African Development Community (SADC). 2005. *Framework for Coordinating the National HIV and AIDS Response in the SADC Region*. Gaborone: SADC HIV and AIDS Unit.
- Stewart, H. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do? New Baseline Findings from Mexico, Thailand, and South Africa*. New York: Population Council.
- Streuli, N., Moleni, C. 2008. *Education and HIV and AIDS in Malawi: The Role of Open, Distance and Flexible Learning*. SOFIE Opening Up Access Series No. 3. London: SOFIE.
- Swart-Kruger, J., Richter, L. 1997. AIDS-related Knowledge, Attitudes and Behaviour Among South African Street Youth: Reflections on Power, Sexuality and the Autonomous Self. *Social Science and Medicine*, 45(6), 957-966.
- Trang, D. T. K. *et al.* 2006. *Behaviour Change Communications Strategy to Improve Reproduction Health for Adolescents and Youth: Reproductive Health Initiative for Youth in Asia*. Hanoi: Viet Nam Central Youth Union.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) on Education, *Education Sector Global HIV & AIDS Readiness Survey 2004: Policy Implications for Education & Development*, Paris: UNESCO, 2006.
- United Nations. 2001. *Preventing HIV/AIDS Among Young People*. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. New York: United Nations.
- United Nations. 2004. *Facing the Future Together: Swaziland*. New York: United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa.
- United Nations. 2006. *UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Five Years Later*. Report of the Secretary General. New York: United Nations.
- United Nations. 2008. *Securing Our Future*. New York: United Nations Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) on Education. 2006. *Girls' Education and HIV Prevention*. Paris: UNESCO.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) on Education. 2006. *Quality Education and HIV & AIDS*. Paris: UNESCO.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) on Education. 2008. *Improving the Education Response to HIV and AIDS: Lessons of Partner Efforts in Coordination, Harmonisation, Alignment, Information Sharing and Monitoring in Jamaica, Kenya, Thailand and Zambia*. Paris: UNESCO.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) on Education. 2008. *Mainstreaming HIV in Education: Guidelines for Development Cooperation Agencies*. Paris: UNESCO.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) on Education. 2009. *A Strategic Approach: HIV & AIDS and Education*. Paris: UNESCO.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young people. 2008. *Global Guidance Briefs. HIV Interventions for Young People*. UNFPA: New York.
- UNAIDS Inter-Agency Task Team for Education Working Group to Accelerate the Education Sector response to HIV/AIDS. 2003. *The HIV/AIDS Response by the Education Sector: A Checklist*. Washington DC: World Bank.
- UNAIDS Inter-Agency Working Group. 1997. *Integrating HIV/STD Prevention in the School Setting*. Geneva: UNAIDS Inter-Agency Working Group.
- UNAIDS. 1997. *Learning and Teaching about AIDS at School: UNAIDS Technical Update*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2004. *At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions*. New York: UNAIDS Inter-agency Task Team on Young People.
- UNAIDS. 2005. *Intensifying HIV Prevention: A UNAIDS Position Paper*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS. 2008. *2008 Report On the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.

- UNESCO Bangkok and UNESCO IBE. 2007. *Sub-Regional Capacity-Building Seminar for HIV and AIDS Curriculum Development in Six Countries in the Asia Pacific Region: Scaling up HIV and AIDS Education in Schools*. Bangkok. UNESCO and UNESCO International Bureau of Education.
- UNESCO International Bureau of Education (IBE) 2005. *Assessment of Curriculum Responses in 35 Countries for the EFA Global Monitoring Report 2005*. Geneva: UNESCO IBE.
- UNESCO International Bureau of Education (IBE). 2005. *HIV and AIDS and Quality Education for All Youth*. Geneva: UNESCO IBE.
- UNESCO. 2001. *HIV/AIDS and Human Rights: Young People in Action: A Kit of Ideas for Youth Organizations*. Paris: UNESCO and UNAIDS.
- UNESCO. 2007. *Supporting HIV-Positive Teachers in East and Southern Africa: Technical Consultation Report, 30 November – 1 December 2006, Nairobi, Kenya*. Paris: UNESCO and Education International- EFAIDS.
- UNESCO. 2007. *UNESCO's Strategy for Responding to HIV and AIDS*. Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2008. *EDUCAIDS Framework for Action*. Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2008. *EDUCAIDS Overviews*. Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2008. *EDUCAIDS Technical Briefs*. Paris: UNESCO.
- UNESCO. 2008. *School-Centered HIV and AIDS Care and Support in Southern Africa: Technical Consultation Report, 22-24 May 2008, Gaborone, Botswana*. Paris: UNESCO.
- UNFPA. 2003. *Education is Empowerment: Promoting Goals in Population, Reproductive Health and Gender*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2006. *Ending Violence Against Women: Programming for Prevention, Protection and Care*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2006. *UNFPA Support to Population and Sexuality Education in the Formal and Non-formal Education Systems: Review in Africa*. Unpublished Study. New York: UNFPA.
- UNICEF. 2002. *Lessons Learned About Life Skills-Based Education for Preventing HIV/AIDS Related Risk and Related Discrimination*. New York: UNICEF.
- UNICEF. 2007. *Accelerating Education's Response to HIV and AIDS: Contributing to a better future for children in Africa*. New York: UNICEF.
- USAID Inter-Agency Working Group (IAWG) on the Role of Community Involvement in ASRH. 2007. *Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Conceptual Framework and Suggested Outcome Indicators*. Washington, DC: IAWG on the Role of Community Involvement in ASRH.
- USAID. 2002. *Tips for Developing Life Skills Curricula for HIV Prevention Among African Youth: A Synthesis of Emerging Lessons*. Technical Paper No. 115. Washington DC: USAID.
- Visser-Valfrey, M. 2005. *Addressing HIV/AIDS in Education: A Survey of Field Staff of the Netherlands Ministry of Foreign Affairs*. Amsterdam: The Netherlands Ministry of Foreign Affairs.
- World Association for Sexual Health (WAS). 2008. *Sexual Health for the Millennium: A Declaration and Technical Document*. Minneapolis: Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS).
- World Bank. 2003. *Education and HIV/AIDS: A Sourcebook of HIV/AIDS Prevention Programmes*. Washington, DC: World Bank.
- WPF. 2004. *AIDS, Sex & Reproduction: Integrating HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health into Policies, Programmes and Services*. Amsterdam: Share-net, Stop AIDS Now and the World Population Fund.
- WPF. 2006. *Openness About Sexuality Important for People and Societies, Paper from the International Conference on What About Sex? 6 - 7 March*. Amsterdam: Youth Incentives and the World Population Fund.
- WPF. 2006. *Sexuality Education*. Utrecht: World Population Foundation.

WPF. 2008. *Evidence- and Rights-Based Planning and Support Tool for SRHR/HIV Preventions for Young People*. Amsterdam: Stop AIDS Now, World Population Foundation and Maastricht University.

Yankah, E., Aggleton, P. 2008. *Effects and Effectiveness of Life Skills Education for HIV Education in Young People*. *AIDS Education and Prevention*, 20(6), 465-485.

Créditos fotográficos:

Fotografía de la portada

© 2000 Rick Maiman/David and Lucile Packard Foundation, Cortesía de Photoshare

© 2009 UNAIDS/O.O'Hanlon

© 2006 Basil A. Safi/CCP, Cortesía de Photoshare

© 2006 UNAIDS/G. Pirozzi.

p.1 © 2006 UNAIDS/G. Pirozzi.

p.7 © 2004 Ian Oliver/SFL/Grassroot Soccer, Cortesía de Photoshare

p.8 © 2008 Jacob Simkin, Cortesía de Photoshare

p.14 © 2005 Aimee Centivany, Cortesía de Photoshare

p.18 © 2006 Rose Reis, Cortesía de Photoshare

p.21 © UNAIDS/L. Taylor

p.27 © 2006 Scott Fenwick, Cortesía de Photoshare

p.33 © 2007 Bangladesh Center for Communication Programs, Cortesía de Photoshare

El presente documento *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad*, basado en un riguroso y actualizado análisis de recientes programas de educación en sexualidad, está orientado a profesionales y a personas responsables de la toma de decisiones de los sectores salud y educación. Tiene como propósito apoyar a las autoridades de educación, salud y de otros sectores pertinentes, en el desarrollo e implementación de materiales y programas de educación en sexualidad impartidos en las escuelas. El *Volumen 1* se centra en aquellos elementos que justifican la educación en sexualidad y ofrece sólidas recomendaciones técnicas sobre las características de los programas efectivos. El documento acompañante (*Volumen 2*) cubre los temas y objetivos de aprendizaje que deben formar parte de un “conjunto básico mínimo” para programas de educación en sexualidad destinado a niños, niñas y jóvenes de 5 a 18 y más años de edad. Este volumen también incorpora una bibliografía de recursos útiles. El documento *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad* es relevante no sólo para los países más afectados por el VIH y el SIDA, sino también para los que exhiben una epidemia de baja prevalencia y alta concentración.

Sector Educación
División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación
Sección del VIH y el SIDA
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Sitio web: www.unesco.org/aids
Correo electrónico: aids@unesco.org

Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe
UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago
Chile
Sitio Web: www.unesco.org/santiago



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

Volumen II Temas y objetivos de aprendizaje

Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad

Un enfoque basado en evidencia orientado
a escuelas, docentes y educadores de la salud



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PRUD
UNFPA
ONUDO
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad

**Enfoque basado en evidencia orientado a escuelas,
docentes y educadores de la salud**

Junio de 2010

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la presentación de los materiales que en ella figuran no implican, de parte de la UNESCO, ninguna toma de posición respecto al estatuto jurídico de los países, territorios o zonas, o de sus autoridades, ni respecto al trazado de sus fronteras o límites.

Publicado por la UNESCO

© UNESCO 2010

Sección del VIH y el SIDA
División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación
Sector Educación
UNESCO
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Sitio web: www.unesco.org/aids
Correo electrónico: aids@unesco.org

Traducción al español: Ernesto Leigh.

Diseño e impresión - UNESCO
ED-2009/WS/36 Rev.2 (CLD 4894.9)

En el proceso de traducción del texto original (en idioma inglés) al español se ha hecho el mayor esfuerzo por incorporar un lenguaje que visibilice los géneros femenino y masculino. No obstante, con la finalidad de facilitar la fluidez de la lectura, en algunos párrafos se han usado vocablos en masculino con el sentido incluyente de ambos géneros (por ejemplo, “los profesores,” “los docentes”; “los directores”; “los alumnos”; entre otras palabras).

Agradecimientos

El documento Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad fue encargado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Su preparación estuvo bajo la supervisión general de Mark Richmond, Coordinador Global de la UNESCO para el VIH y el SIDA y fue organizada por Chris Castle, Ekua Yankah y Dhianaraj Chetty de la Sección de VIH y SIDA, División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación de la UNESCO.

Nanette Ecker, ex Directora de Educación Internacional del Consejo para la Información y Educación Sexual de Estados Unidos (SIECUS) y Douglas Kirby investigador de Education, Training, Research (ETR Associates), California E.E.U.U., contribuyeron a este esfuerzo en calidad de autores asociados. El consultor independiente Peter Gordon tuvo a su cargo la edición de las versiones preliminares.

La UNESCO quisiera agradecer a la Fundación William y Flora Hewlett por su patrocinio de la consulta técnica mundial que contribuyó importantemente al desarrollo de estos lineamientos. Los organizadores también quisieran expresar su gratitud a todos quienes participaron en la consulta celebrada en Menlo Park, E.E.U.U. el 18 y 19 de febrero de 2009 (en orden alfabético): Prateek Awasthi, UNFPA; Arvin Bhana, Human Sciences Research Council (Sudáfrica);

Chris Castle, UNESCO; Dhianaraj Chetty, ex funcionario de ActionAid; Esther Corona, Asociación Mexicana de Educación Sexual y Asociación Mundial para la Salud Sexual; Mary Guinn Delaney, UNESCO; Nanette Ecker, SIECUS; Nike Esiet, Action Health, Inc. (AHI); Peter Gordon, consultor independiente; Christopher Graham, Ministerio de Educación de Jamaica; Nicole Haberland, Consejo de Población E.E.U.U.; Sam Kalibala, Consejo de Población Kenya; Douglas Kirby, ETR Associates; Wenli Liu, Beijing Normal University; Elliot Marseille, Health Strategies International; Helen Omondi Mondoh, Egerton University; Prabha Nagaraja, Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI); Hans Olsson, Asociación Sueca de Educación en Sexualidad; Grace Osakue, Girls' Power Initiative (GPI) Nigeria; Jo Reinders, World Population Foundation (WPF); Sara Seims, Fundación William y Flora Hewlett; y Ekua Yankah, UNESCO.

Vaya también nuestro agradecimiento a las siguientes personas por sus comentarios y aportes escritos (en orden alfabético):

Peter Aggleton, Instituto de Educación de la Universidad de Londres; Vicky Anning, consultora independiente; Andrew Ball, Organización Mundial de la Salud (OMS); Prateek Awasthi, UNFPA; Tanya Baker, Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Michael Bartos, ONUSIDA; Tania Boler, Marie Stopes International y ex funcionaria de la UNESCO; Jeffrey Buchanan, ex funcionario de la UNESCO; Chris Castle, UNESCO; Katie Chau, Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Judith Cornell, UNESCO; Anton De Grauwe, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación de la UNESCO (IIEP); Jan De Lind Van Wijngaarden, UNESCO; Marta Encinas-Martin, UNESCO; Jane Ferguson, OMS; Claudia Garcia-Moreno, OMS; Dakmara Georgescu, Oficina Internacional de Educación de la UNESCO (IBE); Cynthia Guttman, UNESCO; Anna Maria Hoffmann, UNICEF; Roger Ingham, University of Southampton; Sarah Karmin, UNICEF; Eszter Kismodi, OMS; Els Klinkert, ONUSIDA; Jimmy Kolker, UNICEF; Steve Kraus, UNFPA; Malika Ladjali, Universidad de Argel; Changu Mannathoko, UNICEF; Rafael Mazin, Organización Panamericana de la Salud (OPS); Maria Eugenia Miranda, Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos; Jean O'Sullivan, UNESCO; Mary Otieno, UNFPA; Jenny Renju, Liverpool School of Tropical Medicine & National Institute for Medical Research; Mark Richmond, UNESCO; Pierre Robert, UNICEF; Justine Sass, UNESCO; Iqbal H. Shah, OMS; Shyam Thapa, OMS; Barbara Tournier, UNESCO IIEP; Friedl Van den Bossche, ex funcionario de la UNESCO; Diane Widdus, UNICEF; Arne Willems, UNESCO; Ekua Yankah, UNESCO; y Barbara de Zalduondo, ONUSIDA.

La UNESCO quisiera agradecer a Masimba Biriwasha, UNESCO; Sandrine Bonnet, UNESCO (IBE); Claire Cazeneuve, UNESCO (IBE); Claire Greslé-Favier, OMS; Magali Moreira, UNESCO (IBE) y Lynne Sergeant, UNESCO (IIEP) por sus aportes a la bibliografía de recursos.

Quisiéramos agradecer a Vicky Anning por su apoyo editorial, a Aurelia Mazoyer y Myriam Bouarour responsables del diseño y montaje y a Schéhérazade Feddal encargada de coordinar la producción de este documento.

Finalmente, agradecemos a Ernesto Leigh, encargado de la traducción al español y a Mary Guinn Delaney y Victoria Valenzuela de UNESCO Santiago por la revisión de la versión en español.

Siglas

CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CIPD	Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo
CRC	Convención sobre los Derechos del Niño
EPT	Educación para Todos
ETI	Equipo de Trabajo Interinstitucional
ETR	Education, Training and Research
ETS	Enfermedades transmitidas sexualmente
FHI	Family Health International
FWCW	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
IBE	Oficina Internacional de Educación (UNESCO)
IIBE	Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación (UNESCO)
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infecciones de Transmisión sexual
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PFA	Plataforma de Acción
POA	Programa de Acción
PPE	Profilaxis post-exposición
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIECUS	Sexuality Information and Education Council of the United States
SRE	Educación en Sexualidad y Relaciones Interpersonales
SSR	Salud sexual y reproductiva
TAR	Terapia antirretroviral
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

Contenidos

Agradecimientos	iii
Siglas	iv
Temas y objetivos de aprendizaje	1
1. Introducción	2
2. Grupos de edad	4
3. Componentes del aprendizaje	5
4. Programas independientes o integrados	5
5. Estructura	6
6. Cuadro panorámico de conceptos y temas clave	7
7. Tablas de objetivos de aprendizaje	8
Referencias bibliográficas	34
Anexos	37
I. Convenciones y acuerdos internacionales relacionados con educación en sexualidad	38
II. Formulario y metodología de las entrevistas	43
III. Informantes claves y personas contactadas	45
IV. Lista de participantes en la consulta técnica mundial de la UNESCO sobre educación en sexualidad	46
V. Bibliografía de recursos	48



Temas y objetivos de aprendizaje

1. Introducción

¿Qué es la educación en sexualidad y por qué es importante?

Muy pocas personas jóvenes reciben una preparación adecuada para su vida sexual. Esta situación los hace potencialmente vulnerables ante la coerción, el abuso y la explotación sexual, el embarazo no planificado y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Por otra parte, son muchas las personas jóvenes que llegan a la adultez con mensajes contradictorios y confusos sobre el género y la sexualidad. Esto se ve exacerbado por sentimientos de vergüenza y actitudes de silencio y desaprobación por parte de personas adultas (padres, madres y docentes) ante la posibilidad de abrir una discusión sobre materias sexuales, precisamente cuando se hace más necesaria. Existen muchos lugares en el mundo donde las personas jóvenes alcanzan su madurez e inician su actividad sexual en una edad cada vez más temprana. Asimismo, muchas personas jóvenes han optado por postergar algunos años el matrimonio, prolongando de esa forma el período de tiempo comprendido entre el inicio de su actividad sexual y la formalización de sus relaciones de pareja.

La importancia de dotar a las personas jóvenes de conocimientos y habilidades que les permitan hacer elecciones responsables en sus vidas es un tema de creciente preocupación en todos los países, particularmente en un contexto de alta exposición a materiales sexualmente explícitos que Internet y otros medios hacen posible. En la actualidad se advierte la urgente necesidad de estrechar la brecha de conocimientos sobre el VIH entre las personas de 15 a 24 años, teniendo en cuenta que el 60% de este grupo etéreo no es capaz de identificar correctamente las formas de prevenir la transmisión del VIH (ONUSIDA, 2008). Un número cada vez mayor de países, entre ellos China, Kenya, Líbano, Nigeria y Vietnam, ha implementado o ampliando programas de educación en sexualidad,¹ una tendencia corroborada por las autoridades de educación y salud de países latinoamericanos y caribeños durante a través de la Declaración Ministerial “Prevenir con Educación” celebrada en julio de 2008. Estos esfuerzos reconocen el hecho que todas las personas jóvenes necesitan recibir educación en sexualidad y que algunas de ellas son más vulnerables que otras a contraer infecciones por VIH. Esto es particularmente aplicable a las mujeres adolescentes que debieron contraer matrimonio cuando aún eran niñas, a las personas jóvenes sexualmente activas y a quienes viven con alguna discapacidad.

Una educación en sexualidad efectiva puede entregar a las personas jóvenes información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la edad del estudiante. Ésta debe incluir oportunidades estructuradas que les permitan explorar sus valores y actitudes, poner en práctica la toma de decisiones y otras competencias necesarias para realizar elecciones fundamentadas acerca de sus vidas sexuales.

Una educación efectiva en sexualidad representa un elemento vital en la prevención del VIH siendo esencial para el cumplimiento de las metas de acceso universal a la salud reproductiva y a la prevención tratamiento, cuidado y apoyo en relación al VIH (ONUSIDA, 2006). Si bien no es realista esperar que un programa educativo logre por sí solo erradicar los riesgos que plantea el VIH y otras ITS, el embarazo no planificado y la actividad sexual coercitiva o el abuso sexual, un programa adecuadamente diseñado e implementado puede contribuir a reducir algunos de estos riesgos y vulnerabilidades fundamentales.

Una educación efectiva en sexualidad es importante dado el impacto que tienen los valores culturales y las creencias religiosas de todas las personas - particularmente de la gente joven- en la comprensión de este tema y en el manejo de relaciones con padres, madres, docentes, otros adultos y sus comunidades.

El entorno escolar ofrece una importante oportunidad para impartir educación en sexualidad a grandes colectivos de jóvenes, antes del inicio de su vida sexual activa y hacerlo a través de una estructura adecuada, por ejemplo, el currículo formal.

¹ La educación en sexualidad se ha definido como un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin juicios de valor. La educación en sexualidad brinda a la persona la oportunidad de explorar sus propios valores y actitudes y desarrollar habilidades de comunicación, toma de decisiones y reducción de riesgos respecto de muchos aspectos de la sexualidad. En el análisis de evidencia presentado en la Sección 4 de este volumen, esta definición representa el criterio que deben cumplir los estudios para ser incluidos en dicho análisis.

Conjunto básico mínimo para programas de educación en sexualidad

El documento *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad* se ha dividido en dos secciones. El *Volumen 1* aborda la justificación de la educación en sexualidad y ofrece recomendaciones técnicas sobre las características de los programas efectivos. El documento acompañante (*Volumen 2*), presenta el 'conjunto básico mínimo' de temas y objetivos de aprendizaje que debe incluir un programa de educación en sexualidad orientado a niños, niñas y jóvenes entre 5 y 18 años y más, e incluye una bibliografía de recursos útiles. Su propósito es proporcionar orientación concreta que contribuya al desarrollo de currículos adaptados al contexto local.

El desarrollo de los *temas y objetivos de aprendizaje* se basó en un análisis de los currículos de doce países², orientaciones y normas identificadas por informantes claves y a través de búsquedas en bases de datos relevantes, sitios web y listados de correos electrónicos³ (véase Referencias bibliográficas). Adicionalmente, estas orientaciones se enriquecieron a través de entrevistas con personas expertas de reconocida trayectoria (véase la lista en el Anexo III) y una reunión mundial de consulta técnica realizada en febrero de 2009 con la participación de especialistas de trece países (véase la lista en el Anexo IV). Colegas de ONUSIDA, UNESCO, UNFPA, UNICEF y la OMS también hicieron importantes contribuciones a este documento. En consecuencia, si bien los temas y objetivos no representan una lista exhaustiva, algunos están sólidamente arraigados en la evidencia y todos están basados en experiencias prácticas.

Los temas abordados en aquellos programas evaluados que efectivamente lograron un cambio en el comportamiento, revisados en el documento acompañante (Volumen 1) sobre la justificación de la educación en sexualidad (<http://www.unesco.org/aids>) alimentaron algunos de los objetivos de aprendizaje. Otros programas mencionados en la justificación de la educación en sexualidad cubrían sólo algunos de los objetivos de aprendizaje descritos en este volumen. En otros programas mencionados en la *justificación de la educación en sexualidad* se cubren algunos aunque no la totalidad de los objetivos descritos en el presente volumen.

Futuras versiones de las *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad* incorporarán retroalimentación proporcionada por usuarios y usuarias de todas partes del mundo y seguirán estando basadas en la evidencia más sólida disponible.

A través de los temas y los objetivos de aprendizaje propuestos se espera lograr lo siguiente:

- proporcionar información precisa sobre aquellos temas que niños, niñas y jóvenes sienten motivación por aprender y sobre los cuales tienen necesidad de conocer.
- ofrecer a niños, niñas y jóvenes oportunidades de explorar valores, actitudes y normas referidas a las relaciones sociales y sexuales;
- promover la adquisición de habilidades;
- alentar a niños, niñas y jóvenes a asumir la responsabilidad de su propio comportamiento y a respetar los derechos de las demás personas.

Dada su naturaleza integral, todos los objetivos de aprendizaje que forman parte del programa abordan la necesidad de niños, niñas y personas jóvenes de recibir información y plantean el derecho a la educación. Sin embargo, sólo algunos de estos objetivos de aprendizaje han sido específicamente diseñados para reducir el comportamiento sexual de riesgo, mientras que otros tienen por objeto cambiar las normas sociales, facilitar la comunicación en materias sexuales, eliminar los obstáculos sociales y actitudinales frente a la educación en sexualidad, y aumentar el caudal de conocimientos.

2 Botswana, Etiopía, Indonesia, Jamaica, Kenya, Namibia, Nigeria, Sudáfrica, Tanzania, Tailandia, Estados Unidos y Zambia.

3 Estos incluyen aunque no están limitados a los siguientes sitios: SIECUS; *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communications Program's The Info Project*; Alianza Internacional para el VIH/SIDA; *Family Health International (FHI)*; Instituto de Educación, Universidad de Londres; Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO); Oficina Internacional de Educación de la UNESCO (IBE); UNFPA; y Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF).

2. Grupos de edad

Los *temas y objetivos de aprendizaje* que forman parte de este volumen están orientados a las personas jóvenes que cursan la educación primaria y secundaria. Sin embargo, son muchas las personas que posiblemente jamás hayan recibido educación en sexualidad en estos niveles, de manera que es probable que los y las estudiantes de educación terciaria o superior también se beneficien de estas *Orientaciones Internacionales*. De hecho, la necesidad de contar con educación en sexualidad a nivel terciario o superior puede ser especialmente crítica, si se considera que muchos estudiantes vivirán alejados de sus hogares por primera vez, lo que puede influir en el establecimiento de relaciones de pareja que impliquen el inicio de la vida sexual activa. Adicionalmente, los *temas y objetivos de aprendizaje* podrían ser de gran utilidad para la formación docente y el desarrollo curricular o, simplemente, como una lista de referencia al momento de analizar los actuales currículos y programas.

Asimismo, es igualmente importante ofrecer educación en sexualidad a niños, niñas y jóvenes no escolarizados. Por diversos motivos, las personas que están marginadas de la educación pueden ser especialmente vulnerables a la explotación, al abuso sexual y a un inicio sexual sin la debida preparación.

Los temas y objetivos de aprendizaje están orientados a cuatro grupos etarios y a sus correspondientes niveles de educación:

1. entre 5 y 8 años (Nivel 1)
2. entre 9 y 12 años (Nivel 2)
3. entre 12 y 15 años (Nivel 3)
4. entre 15 y 18 años o más (Nivel 4).

Los objetivos de aprendizaje siguen una secuencia lógica, donde los conceptos expuestos a los y las estudiantes menores se caracterizan por incluir información más básica, tareas cognitivas menos avanzadas y actividades menos complejas. Hay una intencionada superposición de los niveles 3 y 4 a objeto de incorporar un rango más amplio de estudiantes que podrían compartir la misma clase. El nivel 4 incluye a estudiantes entre los 15 y 18 años y más, como reconocimiento que algunas personas jóvenes de educación secundaria pueden ser mayores de 18 años y que estos temas y objetivos de aprendizaje también pueden ser utilizados con estudiantes más maduros de establecimientos de educación superior. Toda información que se entregue a estos grupos debe estar en armonía con las competencias cognitivas propias de su edad y prestar especial atención a niños, niñas y jóvenes con discapacidades intelectuales y de aprendizaje.

Las necesidades e inquietudes de niños, niñas y jóvenes relacionadas con la salud sexual y reproductiva, así como la edad de inicio de la actividad sexual, varían marcadamente dentro y entre las regiones así como dentro y entre los países y comunidades. Por consiguiente, es probable que al momento de desarrollar el currículo, los materiales y los programas, la idoneidad de ciertos objetivos de aprendizaje sea cuestionada. Para evitar esto, los objetivos de aprendizaje deben adaptarse a sus respectivos contextos. Sin embargo, esto se debe hacer únicamente sobre la base de la información y evidencia disponibles en lugar de la incomodidad personal o una oposición percibida.

3. Componentes del aprendizaje

Los temas y objetivos de aprendizaje cubren cuatro componentes del proceso de aprendizaje:

1. Información: la educación en sexualidad proporciona información rigurosa sobre sexualidad humana, un área que incluye: crecimiento y desarrollo; anatomía y fisiología sexual; reproducción; contracepción; embarazo y parto; VIH y SIDA; ITS; vida familiar y relaciones interpersonales; cultura y sexualidad; empoderamiento en derechos humanos; no discriminación, igualdad y roles de género; comportamiento sexual; diversidad sexual; abuso sexual; violencia basada en el género; y prácticas nocivas.
2. Valores, actitudes y normas sociales: la educación en sexualidad ofrece la oportunidad de explorar valores, actitudes y normas (personales, familiares, comunitarias y las de los grupos de pares) respecto del comportamiento sexual, la salud, los comportamientos de riesgo y la toma de decisiones; todo lo anterior inspirado en principios de tolerancia, respeto, igualdad entre los géneros, derechos humanos y equidad.
3. Habilidades interpersonales y de relaciones afectivas: la educación en sexualidad promueve la adquisición de habilidades en materia de toma de decisiones; asertividad; comunicaciones; negociación y rechazo. Estas habilidades pueden ayudar a construir relaciones más sanas y enriquecedoras con integrantes de la familia, grupos de pares, amigos, amigas y parejas románticas o sexuales.
4. Responsabilidad: la educación en sexualidad alienta a los y las estudiantes a asumir responsabilidad de sus propios actos así como de su comportamiento hacia otras personas a través del respeto, la aceptación, la tolerancia y la empatía hacia todas las personas, independientemente de su condición de salud u orientación sexual. La educación en sexualidad también insiste en el respeto por la igualdad entre los géneros; la resistencia ante incidentes que involucren una actividad sexual prematura, no deseada o coercitiva; y la práctica de sexo más seguro, incluyendo el uso correcto y sistemático de condones y anticonceptivos.

4. Programas independientes o integrados

Es indispensable tomar decisiones sobre si la educación en sexualidad debe ser enseñada como: una asignatura separada (el caso de Malawi); integrada a una asignatura convencional como la salud o la biología (el caso de Vietnam); impartida a través de varias asignaturas como la educación cívica, la salud y la biología (el caso de México); o incluida como parte de iniciativas de orientación (hasta hace poco, el caso de Kenya).

En las decisiones influirán las políticas de educación general; la disponibilidad de recursos (incluyendo el apoyo de la administración escolar, la disponibilidad de materiales y docentes certificados); las prioridades que compiten por atención en el currículo escolar; las necesidades de los estudiantes; el respaldo comunitario a programas de educación en sexualidad y temas relacionados con el cronograma escolar. Si bien lo ideal sería incorporar la educación en sexualidad como una asignatura independiente, la alternativa de reforzar lo que ya se enseña y buscar formas de integrarla a asignaturas ya existentes tales como las ciencias sociales, la biología o la orientación, podría ser una estrategia más práctica.

Recuadro 1. Educación en sexualidad – Puntos de entrada, la experiencia de cuatro países

Malawi

En Malawi, a nivel de educación secundaria la educación en sexualidad se enseña como una asignatura independiente y está sujeta a evaluaciones. Sin embargo, a nivel de educación primaria ésta se encuentra integrada a otras asignaturas convencionales hecho que no permite su evaluación individual. En ambos casos, los docentes responsables de su enseñanza han recibido una adecuada formación y tienen acceso a materiales específicamente diseñados con este propósito.

México

En México, como reconocimiento al hecho que la sexualidad forma parte de numerosos aspectos de la vida, la educación en sexualidad se ha integrado a distintos componentes del currículo como la ciencia y la educación cívica. Durante el segundo ciclo de educación secundaria, la educación en sexualidad puede incorporarse al programa de estudio como una asignatura independiente impartida a alumnos entre 15 y 18 años.

República Unida de Tanzania

En la República Unida de Tanzania, la educación en sexualidad se ha integrado a asignaturas/disciplinas convencionales como la ciencia y la educación cívica. El caso de Tanzania demuestra que, convertir la educación en sexualidad en una asignatura totalmente independiente, no es un requisito indispensable si lo que se persigue es incorporarla al currículo.

Vietnam

En Vietnam, el Ministerio de Educación actualmente se encuentra abocado a desarrollar un componente extracurricular obligatorio como complemento al contenido intracurricular. Dicha estrategia se basa en una aplicación de enfoques participativos y el apoyo de grupos de pares reforzada por un programa paralelo de educación para padres y madres.

5. Estructura

Los temas generales en base a los cuales se han definido los objetivos de aprendizaje, se estructuran en torno a seis conceptos clave:

1. Relaciones
2. Valores, actitudes y competencias
3. La cultura, la sociedad y el derecho
4. El desarrollo humano
5. El comportamiento sexual
6. La salud sexual y reproductiva

Cada tema se ha vinculado a objetivos de aprendizaje específicos agrupados de acuerdo a los cuatro niveles etarios. Por su parte, los objetivos de aprendizaje representan el resultado del desarrollo de determinados temas. Mientras que dichos objetivos se definen en el nivel introductorio, éstos deben ser reforzados en los distintos niveles de edad. Si el programa está dirigido a estudiantes mayores, podría ser necesario cubrir temas y objetivos de aprendizaje normalmente enseñados a estudiantes más jóvenes. Sobre la base de las necesidades y características particulares del país o región, por ejemplo, normas sociales y culturales y contexto epidemiológico, los contenidos de los objetivos de aprendizaje pueden ser adaptados e incluidos en niveles inferiores o superiores de edad. Sin embargo, la mayoría de las personas expertas estima que los niños, niñas y jóvenes desean y necesitan obtener información sobre sexualidad y salud sexual a una edad temprana y en la forma más integral posible.

6. Cuadro panorámico de conceptos y temas clave

En las tablas que se presentan a continuación se muestran los temas y objetivos de aprendizaje en base los cuales es posible desarrollar un ‘menú’ integral para el desarrollo curricular. Dichos temas y objetivos se han elaborado recurriendo tanto a experiencias prácticas como a evidencia aportada por currículos que han demostrado tener la capacidad de modificar el comportamiento.

<p>Concepto clave 1 : Relaciones</p> <p><i>Temas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Familias 1.2 Amistad, amor y relaciones románticas 1.3 Tolerancia y respeto 1.4 Compromisos a largo plazo, matrimonio y crianza 	<p>Concepto clave 2 : Valores, actitudes y habilidades</p> <p><i>Temas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Valores, actitudes y fuentes de aprendizaje sexual 2.2 Normas e influencia del grupo de pares en el comportamiento sexual 2.3 Toma de decisiones 2.4 Comunicaciones, habilidades de negociación y el rechazo 2.5 Cómo encontrar ayuda y apoyo 	<p>Concepto clave 3 : Cultura, sociedad y derechos humanos</p> <p><i>Temas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Sexualidad, cultura y derechos humanos 3.2 Sexualidad y los medios de comunicación 3.3 Construcción social del género 3.4 Violencia basada en el género, abuso sexual y prácticas nocivas
<p>Concepto clave 4: Desarrollo humano</p> <p><i>Temas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Anatomía y fisiología sexual y reproductiva 4.2 Reproducción 4.3 Pubertad 4.4 Imagen del cuerpo 4.5 Intimidad e integridad del cuerpo 	<p>Concepto clave 5 : Comportamiento sexual</p> <p><i>Temas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Sexo, sexualidad y ciclo de vida sexual 5.2 Comportamiento y respuesta sexual 	<p>Concepto clave 6 : Salud sexual y Reproductiva</p> <p><i>Temas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Prevención del embarazo 6.2 Entender, reconocer y reducir el riesgo de contraer ITS incluyendo el VIH 6.3 El estigma del VIH y el SIDA, cuidado, tratamiento y apoyo

7. Tablas de objetivos de aprendizaje

Concepto clave 1 – Relaciones

1.1 Familias

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Definir el concepto de 'familia' con ejemplos de diferentes estructuras familiares

Ideas clave:

- En el mundo, existen distintos tipos de familia (por ejemplo, biparentales, monoparentales, familias encabezadas por menores o por apoderados, familias nucleares o ampliadas, familias no tradicionales, etc.)
- Los integrantes de la familia tienen distintas necesidades y asumen distintos roles
- Los integrantes de la familia pueden cuidarse de distintas maneras, si bien en ocasiones no puedan o no desean hacerlo
- La desigualdad entre los géneros suele verse reflejada en los roles y responsabilidades asumidos por los integrantes de la familia
- Las familias son importantes en la enseñanza de valores a los niños y niñas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Describir roles, derechos y responsabilidades de los diferentes integrantes de la familia

Ideas clave:

- Las familias pueden promover la igualdad entre los géneros en términos de roles y responsabilidades
- Las comunicaciones en el seno familiar, en particular entre padres/madres e hijos/hijas, ayudan a construir relaciones afectivas más sólidas
- Los padres, madres y otros integrantes de la familia dan orientación y apoyo a las decisiones de sus hijos e hijas
- Las familias ayudan a niños y niñas a adquirir valores e influyen en el desarrollo de la personalidad
- La salud y las enfermedades pueden afectar a la familia en términos de su estructura, roles y responsabilidades

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Describir cómo cambian las responsabilidades de los integrantes de la familia a medida que maduran

Ideas clave:

- El amor, la cooperación, la igualdad entre los géneros, el cariño y respeto mutuo son importantes para el buen funcionamiento de la familia y las relaciones saludables
- A medida que los niños y niñas crecen, su mundo y sus afectos se extienden más allá de las fronteras familiares en tanto que los amigos, amigas y grupos de pares adquieren particular relevancia
- Crecer significa asumir mayor responsabilidad por uno mismo y por los demás
- Los conflictos y desencuentros que comúnmente ocurren, especialmente durante la pubertad, entre padres/madres e hijos/hijas suelen tener solución

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Discutir el impacto en la familia de problemas asociados con las relaciones sexuales y afectivas, por ejemplo, revelar la condición de VIH positivo, un embarazo no planificado, un aborto, o mantener una relación con una pareja del mismo sexo

Ideas clave:

- Los roles de integrantes de la familia pueden cambiar cuando un o una integrante joven revela su condición de VIH positivo, se embaraza o va a ser padre, se realiza un aborto, se niega a participar en un matrimonio "arreglado" o revela su orientación sexual
- Existen sistemas de apoyo a los cuales las familias pueden recurrir en situaciones de crisis
- Las familias pueden superar cualquier crisis a través del apoyo y respeto mutuo

1.2 Amistad, amor y relaciones

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Definir el concepto de “amigo”

Ideas clave:

- Existen diferentes clases de amistades (por ejemplo, buenos amigos o amigas comparados con malos amigos o amigas; novios, novias)
- La amistad se basa en la confianza, el deseo de compartir, la empatía y solidaridad
- Las relaciones involucran distintas clases de amor en tanto que el amor puede expresarse en múltiples y diferentes maneras
- La discapacidad o el estado de salud no representa una barrera para entablar amistades, desarrollar relaciones afectivas o dar amor

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Identificar las habilidades requeridas para gestionar las relaciones

Ideas clave:

- Existen diferentes formas de expresar amistad y sentimientos de amor hacia otra persona
- La amistad y el amor contribuyen a que una persona se sienta bien consigo misma
- Los roles de géneros pueden afectar las relaciones personales
- La igualdad entre los géneros forma parte de toda relación afectiva saludable
- Las relaciones afectivas pueden ser saludables o no saludables
- Una relación abusiva es un ejemplo de una relación no saludable

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Diferenciar entre las distintas clases de relaciones

Ideas clave:

- El amor, la amistad, el enamoramiento y las relaciones sexuales implican distintas emociones
- La amistad puede tener numerosos beneficios
- Los amigos y/o amigas se pueden influenciar mutuamente en formas positivas o negativas
- En ocasiones, las relaciones afectivas cercanas pueden transformarse en sexuales
- Las relaciones románticas pueden verse profundamente afectadas por estereotipos y roles de género
- En una relación afectiva, el abuso y la violencia están estrechamente vinculados con estereotipos y roles de género

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Identificar leyes referentes a las relaciones abusivas

Ideas clave:

- A las personas se les puede enseñar cómo identificar relaciones abusivas
- En la mayoría de los países existen leyes contra las relaciones abusivas
- Las personas tienen la responsabilidad de denunciar las relaciones abusivas
- Suelen existir mecanismos de apoyo para personas involucradas en relaciones abusivas

Concepto clave 1

– Relaciones

1.3 Tolerancia y respeto

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Definir el concepto de 'respeto'

Ideas clave:

- Los valores de tolerancia, aceptación y respeto son esenciales en cualquier relación saludable
- Todo ser humano, es una persona única y valiosa y puede contribuir a la sociedad entregando amistad, amor y cultivando relaciones
- Todo ser humano merece respeto
- Burlarse de las personas tiene efectos dañinos

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Definir los conceptos de: prejuicio, estigma, intolerancia, acoso, rechazo y "bullying" o matonaje escolar

Ideas clave:

- Practicar "bullying" o acosar a las personas por su condición de salud, color, origen, orientación sexual u otras razones, es irrespetuoso, dañino y una violación de los derechos humanos
- El estigma y la discriminación basada en diferencias también son violaciones a los derechos humanos
- La defensa de víctimas de acoso, bullying o matonaje escolar es responsabilidad de todos

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Explicar por qué la discriminación y el bullying o matonaje escolar son perjudiciales

Ideas clave:

- La discriminación y el estigma son dañinos
- El estigma también puede ser auto-inflingido, e inducir al silencio, la negación y el ocultamiento
- Todos tienen la responsabilidad de alzar la voz contra el sesgo y la intolerancia
- Suelen existir mecanismos de apoyo para víctimas del estigma y la discriminación (por ejemplo, homofobia)

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Explicar por qué es importante combatir la discriminación contra las personas percibidas como "diferentes"

Ideas clave:

- La discriminación tiene un impacto negativo en personas, comunidades y la sociedad
- En muchos lugares del mundo se han promulgado leyes contra el estigma y la discriminación

1.4 Compromisos a largo plazo, el matrimonio y la crianza de los hijos e hijas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Explicar los conceptos de 'familia' y 'matrimonio'

Ideas clave:

- Algunas personas eligen con quien desean casarse, otras son sometidas a matrimonios arreglados
- Algunas relaciones terminan en separación y divorcio, situaciones que pueden afectar a todas las personas que integran la familia
- Las diferentes estructuras familiares afectan el modo de vida de los niños y niñas, sus roles y responsabilidades
- Los matrimonios obligados y entre menores son dañinos y generalmente ilegales

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Explicar las principales características de los compromisos a largo plazo, el matrimonio y la crianza de los hijos e hijas

Ideas clave:

- Las leyes y prácticas culturales determinan cómo se organizará el matrimonio, la constitución de una pareja y la procreación dentro de la sociedad
- Toda persona tiene derecho a ser padre o madre si así lo decide, incluyendo las personas discapacitadas y VIH positivas
- La crianza de hijos e hijas conlleva ciertas responsabilidades
- Existen varias maneras para que una persona adulta sea padre o madre: embarazos planificados o no planificados; la adopción o el patrocinio de un menor; a través de tecnologías de asistencia reproductiva; o bajo la modalidad de padre o madre sustitutos

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Identificar las principales responsabilidades del matrimonio y de los compromisos a largo plazo

Ideas clave:

- Los compromisos a largo plazo y matrimonios exitosos están basados en el amor, la tolerancia y el respeto
- Los matrimonios prematuros y entre menores y la maternidad y paternidad adolescentes, suelen tener consecuencias socialmente negativas y perjudiciales para la salud
- La cultura y los roles de género tienen un impacto en la crianza

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Identificar las principales necesidades físicas, emocionales, económicas y educativas de los niños y niñas y las responsabilidades de los padres y madres asociadas

Ideas clave:

- Los compromisos a largo plazo y el matrimonio pueden ser gratificantes y desafiantes
- El bienestar de los niños y niñas puede verse afectado por dificultades en las relaciones afectivas
- Hay muchos factores que influyen sobre la decisión de tener hijos o no

Concepto clave 2

– Valores, actitudes y habilidades

2.1 Valores, actitudes y fuentes de aprendizaje sexual

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Definir valores e identificar valores personales importantes como la igualdad, el respeto, la aceptación y la tolerancia

Ideas clave:

- Los valores son creencias arraigadas adoptadas por personas, familias y comunidades sobre temas trascendentes
- Los valores y las creencias orientan las decisiones sobre la vida y las relaciones afectivas
- Puede ocurrir que las personas, los grupos de pares, las familias y las comunidades adopten valores distintos

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Identificar fuentes de valores, actitudes y aprendizaje sexual

Ideas clave:

- En la mayoría de las familias los padres y madres enseñan y ejemplifican valores a sus hijos e hijas
- Los valores y actitudes que nuestras familias y comunidades nos imparten constituyen las fuentes de nuestro aprendizaje sexual
- Los valores asociados con el género, las relaciones afectivas, la intimidad, el amor, la sexualidad y la reproducción inciden en nuestro comportamiento y toma de decisiones
- Los valores culturales afectan las expectativas del rol de género masculinas y femeninas y la igualdad

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Describir valores personales propios respecto de una gama de temas relacionados con la salud reproductiva y sexualidad

Proporcionar claros ejemplos de cómo inciden los valores personales en las propias decisiones y comportamientos

Idea clave:

- Es importante conocer las creencias, actitudes y valores propios, cómo afectan los derechos de los demás y cómo defenderlos
- Todas las personas debemos ser tolerantes y respetar valores, actitudes y creencias distintas a las nuestras

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Explicar cómo comportarse en forma coherente con los valores propios

Ideas clave:

- A medida que los niños y niñas crecen, desarrollan sus propios valores y pueden ser distintos a los valores de sus padres y/o madres
- Las relaciones padre/madre-hijos/hijas se refuerzan cuando se habla de las diferencias entre ellos y se respeta el derecho de cada cual a tener distintos valores
- Todas las relaciones son beneficiosas cuando las personas respetan los valores de cada uno

2.2 Normas e influencia del grupo de pares en el comportamiento sexual

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Definir presión de grupos de pares

Ideas clave:

- La influencia que puede ejercer el grupo de pares puede tomar distintas formas
- La influencia que puede tener el grupo de pares sobre una persona puede ser positiva o negativa

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a -12 años)

Describir las normas sociales y su influencia en el comportamiento

Ideas clave:

- Las normas sociales influyen en los valores y el comportamiento, incluyendo los valores y comportamientos sexuales
- La influencia negativa de las normas sociales y de la presión de grupos de pares puede ser neutralizada a través de comportamientos asertivos y otros medios

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Explicar cómo pueden las normas sociales y la influencia de los grupos de pares afectar las decisiones y el comportamiento sexual

Ideas clave:

- Ciertas normas sociales e influencia de grupos, tales como 'bullying' o matonaje escolar y presiones negativas de grupos de pares, pueden afectar el comportamiento y la toma de decisiones en materias sexuales
- Ser asertivo significa saber cuándo decir "sí" y "no" frente a la posibilidad de involucrarse en una relación sexual, y atenerse a esta decisión

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Demostrar habilidades para resistir la presión de grupos de pares

Ideas clave:

- Las personas pueden tomar decisiones racionales acerca de su actividad sexual
- Las personas pueden resistir la influencia negativa ejercida por los grupos de pares al momento de tomar sus decisiones sexuales

Concepto clave 2

– Valores, actitudes y habilidades

2.3 Toma de decisiones

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Identificar ejemplos de buenas y malas decisiones y sus consecuencias

Ideas clave:

- Las personas deben ser capaces de tomar sus propias decisiones
- Todas las decisiones tienen consecuencias
- La toma de decisiones es una habilidad que uno puede aprender
- Es posible que niños, niñas y jóvenes necesiten la ayuda de personas adultas al momento de tomar ciertas decisiones

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Aplicación del proceso de toma de decisiones para abordar problemas

Ideas clave:

- El proceso de toma de decisiones puede implicar varios pasos
- Tomar decisiones tiene consecuencias y, con frecuencia, éstas pueden anticiparse. Por consiguiente, es importante elegir acciones que produzcan los mejores resultados
- Entre las múltiples influencias que afectan a las decisiones se cuentan los amigos y amigas, la cultura, los estereotipos de roles de género, los grupos de pares y los medios de comunicación
- Las personas adultas que son de confianza pueden ser una fuente de ayuda al momento de tomar decisiones

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Evaluar las ventajas, desventajas y consecuencias de las diversas decisiones

Aplicar el proceso de toma de decisiones a las inquietudes sexuales y/o relacionadas con la salud reproductiva

Ideas clave:

- Ciertos obstáculos pueden interponerse en el camino a tomar decisiones racionales sobre el comportamiento sexual
- En la toma de decisiones sobre el comportamiento sexual las emociones son un factor importante
- El alcohol y las drogas alteran la capacidad de tomar decisiones racionales en materia de comportamiento sexual
- Cualquier decisión sobre comportamiento sexual debiera tener en cuenta todas las consecuencias potenciales
- Las decisiones sobre comportamiento sexual pueden afectar la salud, el futuro y los planes de vida de las personas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Identificar posibles consecuencias legales, sociales y de salud de las decisiones tomadas en materias sexuales

Ideas clave:

- El comportamiento sexual tiene consecuencias para uno mismo y para los demás. Éstas pueden ser legales o bien implicar el embarazo no planificado y las ITS, incluso el VIH
- La legislación de un país puede establecer lo que las personas jóvenes pueden y no pueden hacer
- Existen convenciones y acuerdos internacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva que ofrecen orientación sobre estándares de derechos humanos (por ejemplo, CEDAW, CRC) y pueden ser consultados junto con leyes nacionales sobre acceso a los servicios de salud, edad de consentimiento sexual, entre otros temas

2.4 Comunicaciones y habilidades de negociación y rechazo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Demostrar comprensión sobre distintos tipos de comunicación

Ideas clave:

- Todas las personas tienen el derecho a expresarse
- La comunicación es importante en todo tipo de relaciones particularmente entre niños, niñas y sus padres, madres, personas adultas de confianza, amigos y amigas
- Las personas tienen distintas formas de comunicarse, incluyendo la comunicación verbal y no verbal
- La capacidad de comunicar claramente “sí” o “no” protege la intimidad de la persona y su integridad corporal

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Demostrar ejemplos de comunicaciones efectivas y no efectivas

Ideas clave:

- La comunicación efectiva puede adoptar diferentes modalidades y estilos susceptibles de ser aprendidos
- Un aspecto importante de las comunicaciones es la habilidad de la asertividad
- Los roles de género pueden afectar la comunicación entre las personas
- La negociación requiere respeto mutuo, cooperación y, con frecuencia, compromiso de todas las partes involucradas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Demostrar confianza en el uso de habilidades de rechazo y negociación

Ideas clave:

- Una buena comunicación es esencial para las relaciones personales, familiares, románticas, escolares y laborales
- Ciertos obstáculos pueden interponerse en el camino hacia una comunicación efectiva
- Una comunicación efectiva puede ayudar a los niños, niñas y jóvenes a resistir presiones sexuales no deseadas y el abuso por parte de personas en cargos de autoridad y de otros adultos
- Las expectativas y los roles de género inciden en la negociación de relaciones sexuales

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Demostrar la efectiva comunicación de necesidades y límites sexuales personales

Ideas clave:

- El sexo consensuado y seguro requiere contar con habilidades para una comunicación efectiva
- La asertividad y las habilidades de negociación pueden ayudar a resistir presiones sexuales no consentidas o fortalecer la intención de adoptar prácticas sexuales más seguras

Concepto clave 2

– Valores, actitudes y habilidades

2.5 Cómo encontrar ayuda y apoyo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Identificar maneras específicas en que las personas se pueden prestar ayuda mutua

Ideas clave:

- Todas las personas tienen el derecho a recibir apoyo y protección
- Los amigos y amigas, la familia, los y las docentes, los grupos religiosos y las personas que integran una comunidad pueden y deben prestarse ayuda mutua
- Las personas adultas de confianza pueden ser fuentes de ayuda y apoyo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Identificar problemas específicos y fuentes idóneas de ayuda

Ideas clave:

- En la escuela y en la comunidad existen diferentes fuentes de ayuda y apoyo
- La solución de algunos problemas pueden requerir ayuda externa a la escuela o comunidad
- Es necesario informar a una persona de confianza sobre cualquier acto que involucre acoso, abuso o acercamiento sexual no deseado

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Identificar fuentes apropiadas de ayuda

Ideas clave:

- Los sentimientos de vergüenza y culpabilidad no debieran ser un obstáculo para pedir ayuda
- El uso de los medios de comunicación (por ejemplo, Internet) como fuente de información requiere la habilidad de realizar evaluaciones críticas
- Existen lugares donde las personas pueden obtener ayuda en materias sexuales y de salud reproductiva (por ejemplo: orientación, exámenes y tratamientos contra el VIH y las ITS; servicios de anticoncepción, y ayuda en casos de abuso sexual, violación, violencia intrafamiliar y basada en el género; aborto y cuidados post-aborto⁴; estigma y discriminación)
- Una buena fuente de ayuda respeta la confidencialidad y protege la intimidad

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Demostrar un adecuado comportamiento en la búsqueda de ayuda

Ideas clave:

- La asertividad es una habilidad necesaria para identificar una fuente adecuada de ayuda
- Todos tienen derecho a recibir ayuda respetuosa, técnicamente rigurosa y económicamente accesible que respete la confidencialidad⁵ y proteja la intimidad

4. “En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia... En los casos en que el aborto no es contrario a la ley debería realizarse bajo condiciones de seguridad. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos”. POA CIPD, párr. 8.25. “Los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deberán tomar medidas destinadas a garantizar que el aborto sea seguro y accesible”. Acciones Clave CIPD +5, párr. 63iii

5. “Al objeto de promover la salud y el desarrollo de los adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Partes a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace al asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a los adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad con personas adultas. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial”. Obs. Gen 4(2003) párr. 11. “El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de las personas jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual reproductiva». CRC Obs. Gen 4(2003) párr. 40b.

Concepto clave 3

– Cultura, sociedad y derechos humanos

3.1 Sexualidad, cultura y legislación

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5-8)

Identificar fuentes de información sobre sexo y género

Ideas clave:

- Las familias, personas, grupos de pares y comunidades se cuentan entre las fuentes de información sobre sexo y género
- Las creencias y valores adoptados por las familias y comunidades orientan nuestra comprensión del sexo y género

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9-12)

Identificar los principales derechos humanos, culturales y religiosos, así como los mensajes y las normas legales de apoyo relacionadas con la sexualidad

Demostrar voluntad para escuchar la opinión de los demás en materia de sexualidad

Ideas clave:

- La cultura, la sociedad, los derechos humanos y las normas legales influyen sobre nuestra comprensión de sexualidad
- Todas las culturas tienen normas y tabúes relacionados con género y sexualidad que han evolucionado con el paso del tiempo
- Cada cultura tiene ritos específicos de pasaje a la adultez
- El respeto hacia los derechos humanos hace necesario que consideremos las opiniones de otras personas en materias de sexualidad

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Identificar normas culturales y fuentes de mensajes de importancia relativos a la sexualidad

Identificar leyes nacionales y disposiciones locales asociadas con el ejercicio de derechos humanos en materias relacionadas con salud sexual y reproductiva

Ideas clave:

- Los acuerdos internacionales y los instrumentos de derechos humanos ofrecen orientación en materia de salud sexual y reproductiva
- Los factores culturales influyen en lo que una sociedad considera aceptable e inaceptable en materia de comportamiento sexual

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Explicar el concepto de derechos humanos en materias relacionadas con salud sexual y reproductiva

Ideas clave:

- A nivel nacional e internacional existen instrumentos legales que rigen el matrimonio entre menores, la mutilación/corte genital femenina (MGF/CGF), la edad de consentimiento, la orientación sexual, la violación, el abuso sexual, y el acceso de las personas a servicios de salud sexual y reproductiva
- El respeto por los derechos humanos requiere que aceptemos a las personas de diferente orientación sexual e identidad de género
- La cultura, los derechos humanos y las prácticas sociales influyen en nuestra percepción de igualdad y los roles de género

Concepto clave 3

– Cultura, sociedad y derechos humanos

3.2 Sexualidad y medios de comunicación

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Identificar diferentes medios de comunicación

Distinguir entre ejemplos basados en la realidad y en la ficción (por ejemplo, televisión, Internet)

Ideas clave:

- La televisión, Internet, los libros y periódicos son diferentes tipos de medios de comunicación
- Todos los medios de comunicación presentan historias que pueden ser reales o imaginarias

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Identificar ejemplos de cómo se proyecta a hombres y mujeres en los medios de comunicación

Describir el impacto de los medios de comunicación sobre los valores personales, actitudes y comportamientos relacionados con el sexo y el género

Ideas clave:

- Los medios de comunicación pueden ofrecer representaciones positivas o negativas de hombres y mujeres
- En materia de género y sexualidad, los medios de comunicación tienen influencia en los valores personales, actitudes y normas sociales

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Identificar imágenes poco realistas proyectadas por los medios de comunicación sobre sexualidad y relaciones sexuales

Describir el impacto de estas imágenes en los estereotipos de género

Ideas clave:

- Los medios de comunicación influyen sobre los ideales de belleza y estereotipos de género
- Los medios de comunicación pornográficos tienden a basarse en estereotipos de género
- Las representaciones negativas que hacen los medios de comunicación de hombres y mujeres inciden en la autoestima de las personas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Realizar una evaluación crítica sobre la influencia potencial de los mensajes entregados por los medios de comunicación en materia de sexualidad y relaciones sexuales

Identificar distintas formas en que los medios de comunicación podrían contribuir positivamente a promover la igualdad entre los géneros y un comportamiento sexual más seguro

Ideas clave:

- Es posible cuestionar las representaciones negativas o inexactas de hombres y mujeres presentadas por los medios de comunicación
- Los medios de comunicación tienen la capacidad de ejercer una influencia positiva en el comportamiento y promover las relaciones igualitarias entre los géneros

3.3 La construcción social del género

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Definir el concepto de género

Idea clave:

- Las familias, las escuelas, las amigas y amigos, los medios de comunicación y la sociedad constituyen fuentes de aprendizaje sobre el género y los estereotipos de género

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Identificar maneras específicas en que la desigualdad entre los géneros afecta a niños y niñas, hombres y mujeres

Ideas clave:

- Entre algunos de los factores que inciden en los roles de género se cuentan las normas culturales y sociales y las creencias religiosas
- Las desigualdades de género (por ejemplo, la preferencia por hijos varones) están presentes en las familias, en las amistades y en la sociedad
- Los derechos humanos promueven la igualdad de hombres y mujeres, niños y niñas
- Todas las personas deben asumir la responsabilidad de superar la desigualdad entre los géneros

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Explicar el significado de los prejuicios y la discriminación basada en el género e ilustrar mediante ejemplos

Ideas clave:

- Las creencias y los valores personales influyen sobre el prejuicio y la discriminación basada en género
- La igualdad entre los géneros promueve un proceso igualitario de toma de decisiones en materia de comportamiento sexual y planificación de la familia
- En ocasiones, los estándares que se aplican a los hombres y las mujeres son diferentes y desiguales

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Identificar ejemplos personales de las maneras en que el género afecta la vida de las personas

Ideas clave:

- Existe un amplio consenso en que la orientación sexual y la identidad de género son influenciadas por numerosos factores
- La desigualdad entre los géneros influye en el comportamiento sexual y puede elevar el riesgo de ser víctima de la coerción, abuso o violencia sexual

Concepto clave 3

– Cultura, sociedad y derechos humanos

3.4 Violencia basada en el género, abuso sexual y prácticas nocivas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Describir ejemplos de prácticas positivas y nocivas

Definir abuso sexual

Ideas clave:

- Existen algunas prácticas sexuales que son positivas y otras que son nocivas, ya que afectan la salud y el bienestar de las personas en la sociedad.
- Los derechos humanos protegen a todas las personas contra el abuso sexual y la violencia basada en el género
- Las tocaciones inapropiadas y el sexo forzado o no consentido (violación) son tipos de abuso sexual
- El abuso sexual es siempre inaceptable

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Explicar cómo han contribuido los estereotipos de roles de género a la actividad sexual forzada y al abuso sexual

Definir y describir la violencia basada en el género, incluyendo la violación y su prevención

Demostrar habilidades relevantes de comunicación (por ejemplo, asertividad, decir que no) para resistir el abuso sexual

Ideas clave:

- Las creencias y prácticas tradicionales pueden ser una fuente de aprendizaje positivo
- Los asesinatos de novias, aquéllos asociados con códigos de honor y los crímenes “pasionales” son ejemplos de prácticas perniciosas y de desigualdad entre los géneros que violan los derechos humanos
- Existen formas de buscar ayuda frente a casos de abuso sexual o violación
- La asertividad y las habilidades de rechazo pueden ayudar a resistir el abuso sexual y la violencia basada en el género, inclusive la violación

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Identificar estrategias específicas orientadas a reducir la violencia basada en género, la violación y el abuso sexual

Ideas clave:

- Todas las formas de abuso sexual y violencia basada en género perpetrada por personas adultas, jóvenes y quienes tienen posiciones de poder, constituyen violaciones a los derechos humanos
- Toda persona es responsable de denunciar el abuso sexual y la violencia basada en género
- Hay personas adultas de confianza que pueden entregar referencias acerca de servicios de apoyo para víctimas de abuso sexual y violencia basada en género

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Demostrar habilidad para argumentar a favor de la eliminación de los estereotipos de roles de género, la desigualdad entre los géneros, las prácticas dañinas y los prejuicios basados en el género

Idea clave:

- Todas las personas deben asumir la responsabilidad de salir en defensa de la desigualdad entre los géneros y denunciar las violaciones a los derechos humanos tales como el abuso sexual y la violencia basada en género

Concepto clave 4

– El proceso de desarrollo humano

4.1 Anatomía y fisiología sexual y reproductiva

Objetivos de aprendizaje para el Nivel 1 (5 a 8 años)

Distinguir entre el cuerpo de un hombre y el de una mujer

Ideas clave:

- El cuerpo de todas las personas, incluso el de las personas discapacitadas, es único y merece respeto
- Todas las culturas tienen distintas maneras de visualizar el cuerpo
- Los hombres y las mujeres, los niños y las niñas tienen cuerpos diferentes que cambian con el tiempo
- Algunas partes del cuerpo se consideran privadas y otras no

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Describir la estructura y función de los órganos sexuales y reproductivos

Ideas clave:

- La anatomía y fisiología sexual y reproductiva describe conceptos tales como el ciclo menstrual, la espermatogénesis, la erección y eyaculación
- Es habitual que los niños, niñas y jóvenes hagan preguntas sobre el desarrollo sexual, por ejemplo, ¿Por qué un seno es más grande que el otro? o ¿Estos cambios le ocurren a todas las personas?

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Distinguir entre los aspectos biológicos y sociales del sexo y el género

Ideas clave:

- El sexo del feto es determinado por los cromosomas y se define durante las etapas iniciales del embarazo
- Las hormonas desempeñan una función fundamental en el crecimiento, el desarrollo y la regulación de los órganos reproductivos y las funciones sexuales
- Las prácticas culturales, tradicionales y religiosas constituyen una importante influencia en la forma de pensar sobre el sexo, el género, la pubertad y la reproducción
- Todas las culturas tienen una comprensión distinta sobre el género y el sexo y sobre cuándo es apropiado iniciar la actividad sexual

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Describir la capacidad sexual y reproductiva de hombres y mujeres durante su ciclo de vida

Idea clave:

- Hombres y mujeres experimentan cambios en sus cuerpos con el paso de los años, incluyendo cambios en sus funciones y capacidades reproductivas y sexuales

Concepto clave 4

– El proceso de desarrollo humano

4.2 Reproducción

Objetivos de aprendizaje para el Nivel 1 (5 a 8 años)

Describir de dónde viene los bebés

Ideas clave:

- Los bebés son el resultado de la combinación de un óvulo y un espermio
- La reproducción consiste en una serie de etapas: ovulación, fertilización, concepción, embarazo y parto
- El cuerpo de la mujer experimenta cambios durante el embarazo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9-12 años)

Describir cómo ocurre el embarazo y cómo puede prevenirse

Identificar métodos básicos de anticoncepción

Ideas clave:

- Las relaciones sexuales vaginales sin protección pueden resultar en embarazos e ITS, inclusive el VIH
- Existen formas de evitar el embarazo no planificado, entre ellas la abstinencia y el uso de anticonceptivos
- El uso correcto y sistemático del condón y anticonceptivos pueden evitar el embarazo, el VIH y otras ITS
- Los cambios hormonales regulan la ovulación y el ciclo menstrual
- La concepción tiene una mayor probabilidad de ocurrir durante ciertos períodos del ciclo menstrual de la mujer
- Hay riesgos para la salud asociados con el matrimonio prematuro (voluntario u obligado), el embarazo y el parto precoces
- El embarazo no es dañino para la salud de una mujer VIH positiva y se pueden tomar medidas para reducir el riesgo de transmisión del VIH al bebé

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Describir los signos del embarazo y las etapas del parto y desarrollo fetal

Ideas clave:

- Hay señales y síntomas del embarazo que pueden confirmarse a través de un examen
- El feto atraviesa numerosas etapas de desarrollo
- Se pueden tomar medidas tendientes a promover un embarazo saludable y un parto seguro
- Una mala alimentación y el uso de tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo se asocian a riesgos en el desarrollo del feto

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Diferenciar entre la función reproductiva y sexual y los deseos

Ideas clave:

- El consentimiento mutuo de la pareja es un requisito clave para practicar la actividad sexual
- La toma de decisiones en materias sexuales requiere como primera medida la adopción de estrategias de reducción de riesgo destinadas a prevenir embarazos no planificados y las ITS
- A lo largo de la vida, tanto hombres como mujeres experimentan cambios en sus funciones sexuales y reproductivas
- No todas las personas son fértiles y existen diversas formas de abordar esta situación

4.3 Pubertad

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Describir cambios corporales a medida que las personas crecen

Describir las principales características de la pubertad

Ideas clave:

- La pubertad es un período de cambio físico y emocional que forma parte del proceso de crecimiento y maduración de los niños y niñas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Describir el proceso de pubertad y la maduración del sistema sexual y reproductivo

Ideas clave:

- La pubertad implica cambios en la capacidad reproductiva de las personas
- Los y las jóvenes experimentan diversos cambios sociales, emocionales y físicos durante la pubertad
- Es importante mantener una buena higiene a medida que el cuerpo madura (por ejemplo, aseo genital, higiene menstrual, entre otros)
- Durante la pubertad, las mujeres jóvenes necesitan acceder y tener información sobre el correcto uso de toallas higiénicas y otros productos diseñados para absorber el flujo menstrual
- Cambios hormonales en el hombre regulan el inicio de la espermatogénesis
- Los hombres jóvenes pueden experimentar sueños húmedos durante la pubertad y en años posteriores

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Describir las similitudes y diferencias entre niños y niñas con relación a los cambios físicos, emocionales y sociales asociados con la pubertad

Distinguir entre pubertad y adolescencia

Ideas clave:

- La pubertad es un período de maduración sexual que conduce a importantes cambios físicos y emocionales y puede ser estresante
- El inicio de la pubertad varía entre una persona y otra y tiene efectos diferentes en los niños y las niñas
- La adolescencia es el período comprendido entre el inicio de la maduración sexual (pubertad) y la adultez

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Describir los principales cambios emocionales y físicos durante la pubertad producidos por cambios hormonales

Ideas clave:

- Las hormonas masculinas y femeninas son distintas y tienen una importante influencia en los cambios emocionales y físicos que ocurren durante la vida
- Las hormonas pueden afectar el tamaño y forma del cuerpo, el desarrollo del vello corporal y otros cambios

Concepto clave 4

– El proceso de desarrollo humano

4.4 Imagen del cuerpo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Reconocer que todos los cuerpos son diferentes

Ideas clave:

- El cuerpo de cada persona (incluyendo de las personas discapacitadas) es especial y único
- Todas las personas pueden sentirse orgullosas de sus cuerpos

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Diferenciar entre ideales culturales y la realidad en términos de apariencia física

Ideas clave:

- La apariencia física es el producto de factores como la herencia, el entorno y los hábitos de salud
- Los valores de una persona no deben ser determinados por su apariencia
- Los ideales acerca del atractivo físico cambian con el tiempo y son diferentes entre las culturas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Describir cómo los sentimientos de las personas acerca de sus propios cuerpos pueden afectar su salud, autoimagen y comportamiento

Ideas clave:

- El tamaño y forma del pene, la vulva o los senos pueden variar y no afectan la capacidad reproductiva o la habilidad para ser una buena pareja sexual
- La apariencia del cuerpo de una persona puede afectar los sentimientos de otras personas hacia ella y la forma de tratarla
- El uso de fármacos formulados para modificar el cuerpo (por ejemplo, esteroides o píldoras para adelgazar) con el fin de alcanzar estándares de belleza poco realistas basados en criterios de género, puede ser perjudicial
- Existen distintas maneras de buscar ayuda y tratamiento para combatir desórdenes alimenticios como la anorexia y la bulimia

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Identificar estereotipos culturales y específicos acerca de los roles de género y cómo pueden afectar a las personas y las relaciones entre ellas

Ideas clave:

- Los estándares poco realistas relacionados con la apariencia física pueden ser cuestionados
- La imagen que una persona tenga de su cuerpo puede afectar su autoestima, su habilidad para tomar decisiones y su comportamiento

4.5 Intimidad e integridad del cuerpo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5-8)

Describir el significado del concepto 'derechos del cuerpo'

Ideas clave:

- Todas las personas tienen el derecho a decidir quién puede tocar su cuerpo, dónde y de qué manera
- Todas las culturas exhiben distintas formas de respetar la intimidad e integridad del cuerpo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9-12)

Definir la atención sexual no deseada

Demostrar formas de resistir la atención sexual no deseada

Ideas clave:

- Durante la pubertad, la intimidad del cuerpo adquiere mayor importancia
- A medida que las niñas maduran, el acceso a espacios privados adquieren mayor importancia incluyendo a servicios higiénicos y al agua
- Durante la menstruación, y ciertamente en cualquier otra ocasión, el acoso y la atención sexual no deseada es una violación de la intimidad e integridad corporal de las niñas
- La atención sexual no deseada y el acoso a los niños varones es una violación de la intimidad e integridad corporal
- Hablar sobre la menstruación con padres, madres, maestros y compañeros/as, nunca debe ser motivo de vergüenza
- Una de las formas de rechazar el acoso y la atención sexual no deseada es mostrar asertividad

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Identificar los principales elementos que permiten a la persona sentirse segura frente a una agresión sexual

Ideas clave:

- Todas las personas tienen derecho a la intimidad y a la integridad del cuerpo
- Todas las personas tienen derecho a estar en control de lo que haremos y no haremos en materia de sexo
- Internet, los teléfonos celulares y otros medios de comunicación pueden ser una fuente de atención sexual no deseada

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Describir algunas formas en que la sociedad, la cultura, la ley y los roles de género pueden afectar las interacciones sociales y el comportamiento sexual

Ideas clave:

- Los instrumentos internacionales de derechos humanos establecen el derecho a la intimidad y a la integridad del cuerpo
- Hay construcciones sociales diferentes acerca de los cuerpos de hombres y mujeres
- Existe un doble estándar respecto al comportamiento sexual de hombres y mujeres, lo que puede tener un gran impacto en las interacciones sociales y sexuales

Concepto clave 5

– Comportamiento sexual

5.1 Sexo, sexualidad y ciclo de vida sexual

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Explicar el concepto de partes privadas del cuerpo

Ideas clave:

- La mayoría de los niños y niñas sienten curiosidad por sus cuerpos
- Es natural explorar las partes de nuestro cuerpo, incluso las partes privadas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Describir la sexualidad con relación al ciclo de vida

Ideas clave:

- Los seres humanos nacen con la capacidad de disfrutar su sexualidad a lo largo de la vida
- Muchos niños y niñas comienzan a practicar la masturbación durante la pubertad y, en ocasiones, antes de su aparición⁶
- La masturbación no causa daños físicos ni emocionales, si bien debe practicarse en privado⁶
- Es importante hablar sobre sexualidad con personas adultas de confianza y plantear preguntas al respecto

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Explicar las distintas expresiones de sexualidad durante el ciclo de vida

Ideas clave:

- Los sentimientos, las fantasías y los deseos sexuales son naturales y están presentes a lo largo de la vida
- Algunas personas eligen llevar a la práctica sus sentimientos, fantasías y deseos sexuales
- El interés en la sexualidad puede cambiar con la edad y seguir expresándose a lo largo de la vida
- Se necesita que todas las personas sean tolerantes y tengan respeto por las diferentes expresiones de sexualidad entre las culturas y en los diversos entornos

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Definir la sexualidad con relación a sus componentes biológicos, sociales, psicológicos, espirituales, éticos y culturales.

Ideas clave:

- El concepto de sexualidad es complejo y multifacético e incluye componentes biológicos, sociales, psicológicos, espirituales, éticos y culturales
- Si se expresa en forma respetuosa, la sexualidad puede contribuir a mejorar el bienestar de la persona

6

6 McCary J.L. 1978. McCary's Human Sexuality. Tercera edición. Nueva York: D. Van Nostrand and Company, pp. 150 y 262. Strong, B., DeVault, C. 1988. Understanding Our Sexuality. Segunda edición. Eagan MN: West Publishing Company, pp. 179-80. Haas, A., y Haas, K. 1990. Understanding Sexuality. Times Mirror/Mosby College Publishing: St. Louis. p. 207. Francoeur, R.T., Noonan, R.J. (Editores). 2004. Enciclopedia Internacional de Sexualidad. Volumen 5. Nueva York: Continuum Intl Pub Group.

5.2 Comportamiento y respuesta sexual

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Explicar que la actividad sexual es una forma madura de demostrar cariño y afecto

Ideas clave:

- Las personas adultas demuestran cariño y amor por los demás de distintas maneras, a veces a través de comportamientos sexuales
- Las personas se besan, se abrazan, se acarician y adoptan comportamientos sexuales para tener intimidad física, demostrarse cariño y amor y sentirse bien
- Los niños y niñas no están preparados para tener contacto sexual con otras personas

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Describir las respuestas de hombres y mujeres a la estimulación sexual

Ideas clave:

- Los hombres y las mujeres poseen un ciclo de respuesta sexual por medio del cual una estimulación sexual (física o mental) puede producir respuestas físicas
- Durante la pubertad, los niños y las niñas se vuelven más conscientes de sus respuestas a la atracción y estimulación sexual
- Las personas pueden tener pensamientos y sentimientos sexuales sin que por ello deban llevarlos a la práctica y generalmente son capaces de controlarlos cuando es necesario
- Hay múltiples formas en que una pareja puede expresar amor, cariño, sentimientos de atracción sexual y demostrar que el amor requiere más que relaciones sexuales
- Las relaciones sexuales requieren madurez emocional y física
- Se necesita aplicar el pensamiento crítico para cultivar amistades y establecer relaciones sexuales
- La vida sexual no está exenta de problemas y desilusiones

Concepto clave 5

– Comportamiento sexual

5.2 Comportamiento y respuesta sexual (continúa de la página anterior)

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Describir comportamientos sexuales comunes

Describir los principales elementos del ciclo de respuesta sexual

Ideas clave:

- Toda sociedad tiene sus propios mitos sobre el comportamiento sexual. Es importante conocer la realidad
- La abstinencia significa decidir no tener comportamientos sexuales con otras personas y es la forma más segura de evitar el embarazo y las ITS, incluyendo el VIH
- Los condones y otros anticonceptivos ofrecen a las personas la oportunidad de tener relaciones sexuales reduciendo el riesgo de sufrir consecuencias no deseadas
- La práctica de sexo no penetrativo elimina el riesgo de un embarazo no planificado y reducen el riesgo de contraer ITS, incluyendo el VIH
- La actividad sexual transaccional se define como el intercambio de favores sexuales por dinero, bienes o protección
- Fortalecer la asertividad y las habilidades de rechazo en niños, niñas y jóvenes es una manera de evitar su participación en actividades sexuales transaccionales
- Todas las personas deben asumir la responsabilidad de denunciar el acoso y la coerción sexual, por ser ambos actos violaciones de los derechos humanos
- El ciclo de respuesta sexual de hombres y mujeres comprende numerosas etapas y cambios físicos

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Definir los principales elementos del placer y la responsabilidad sexual

Ideas clave:

- Los comportamientos sexuales suelen tener consecuencias concretas e implican ciertas responsabilidades
- Una buena comunicación puede mejorar las relaciones sexuales
- La responsabilidad de evitar el embarazo no planificado y las ITS, incluyendo el VIH, recae en ambos integrantes de la pareja
- Muchos hombres y mujeres adultas pasan largos períodos de sus vidas sin tener contacto sexual con otras personas

Concepto clave 6

– Salud sexual y reproductiva

6.1 Prevención del embarazo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Reconocer que no todas las parejas tienen hijos

Ideas clave:

- Todas las personas, independientemente de su condición de salud, religión, origen, raza o estado civil, pueden criar a un hijo o hija y brindarle el amor que se merece
- Los niños y niñas deben ser bienvenidos, cuidados, y amados
- Algunas personas no son capaces de cuidar a un hijo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Describir las principales características del embarazo y la anticoncepción

Ideas clave:

- Circulan muchos mitos sobre condones, anticonceptivos y otras formas de prevenir el embarazo no planificado. Es importante conocer la realidad
- Abstenerse de practicar relaciones sexuales es el método más efectivo de anticoncepción
- El uso correcto y sistemático del condón puede prevenir el embarazo no planificado, el VIH y otras ITS
- La decisión de usar un condón u otro anticonceptivo es la responsabilidad de tanto hombres como mujeres. Los roles de género y las normas adoptadas por los grupos de pares pueden influir en esta decisión
- Hay señales y síntomas característicos del embarazo y se dispone de tests o exámenes que lo confirman
- El embarazo no planificado en edades tempranas puede tener consecuencias negativas tanto para la salud como en el ámbito social

Concepto clave 6

– Salud sexual y reproductiva

6.1 Prevención del embarazo (continúa de la página anterior)

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Describir métodos efectivos de prevención del embarazo no planificado y su nivel de eficacia

Explicar el concepto de vulnerabilidad personal frente al embarazo no planificado

Ideas clave:

- Los diversos métodos anticonceptivos tienen diferentes índices de efectividad, eficacia, beneficios y efectos secundarios
- Abstenerse de practicar relaciones sexuales es el método más efectivo de prevención de embarazos no planificados
- El uso correcto y sistemático de condones entre los y las jóvenes sexualmente activos puede reducir el riesgo de embarazos no planificados
- La anticoncepción de emergencia (donde sea legal y esté disponible) puede prevenir los embarazos no planificados resultado del uso incorrecto - o no uso- de anticonceptivos, del mal funcionamiento de anticonceptivos o de agresiones sexuales
- La utilización de métodos naturales de anticoncepción sólo debe ser considerada bajo la recomendación de un profesional de la salud calificado
- La esterilización representa un método permanente de anticoncepción
- Normalmente, los condones y anticonceptivos están disponibles localmente – aunque pueden existir obstáculos que limiten o no permitan que los/as adolescentes tengan acceso a ellos
- El acceso a condones o anticonceptivos no debiera negado a una persona joven sexualmente activa sobre la base de su estado civil, sexo o género

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Describir los beneficios personales y los posibles riesgos asociados con los métodos anticonceptivos disponibles

Demostrar determinación al momento de discutir y utilizar distintos métodos anticonceptivos

Ideas clave:

- El uso de anticonceptivos puede ayudar a las personas sexualmente activas a planificar su familia y de esta forma entregar importantes beneficios a las personas y a la sociedad
- Algunos métodos anticonceptivos pueden producir efectos secundarios y/o estar “contraindicados” bajo circunstancias específicas
- Todo anticonceptivo, incluyendo los condones y la anticoncepción de emergencia, debe ser utilizado en forma correcta
- Entre las personas sexualmente activas, la decisión sobre qué método o combinación de anticonceptivos es el más apropiado suele estar basado en consideraciones de costo, riesgo, accesibilidad y otros factores

6.2 Comprensión, reconocimiento y reducción del riesgo de contraer ITS incluyendo VIH

Objetivo de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Describir los conceptos de 'salud' y 'enfermedad'

Ideas clave:

- Las personas pueden elegir alternativas y adoptar comportamientos que protejan y conserven su salud
- El sistema inmunológico protege al cuerpo de las enfermedades y ayuda a las personas a mantenerse en buen estado de salud
- Ciertas enfermedades pueden transmitirse de una persona a otra
- Algunas personas muestran una apariencia saludable a pesar de haber contraído una enfermedad
- Todas las personas – sin importar su condición de salud - necesitan amor, cuidado y apoyo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Explicar los mecanismos de transmisión y métodos de tratamiento y prevención del VIH y otras ITS

Demostrar habilidades de comunicación relacionadas con la práctica de 'sexo más seguro'

Ideas clave:

- El VIH es un virus que puede transmitirse a través de: la práctica del acto sexual con una persona que vive con el virus sin el uso de protección; transfusiones de sangre con VIH; el uso de jeringas, agujas o instrumentos afilados contaminados; o transmitido por una madre que vive con VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia
- La gran mayoría de las infecciones por VIH se transmiten a través de la práctica de sexo penetrativo con una persona que vive con VIH
- El VIH no puede transmitirse a través de contactos esporádicos (por ejemplo, estrecharse las manos, abrazarse, beber del mismo vaso)
- Existen formas de reducir el riesgo de contraer o transmitir el VIH ya bien antes (uso del condón) o después (profilaxis post-exposición) de exposición al virus
- Es necesario hacerse exámenes para detectar la posible presencia de ITS comunes como clamidia, gonorrea, sífilis y VIH
- Hoy se cuenta con tratamientos para muchas ITS
- En la actualidad, no existe una cura para el VIH – si bien la terapia antirretroviral (TAR) puede contener el VIH y detener el avance de la enfermedad comúnmente conocida como SIDA
- Las capacidades de comunicación, negociación y la habilidad para decir que no puedan ayudar a personas jóvenes a resistir presiones sexuales no consentidas o fortalecer la intención de practicar sexo más seguro que considere el uso correcto y sistemático de condones y anticonceptivos

Concepto clave 6

– Salud sexual y reproductiva

6.2 Comprensión, reconocimiento y reducción del riesgo de contraer ITS incluyendo VIH (cont.)

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Identificar formas específicas de reducir el riesgo de contraer o transmitir el VIH y otras ITS incluyendo el uso correcto del condón

Explicar cómo pueden la cultura y el género afectar las decisiones personales sobre relaciones sexuales

Demostrar habilidades de negociación con relación a practicar el acto sexual en forma más segura y a rechazar las prácticas sexuales no seguras

Ideas clave:

- ITS tales como clamidia, gonorrea, sífilis, VIH y VPH (virus del papiloma humano) pueden ser prevenidas
- Abstenerse de mantener relaciones sexuales es la protección más efectiva contra las ITS y el VIH
- En el caso de personas sexualmente activas, existen otras maneras de reducir el riesgo de contraer o transmitir el VIH y otras ITS: evitar el sexo penetrativo; practicar la “monogamia mutua”; reducir el número de parejas sexuales; el correcto y sistemático uso del condón; evitar mantener relaciones sexuales con varias parejas en forma simultánea o sucesiva; y hacerse examinar para detectar otras ITS y, de ser necesario, seguir un tratamiento
- En lugares donde el nivel del VIH y otras ITS es alto y las relaciones intergeneracionales y/o entre parejas de edades muy dispares son comunes, el riesgo de contraer VIH pueden aumentar sustancialmente
- La profilaxis post exposición (PEP) o el tratamiento antirretroviral (TAR) de corta duración, puede reducir la probabilidad de contraer una infección por VIH frente a una posible exposición
- Los servicios de salud sexual, incluyendo centros de orientación y examen de VIH voluntarios (VCT, por su sigla en inglés), ofrecen consejería previa y posterior a los exámenes de detección, lo que puede ayudar a las personas a evaluar su riesgo, vulnerabilidad y actitudes sobre prácticas sexuales más seguras
- Todas las personas tienen derecho a mantener confidencialidad respecto de su estado de salud o serológico⁷ y no verse obligados a revelar su diagnóstico de VIH
- Los programas que promueven las actitudes positivas hacia la vida pueden ofrecer apoyo a las personas con VIH en términos de adoptar prácticas sexuales más seguras y/o revelar voluntariamente el diagnóstico de VIH a su pareja
- La cultura, el género y las normas adoptadas por los grupos de pares pueden incidir en la toma de decisiones sobre comportamiento sexual
- El alcohol y el uso de drogas pueden interferir en la toma de decisiones racionales y promover comportamientos de alto riesgo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (15 a 18 años)

Evaluar una serie de estrategias de reducción de riesgo sobre la base de su efectividad y preferencias personales

Demostrar habilidades de comunicación y toma de decisiones en relación a prácticas de sexo más seguro

Ideas clave:

- Existen factores que pueden dificultar la decisión de las personas de adoptar prácticas sexuales más seguras
- Ciertas estrategias de reducción de riesgos ofrecen protección doble contra el embarazo no planificado y las ITS, inclusive el VIH
- Entre las personas sexualmente activas, la decisión sobre cuál estrategia de reducción de riesgos adoptar suele verse influenciada por consideraciones de auto-eficacia, vulnerabilidad, roles de género, cultura y normas de los pares
- Las habilidades de comunicación, negociación y de rechazo pueden ayudar a las personas a resistir presiones sexuales no consentidas o fortalecer la intención de practicar sexo más seguro que considere el uso correcto y sistemático de condones y anticonceptivos

⁷ “Al objeto de promover la salud y el desarrollo de las adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Miembros a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace al asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial”. CRC Obs. Gen. 4 (2003) párr. 11. “El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva». CRC Obs. Gen. 4(2003) párr. 40b.

6.3 El estigma del VIH y el SIDA, cuidado, tratamiento y apoyo

Objetivos de aprendizaje para el Nivel I (5 a 8 años)

Identificar las necesidades básicas de las personas que viven con VIH

Ideas clave:

- Toda persona necesita amor y afecto
- Las personas que viven con VIH pueden dar amor y afecto y contribuir a la sociedad
- Las personas que viven con VIH tienen derechos y merecen amor, respeto, cuidado y apoyo
- Hoy se cuenta con tratamientos que ayudan a las personas a vivir positivamente con VIH

Objetivos de aprendizaje para el Nivel II (9 a 12 años)

Describir los desafíos emocionales, económicos, físicos y sociales que implica vivir con VIH

Ideas clave:

- El VIH y el SIDA afectan la estructura de la familia y los roles y responsabilidades de sus integrantes
- El hecho de conocer el diagnóstico de VIH puede tener una alta carga emocional para la persona
- Revelar el propio diagnóstico de VIH puede tener consecuencias negativas para la persona, incluyendo el rechazo, el estigma, la discriminación y la violencia
- El estigma, incluyendo el autoestigma, puede motivar que una persona no acceda a servicios de cuidado y apoyo o no siga tratamientos médicos
- Las necesidades emocionales, nutricionales, físicas y de salud de huérfanos y otros niños y niñas vulnerables por causa del SIDA, puede requerir una atención especial
- Las personas que viven con VIH experimentan cambios en su carga viral (cantidad de partículas de VIH en la sangre) hecho que puede tener un efecto en el riesgo de transmisión de este virus
- El tratamiento del VIH representa un compromiso para toda la vida y con frecuencia está acompañado por efectos colaterales y otras manifestaciones que requieren prestar especial atención a la alimentación
- Los niños, niñas y jóvenes también pueden acceder a este tratamiento, aunque durante la pubertad es necesario hacer especial hincapié en la dosis suministrada y asegurar su seguimiento

Objetivos de aprendizaje para el Nivel III (12 a 15 años)

Explicar la importancia y los principales elementos de vivir positivamente con VIH

Ideas clave:

- Los programas de educación en sexualidad orientados a personas que viven con VIH pueden ayudarlas a mantener prácticas sexuales más seguras y a comunicarse con sus parejas
- A las personas que viven con VIH se les debe permitir expresar su amor y sus sentimientos, contraer matrimonio o establecer compromisos de largo plazo, e iniciar una familia si así lo desean
- Las personas que viven con VIH normalmente pueden recurrir a grupos o mecanismos de apoyo
- La discriminación basada en la condición VIH de la persona es ilegal

Objetivos de aprendizaje para el Nivel IV (15 a 18 años)

Describir el concepto de estigma y discriminación y sus causas con relación a las personas que viven con VIH

Ideas clave:

- El estigma y la discriminación contra personas y comunidades pueden obstaculizar el acceso a la educación, la información y a los servicios de salud, intensificando de esta forma su vulnerabilidad
- Las personas que viven con VIH suelen ser activas defensoras de sus propios derechos, en tanto que éstos pueden ser reforzados a través del apoyo de otras personas
- Las personas que viven con VIH, dada su propia experiencia, pueden ser importantes educadoras y movilizadoras de adolescentes y estar en condiciones de darles apoyo y orientación

Referencias bibliográficas

ONUSIDA. 2008. *Informe 2008 sobre la epidemia mundial del SIDA*. Ginebra: ONUSIDA.

UNAIDS. 2006. *Scaling up access to HIV prevention, treatment, care and support. The next steps*. Geneva: UNAIDS. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1267-univaccess-thenextsteps_en.pdf

Currículos, manuales de capacitación, directrices y normas

CDC. 2008. *Healthy Youth! National Health Education Standards 1-8, CDC School Health Education Resources*. Atlanta: CDC.

Deutsch, C. et al. 2005. *Standards for Peer Education Programmes: Youth Peer Education Network*. New York: FNUAP y Family Health International.

Education International and WHO. 2001. *Training and Resource Manual On School Health and HIV/AIDS Prevention*. Brussels: Education International (EI) y World Health International (WHO).

IPPF. 2006. *IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education*. London: International Planned Parenthood Federation.

IPPF. 1997. *IPPF Charter Guidelines on Sexual and Reproductive Rights*. London: International Planned Parenthood Federation.

Jamaica Ministry of Education and Youth and Caribbean Consulting Group. 2007. *Health and Family Life Education Curriculum Grades 1-6*. Brooklyn: Caribbean Consulting Group.

Jamaica Ministry of Education and Youth and Caribbean Consulting Group. 2007. *Health and Family Life Education Curriculum Grades 7-9*. Brooklyn: Caribbean Consulting Group.

Mercy Corps. Noviembre de 2007. *Commitment to Practice: A Playbook for Practitioners in HIV, Youth and Sport*. Portland: Mercy Corps.

PATH. 2006. *Tuko Pamoja: A Guide for Talking with Young People about their Reproductive Health*. Nairobi: Programme for Appropriate Technology in Health.

Senderowitz, J., Kirby, D. 2006. *Standards for Curriculum-Based Reproductive Health and HIV Education Programmes*. Washington, DC: Family Health International.

SIECUS. 2006. *Establishing National Guidelines for Comprehensive Sexuality Education: Lessons and Inspiration from Nigeria*. Nueva York: SIECUS.

SIECUS. 2000. *Developing Guidelines for Comprehensive Sexuality Education*. New York: SIECUS.

State of New Jersey Department of Education. 2006. *New Jersey Core Curriculum Content Standards for Comprehensive Health and Physical Education*. Trenton: State of New Jersey Department of Education.

Svenson, G. R. 1998. *European Guidelines for Youth AIDS Peer Education*, Malmo. Brussels: European Commission.

UNAIDS. 2007. *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*. Geneva: UNAIDS.

UNESCO. 2005. *Reducing HIV/AIDS Vulnerability Among Students in the School Setting: A Teacher Training Manual*. Bangkok: UNESCO.

UNESCO IBE. 2006. *Manual for Integrating HIV and AIDS Education in School Curricula*. Geneva/International Bureau of Education/UNESCO.

Artículos en línea y presentaciones en formato powerpoint

Asian Pacific Resource and Research Centre for Women. 2005. *Arrows for Change: Women's, Gender and Rights Perspectives in Health Policies and Programmes*. Vol. 11 Edición especial. Kuala Lumpur: ARROW.

Chingandu, L. 2008. *Multiple Concurrent Partnerships: The story of Zimbabwe—Are small houses a key driver?* Zimbabwe: Southern Africa HIV and AIDS Information Dissemination Service. <http://www.comminit.com/en/node/278405/38>

Chinvarasopak, W. 2008. *Teachers and Sex: Uneasy Bedfellows? The Experience of the Teenpath Project*. PowerPoint presentation at the International AIDS Conference, Mexico City, August 3-8, 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2403.ppt>

Delaney, M. G. 2008. *Prevention through Education*. 1st Meeting of Ministers of Health and Education to Stop HIV in Latin America and the Caribbean, Mexico City, August 1, 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2404.ppt>

Exchange Magazine. 2008. Gender Violence, HIV and AIDS. Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender. No. 3. Amsterdam: Royal Tropical Institute. <http://www.kit.nl/smartsite.shtml?ch=FAB&id=10488&IssueID=3&Year=2008>

Family Health International. 2007. *New Websites Make Information About Youth More Accessible*. Durham: Family Health International. <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/e6k4h7j3p5euhcx43e55pdtssqxx2746tzd2hots7j5iyr6pv4cnbhjoqwyf6dc64ebf6yredaqhazf/YL23e.pdf>

Hearst, N. 2007. *AIDS Prevention in Generalized Epidemics: What Works?* Senate Testimony, December 11, 2007. http://help.senate.gov/Hearings/2007_12_11/Hearst.pdf

IRIN Plus News. 2008. *South Africa: Sex Education—The Ugly Stepchild in Teacher Training*, IRIN Plus News, 22 May 2008. <http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=78357>.

IRIN Plus News. 2008. *Mind Your Language: A Short Guide to HIV/AIDS Slang*, IRIN Plus News, 18 June 2008. <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=78809>

IRIN Plus News. 2008. *Kenya: More Education Equals Less Teen Pregnancy and HIV*, IRIN Plus News, 25 July. <http://www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=79456>

Kaiser Daily Health Policy Report. 2008. *HIV/AIDS Hinders Children's Access to Education, UNDP Official Says*. Kaiser Daily Health Policy Report, June 16 2008. http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=52746

- Kaiser Daily HIV/AIDS Report. 2008. *HIV/AIDS Campaign Launched In Tanzania To Address Issues of Multiple Sex Partners*. Global Challenges, October 27, 2008. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/127122.php>
- Kamugisha, N.E. 2007. *An Improved School Environment Contributes to Quality Adolescent Sexual and Reproductive Health*. Presentación PowerPoint, Kampala, Uganda: Straight Talk Foundation. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/adolhealth/presentations/.../3C_Namayanja_Improved%20School%20Environment.pdf
- Kirby, D. 2008. *Abstinence and Comprehensive Sex/HIV Education Programmes: Their Impact on Behaviour in Developed and Developing Countries*. International AIDS Conference, Mexico City, August 3-8, 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSY0301.ppt>
- Knerr, W., Philpott, A. 2008. *Global Mapping of Pleasure: A directory of organizations, programmes, media and people who eroticize safer sex*. Oxford: The Pleasure Project. [http://www.thepleasureproject.org/content/File/Global%20Mapping%20of%20Pleasure_2nd%20Ed_lo%20res\(1\).pdf](http://www.thepleasureproject.org/content/File/Global%20Mapping%20of%20Pleasure_2nd%20Ed_lo%20res(1).pdf)
- Maticka-Tyndale, E. 2008. *Sustainability of Gains Made in a Primary School HIV Prevention Programme in Kenya into the Secondary School Years*. PowerPoint presentation at the Investing in Young People's Health and Development Conference, Abuja, Nigeria, April 27-29. http://www.jhsph.edu/gatesinstitute/_pdf/policy_practice/adolhealth/presentations/.../3C_Maticka-Tyndale_2ary%20school%20Kenya.pdf
- Mulama, S. 2007. *The Sexuality Education Needs of Teacher Trainees in Kenya*. Lagos: Africa Regional Sexuality Resource Centre. <http://www.arsrc.org/downloads/sldf/FinalReport%20Stella%20Mulama2006.pdf>
- Phamotse, P. 2008. *HIV & AIDS and the Education Sector in Lesotho*. Presentation delivered by Chris Castle at the International AIDS Conference, Mexico City, August 3-8, 2008. <http://www.aids2008.org/Pag/ppt/TUSAT2402.ppt>
- Philemon, L. 2008. *Multiple Concurrent Partnerships Make HIV/AIDS A Quagmire*. Guardian/IPP Media, 24 October. <http://kurayangu.com/ipp/guardian/2008/10/24/125038.html>
- Star Schools Project. <http://starschool.brimstone.net/> (accessed June 30, 2008).
- UN. 2008. *New Report Says Some Cultural Factors Influencing Spread of AIDS Are Specific to Africa*. Press release. New York. United Nations. <http://www.thebody.com/content/world/art47245.html>
- UNESCO. 2005. *Adolescence Education: Newsletter for policy makers, programme managers and practitioners*. Vol. 8, No. 1. http://www.unescobkk.org/fileadmin/user_upload/arsh/AEN/AEN_June05.pdf.
- UNICEF Children and HIV and AIDS http://www.unicef.org/aids/index_introduction.php.



Anexos

Anexo I

Convenciones y acuerdos internacionales relacionados con educación en sexualidad

Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. CRC/GC/2003/4, 1 de Julio de 2003. Observación General 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC)⁸

El Comité pide a los Estados Partes que elaboren y apliquen de forma compatible con la evolución de las facultades de los adolescentes, normas legislativas, políticas y programas para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes: a) facilitando a los padres (o tutores legales) asistencia adecuada a través de la creación de instituciones, establecimientos y servicios que presten el debido apoyo al bienestar de los adolescentes e incluso cuando sea necesario proporcionen asistencia material y programas de apoyo con respecto a la nutrición, el desarrollo y la vivienda (art. 27 3)); b) proporcionando información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes (art. 27 3)); (CRC/GC/2003/4, párr. 16)

Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y

chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano. Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas. (CRC/GC/2003/4, párr. 26)

Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. Temas sustantivos derivados de la implementación del pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales. Observación General No. 14.⁹

“El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso...a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. (E/C.12/2000/4, párr. 11)

“En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos

8 10 ONU. 2003. Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación General 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC). CRC/GC/2003/4. Nueva York: ONU: Véase también: ONU. 1989. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Nueva York: ONU.

9 ONU. 2000. Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Temas sustantivos derivados de la implementación del pacto internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales. Observación General No. 14. E/C.12/2000/4. Nueva York: ONU.

o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud (...)" (E/C.12/2000/4, párr. 18)

"Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos". (E/C.12/2000/4, párr. 21)

Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho de las Personas con Discapacidad. A/61/611, 6 de diciembre de 2006. Artículo 25 – Salud¹⁰

"Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población...;

Programa de Acción (POA) de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)¹¹

"Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva este al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno-infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable". (POA CIPD, párr. 7.6)

"Se deberían elaborar programas innovadores para que todos los hombres adolescentes y adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los programas deberían llegar al hombre en su trabajo, en el hogar y en los lugares de esparcimiento. Con el apoyo y la orientación de los padres, y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del niño, se debería llegar también a los muchachos y adolescentes en las escuelas, las organizaciones juveniles y los lugares donde se reúnan. Acompañados de la información y el asesoramiento necesarios, se deberían promover y hacer accesibles métodos de contracepción masculina voluntarios y adecuados, así como métodos encaminados a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA". POA CIPD, párr. 7.9)

"Los objetivos son: (a) Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto

10 ONU. 2006. Convención de las Naciones Unidas sobre el Derecho de las Personas con Discapacidad. A/61/611. Nueva York: ONU

11 ONU. 1994. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Programa de Acción. Nueva York: ONU

mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas; (b) Velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación”. (POA CIPD, párr. 7.36)

“Se debería prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para las personas jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres y madres y en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, y hacer hincapié en la responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad, ayudándoles a ejercer esa responsabilidad. Las actividades educacionales deberían comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas a una edad apropiada, pero también deberán abarcar a los adultos, en particular a los hombres, a través de la enseñanza no académica y mediante diversas actividades con base en la comunidad”. (POA CIPD, párr. 7.37)

“En vista de la necesidad urgente de evitar los embarazos no deseados, de la rápida propagación del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, y de la prevalencia de la violencia y el abuso sexuales, los gobiernos deberían formular las políticas nacionales sobre la base de una mejor comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual”. (POA CIPD, párr. 7.38)

“Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres, las madres y otras personas legalmente responsables de las personas adolescentes de dar a estos/as, de una manera coherente con sus crecientes capacidades, orientación y guía apropiadas en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los/as proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de personas adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los y las adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de

salud reproductiva a las personas adolescentes”. (POA CIPD, párr. 7.45)

“Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes”. (POA CIPD, párr. 7.46)

“Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades especiales de los y las adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra personas adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA. Deberían establecerse programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían facilitar información a los adolescentes y hacer un esfuerzo consciente para consolidar valores sociales y culturales positivos. Los y las adolescentes sexualmente activos/as requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Las personas adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres y madres”. (POA CIPD, párr. 7.47)

“Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres, madres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información, y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres y a las madres a fin de mejorar la interacción de estos con sus hijos y/o hijas y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos/as,

sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva”. (POA CIPD, párr. 7.48)

Naciones Unidas. A/S-21/5/Add.1, 1 de julio de 1999. Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD 5+)¹²

“Los gobiernos, en colaboración con la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, los donantes y el sistema de las Naciones Unidas, deben: a) Asignar gran prioridad a la salud reproductiva y sexual en el contexto más amplio de la reforma del sector salud, inclusive el fortalecimiento de los sistemas básicos de salud, de los cuales se puedan beneficiar en particular las personas que viven en la pobreza; b) Velar para que las políticas, los planes estratégicos y todos los aspectos de la ejecución de los servicios de salud reproductiva y sexual respeten todos los derechos humanos, inclusive el derecho al desarrollo, y que dichos servicios satisfagan las necesidades de salud durante todo el ciclo vital, incluidas las necesidades de los y las adolescentes, aborden las injusticias y desigualdades en razón de la pobreza, el sexo y otros factores, y aseguren la igualdad de acceso a la información y a los servicios; c) Incorporar a todos los sectores pertinentes, entre ellos las organizaciones no gubernamentales, especialmente las organizaciones de mujeres y jóvenes, y los colegios profesionales, mediante el proceso de participación en curso, en la formulación, la aplicación, el control de calidad, la supervisión y la evaluación de las políticas y programas a fin de asegurar que los servicios y la información en materia de salud sexual y reproductiva respondan a las necesidades de la población y respeten sus derechos humanos, en particular su derecho a tener acceso a una atención de buena calidad; d) Elaborar servicios y programas de salud amplios y accesibles, inclusive de salud sexual y reproductiva, para las comunidades indígenas, con su plena participación y que respondan a las necesidades y respeten los derechos de las poblaciones indígenas; [...]” (A/S-21/5/Add.1, párr. 52(a)-(d))

Plataforma de Acción (PFA) de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (FWCW)¹³

“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. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual” (FWCW PFA, párr. 96)

“Medidas que han de adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, incluidas las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales (...) (k) Prestar plena atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y justas y, en particular, a las necesidades de educación y de servicios de personas adolescentes para que puedan encarar su sexualidad de manera positiva y responsable”; (FWCW PFA, párr. 108(k) y A/S-21/5/Add.1, párr. 71(j))

Medidas que han de adoptar los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, los medios de información, el sector privado y las organizaciones internacionales pertinentes, entre ellas los órganos adecuados de las Naciones Unidas (...) (g) Reconocer las necesidades específicas de adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, teniendo en cuenta los derechos del niño y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres tal y como se afirma en el párrafo 107 e)”; (FWCW PFA, párr. 107(g))

Naciones Unidas. A/RES/S-26/2, 2 de agosto de 2001. Sesión Especial de la Asamblea General sobre VIH/SIDA, Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA¹⁴

“Nosotros, Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de Estados y de gobiernos nos comprometemos solemnemente a abordar la crisis del VIH/SIDA a través de las siguientes acciones [...] Para 2003, establecer y/o fortalecer estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos a fin

12 ONU. 1999. Examen y evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/S-21/5/Add.1. Nueva York. ONU.

13 ONU. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Plataforma de Acción. Nueva York. ONU.

14 ONU. 2001. Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. A/RES/S-26/2. Nueva York: ONU.

de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante: el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva; y la incorporación en la medida de lo posible de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA;" (párr. 63)

Entre referencias de carácter más general se pueden contar las siguientes:

- El Marco de Acción de Dakar 2000 de Educación para Todos (EPT)¹⁵ enfatiza en uno de sus seis objetivos la necesidad de desarrollar programas orientados a jóvenes que ofrezcan la información, habilidades, asesorías y servicios que permitan proteger a jóvenes de los riesgos y amenazas que limitan las oportunidades de aprendizaje y constituyen un reto para los sistemas de educación, tales como el embarazo entre las escolares, el VIH y el SIDA.
- EDUSIDA¹⁶, la iniciativa de ONUSIDA dirigida por UNESCO destinada a promover una respuesta global del sector de educación al VIH y el SIDA, recomienda que la incorporación de temas relacionados con el VIH y el SIDA se concrete "a edades tempranas, antes del inicio de la actividad sexual", "que eleven el conocimiento y la capacidad para adoptar conductas de protección contra el VIH y reducir vulnerabilidades" y "que aborden el estigma y la discriminación, las disparidades entre los sexos y otros aspectos estructurales que impulsan la epidemia".
- La Organización Mundial de la Salud¹⁷ (OMS, 2004) concluye que comenzar la educación en sexualidad a una edad temprana reviste una importancia crítica, particularmente en los países en desarrollo donde las niñas que cursan los primeros grados de educación secundaria enfrentan el mayor riesgo de sufrir las consecuencias asociadas con la actividad sexual. Por su parte, dar inicio a la educación en sexualidad a nivel de educación primaria beneficia a aquellos estudiantes que por

diversos motivos no pueden asistir a la escuela secundaria. Las directrices emanadas de la Oficina Regional de la OMS para Europa exhortan a los Estados Miembros a garantizar que la educación en sexualidad y reproducción sea incluida en el currículo de educación secundaria y que sea de naturaleza integral¹⁸

- ONUSIDA¹⁹ ha concluido que los enfoques más efectivos en educación en sexualidad son los que comienzan con la educación de hombres y mujeres jóvenes antes que inicien su actividad sexual²⁰. ONUSIDA recomienda que los programas de prevención del VIH tengan las siguientes características: sean integrales, de alta calidad y basados en evidencia; promuevan la igualdad entre los sexos y aborden normas y relaciones relacionadas con el género; e incluyan información explícita y rigurosa sobre prácticas de sexo seguro que incluya el uso correcto y sistemático de condones masculinos y femeninos.

15 UNESCO. 2000. Marco de Acción de Dakar: Educación para Todos: cumplir nuestros compromisos comunes. París, UNESCO

16 UNESCO. 2008. EDUSIDA Marco de Acción. París: UNESCO

17 OMS. 2004. Informe sobre Embarazo en Adolescentes. Ginebra: OMS

18 OMS. 2001. Estrategia Regional de la OMS sobre Salud Sexual y Reproductiva. Copenhague: OMS, Oficina Regional para Europa

19 ONUSIDA. 2005. Intensificando la Prevención del VIH, nota 26 supra, párr. 33. Ginebra: UNOSIDA

20 ONUSIDA. 1997. Impacto del VIH y la Salud Sexual en el Comportamiento Sexual de los Jóvenes: actualización de análisis 27. Ginebra: ONUSIDA

Anexo II

Formulario y metodología de las entrevistas

El consultor responsable entrevistó a actores e informantes claves a objeto de documentar las mejores prácticas identificadas en el desarrollo e implementación de currículos y programas escolares formales de educación en sexualidad, en países en desarrollo, particularmente de África subsahariana. Sin embargo, también se ha incluido información sobre el desarrollo de enfoques especialmente innovadores implementados en Europa y América del Norte.

En general,

- A) Se realizó un contacto inicial de actores claves a través de una llamada telefónica o correo electrónico, solicitando una entrevista.
- B) Una vez obtenida la confirmación de participar y el consentimiento informado, se envió a cada persona una guía de entrevista semi-estructurada por correo electrónico que les permitiera prepararse con anticipación o bien escribir sus respuestas.
- C) Se acordó el día y la hora en que se llamaría a cada persona.
- D) Se procedió a contactar a las personas encuestadas. Se formularon las preguntas correspondientes a través una entrevista semi-estructurada de carácter telefónico o presencial. Posteriormente, las respuestas fueron registradas, transcritas y compiladas como información general para utilizar en el desarrollo del documento preliminar de trabajo Orientaciones Técnicas Internacionales de Educación en Sexualidad.

Se administró un total de 11 entrevistas en profundidad en base a un conjunto predeterminado de preguntas utilizando una guía de entrevista semi-estructurada. El propósito de esta herramienta es documentar las mejores prácticas identificadas en el desarrollo e implementación de currículos y programas escolares formales de educación en sexualidad. Las preguntas del cuestionario semi-estructurado se diseñaron intencionadamente con un formato abierto, en tanto que las entrevistas se caracterizaron por tener una estructura flexible que incentivara el libre flujo de ideas e información y permitiera centrarse en las áreas de especialización de las personas encuestadas, mientras se procedía a capturar las respuestas y la retroalimentación.

Ocho de las entrevistas fueron telefónicas y una presencial. Dos de las personas encuestadas optaron por escribir sus respuestas en lugar de dar sus entrevistas por teléfono y dos encuestados presentaron respuestas escritas como complemento a la entrevista telefónica. La duración de las entrevistas telefónicas fluctuó entre media hora y dos horas y media.

Adicionalmente se administraron cuatro entrevistas informales a personas que no figuraban en la lista principal de entrevistados por considerarse que podrían tener conocimientos y/o experiencia de utilidad. Estas personas son: Novia Condell, UNICEF Jamaica; Shirley Oliver-Miller, consultora independiente de Salud Reproductiva y Sexual de Adolescente (ARSH); Bill Finger y Karah Fazekas de Family Health International (FHI). Si bien ellas proporcionaron información valiosa ésta tuvo un alcance más limitado y, por consiguiente, no fue transcrita ni compilada con las entrevistas administradas a otras personas entrevistadas.

Pauta de entrevista semi -estructurada y cuestionario

1. ¿Cuál ha sido su experiencia en términos del desarrollo e implementación de la educación en sexualidad en las escuelas o en el sector formal de educación?
2. ¿Qué aspectos han planteado desafíos?
3. ¿Qué ha tenido éxito; qué ha funcionado?
4. ¿Cuáles son los elementos más importantes de programas de calidad de educación en sexualidad?
5. ¿Cuál es la mejor estrategia que los ministerios de educación pueden utilizar a objeto de lograr que las escuelas promuevan e implementen enfoques integrales de educación en sexualidad?
6. ¿Cómo podemos lograr que las escuelas y comunidades adopten una modalidad integral de educación en sexualidad en lugar del enfoque 'sólo abstinencia hasta el matrimonio'?
7. ¿Cuál es el mejor o los mejores programas escolares de educación en sexualidad que usted conoce?
8. ¿Cómo se debería enseñar este programa (cuáles son los puntos de entrada) en las escuelas (como una asignatura separada, incorporada a otra asignatura o integrada transversalmente al currículo)?
9. Al momento de implementar programas de educación en sexualidad en las escuelas, ¿cuál es el mejor procedimiento (o las prácticas más prometedoras) que los ministerios de educación pueden emplear?
10. ¿Qué es importante incluir en un documento de orientaciones internacionales dirigido a ministros y tomadores de decisión para contribuir a implementar programas de alta calidad?

Anexo III

Informantes claves y personas contactadas

Nombre, cargo, afiliación	País/Región	Área(s) de especialización
Maria Bakaroudis Consultora independiente	Malawi	Investigación y apoyo técnico
Sanja Cesar Director de Programas, Centro de Educación e Investigación	Croacia	Implementación y abogacía
Esther Corona Asociación Mexicana de Educación Sexual y Asociación Mundial para la Salud Sexual	México y América Latina	Implementación y abogacía
Akinyele Dairo FNUAP	África subsahariana	Implementación y apoyo técnico
Nike Esiet Director Ejecutivo, Action Health, Inc. (AHI)	Nigeria	Implementación y abogacía
Christopher Graham Ministerio de Educación, Jamaica	Jamaica y el Caribe	Implementación y abogacía
Helen Mondoh Profesora de Educación, Universidad de Egerton	Kenya	Implementación e investigación
Lisa Mueller Programme for Appropriate Technology in Health (PATH)	Botswana, China, Ghana y la República Unida de Tanzania	Implementación y apoyo técnico
Tajudeen Oyewale UNICEF	Nigeria	Investigación e implementación
Jenny Renju Liverpool School of Tropical Medicine, Instituto Nacional de Investigación Médica Tanzania	Tanzania	Implementación y abogacía

Anexo IV

Lista de participantes

en la consulta técnica mundial de la UNESCO sobre educación en sexualidad, 18 y 19 de febrero de 2009, San Francisco, EE. UU.

Prateek Awasthi

UNFPA
Sexual and Reproductive Health Branch
Technical Division
220 East 42nd Street
New York, New York 10017, USA
<http://www.unfpa.org/adolescents/>

Arvin Bhana

Child, Youth, Family & Social Development
Human Sciences Research Council (HSRC)
Private Bag X07
Dalbridge, 4014, South Africa
<http://www.hsrc.ac.za/CYFSD.phtml>

Chris Castle

UNESCO
Section on HIV and AIDS
Division for the Coordination of UN Priorities in
Education
7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Dhianaraj Chetty

Action Aid International
Post Net suite # 248
Private bag X31 Saxonwold 2132
Johannesburg, South Africa
<http://www.actionaid.org/main.aspx?PageID=167>

Esther Corona

Mexican Association for Sex Education/World
Association for Sexual Health (WAS)
Av de las Torres 27 B 301
Col Valle Escondido, Delegación Tlalpan México
14600 D.F., México
esthercoronav@hotmail.com
<http://www.worldsexology.org/>

Mary Guinn Delaney

UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago, Chile
<http://www.unesco.org/santiago>

Nanette Ecker

nanetteecker@verizon.net
<http://www.siecus.org/>

Nike Esiet

Action Health, Inc. (AHI)
17 Lawal Street
Jibowu, Lagos, Nigeria
<http://www.actionhealthinc.org/>

Peter Gordon

Basement Flat
27a Gloucester Avenue
London NW1 7AU, United Kingdom

Christopher Graham

HIV and AIDS Education Guidance and Counseling
Unit,
Ministry of Education
37 Arnold Road
Kingston 5, Jamaica

Nicole Haberland

Population Council USA
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017, USA
<http://www.popcouncil.org/>

Sam Kalibala

Population Council Kenya
Ralph Bunche Road
General Accident House, 2nd Floor
P.O. Box 17643-00500, Nairobi, Kenya
<http://www.popcouncil.org/africa/kenya.html>

Doug Kirby

ETR Associates
4 Carbonero Way,
Scotts Valley, CA 95066, USA
<http://www.etrassociates.org/>

Wenli Liu

Research Center for Science Education
Beijing Normal University
#19, Xijiekouwaidajie
Beijing, 100875, China

Elliot Marseille

Health Strategies International
1743 Carmel Drive #26
Walnut Creek, CA 94596, USA

Helen Omondi Mondoh

Egerton University
P.O BOX 536
Egerton-20115, Kenya

Prabha Nagaraja

Talking About Reproductive and Sexual Health Issues
(TARSHI)
11, Mathura Road, 1st Floor, Jangpura B
New Delhi 110014, India
<http://www.tarshi.net/>

Hans Olsson

The Swedish Association for Sexuality Education
Box 4331, 102 67
Stockholm, Sweden
<http://www.rfsu.se/>

Grace Osakue

Girls' Power Initiative (GPI) Edo State
67 New Road, Off Amadasun Street,
Upper Ekenwan Road, Ugbiyoko,
P.O.Box 7400, Benin City, Nigeria
<http://www.gpinigeria.org/>

Jo Reinders

World Population Foundation
Vinkenburgerstraat 2A
3512 AB Utrecht, Holland
<http://www.wpf.org/>

Sara Seims

Population Program
The William and Flora Hewlett Foundation
2121 Sand Hill Road
Menlo Park, CA 94025, USA
<http://www.hewlett.org/Programs/Population/>

Ekua Yankah

UNESCO
Section on HIV and AIDS
Division for the Coordination of UN Priorities in
Education
7, place de Fontenoy 75352 Paris, France
<http://www.unesco.org/aids>

Anexo V

Bibliografía de recursos

El propósito de la presente bibliografía de materiales didácticos es servir de complemento a las *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad*. Ésta consiste en currículos de educación en sexualidad de alta calidad, guías curriculares y manuales de formación docente de todo el mundo. La bibliografía ha sido desarrollada como una herramienta práctica al servicio de especialistas curriculares, planificadores de programas, directores y maestros de escuela. Estos recursos fueron seleccionados sobre la base de los siguientes criterios establecidos durante la consulta técnica celebrada en febrero de 2009:

- Su contribución a la elaboración de currículos de educación integral en sexualidad, guías curriculares o manuales de formación docente.
- Haber sido evaluados o recomendados por personas expertas.
- Haber sido publicados recientemente (1998-2009) incluyendo información precisa y actualizada que refleje conocimientos de última generación.
- Orientada a estudiantes o educadores, particularmente en los niveles de educación primaria y secundaria, que también sea de utilidad a nivel terciario (educación superior).
- Disponibles en idioma inglés, francés, español o portugués.

Se pueden encontrar versiones actualizadas de esta lista de recursos junto con sus comentarios en el sitio web del centro de intercambio de información sobre el VIH y el SIDA de la UNESCO en <http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/>

Nota: la inclusión de estos recursos en la presente bibliografía no debe interpretarse como un respaldo de parte de la UNESCO o de las otras organizaciones de las Naciones Unidas participantes en la elaboración de estos *Lineamientos Técnicos Internacionales*.

Directrices y principios rectores

Common ground: principles for working on sexuality

Producido por: Talking About Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Año: 2001

Acceso: para ordenar su copia, sírvase dirigirse a: tarshiweb@tarshi.net o tarshi@vsnl.com

From evidence to action: advocating for comprehensive sexuality education

Producido por: Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)

Año: 2009

Acceso: puede ser descargado de www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/From+evidence+to+action+advocating+for+comprehensive+sexuality+education.htm

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Guidelines for comprehensive sexuality education in Nigeria

Producido por: Action Health Incorporated y Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Año: 1996

Acceso: puede ser descargado de www.siecus.org/_data/global/images/nigerian_guidelines.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Guidelines for comprehensive sexuality education: kindergarten through 12th grade

Producido por: National Guidelines Task Force y Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Año: 2004, 3ª edición

Acceso: puede ser descargado de www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

IPPF framework for comprehensive sexuality education

Producido por: Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)

Año: 2006

Acceso: puede ser descargado de www.ippf.org/NR/rdonlyres/CE7711F7-C0F0-4AF5-A2D5-1E1876C24928/0/Sexuality.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Jamaican guidelines for comprehensive sexuality education: pre-school through age 24

Producido por: Jamaican Task Force Committee for Comprehensive Sexuality Education (Jamaica Family Planning Association (FAMPLAN Jamaica) y Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS)

Año: 2008

Acceso: puede ser descargado de www.siecus.org/_data/global/images/Jamaica%20Guidelines.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Manual for integrating HIV and AIDS education in school curricula

Producido por: la Oficina Internacional de Educación (IBE) de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

Año: 2006

Acceso: puede ser ordenado en forma gratuita (en formato impreso o CD-ROM) en ibeaid@ibe.unesco.org o descargado en cinco idiomas.

Inglés: ww.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/IBE_CurrManual_3v_en.pdf

Francés: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/IBE_CurrManual_3v_fr.pdf

Español: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/HIV_and_AIDS/publications/Manual_SP.pdf
Ruso: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/_temp_/Manual_complete_RUreduced.pdf
Árabe: www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/_temp_/Manuel_complet_ARbis.pdf
(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

National health education standards: achieving excellence

Producido por: Joint Committee on National Health Education Standards y American Cancer Society

Año: 2007, 2ª edición

Acceso: si desea ordenar una copia impresa (a un costo de US\$29,95), un CD-ROM (US\$19,95) o en formato PDF descargable (9,95 dólares) sírvase visitar

https://www.cancer.org/docroot/PUB/PUB_0.asp?productCode=F2027.27 o www.cdc.gov/HealthyYouth/SHER/standards/index.htm

Right from the start: guidelines for sexuality issues (birth to five years)

Producido por: Early Childhood Sexuality Education Task Force y Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS).

Año: 1998

Acceso: puede ser descargado de www.siecus.org/_data/global/images/RightFromTheStart.pdf
(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Sex education at schools

Producido por: Ministerio Austríaco de Educación y Asuntos Culturales.

Año: 1994

Acceso: documento disponible en línea sólo en idioma alemán. Puede ser descargado de www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien_Se1597.xml

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Standards for curriculum-based reproductive health and HIV education programs

Producido por: Family Health International (FHI)

Año: 2006

Acceso: puede ser ordenado en forma gratuita en youthnetpubs@fhi.org o descargado de www.fhi.org/NR/rdonlyres/ea6ev5ygicx2nukyntbvjui35yk55wi5lwnnwkgko3touyp3a33aiczutoyb6zhxcnwiyc37uxy/g/sexedstandards.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Tell Me More! Children's rights and sexuality in the context of HIV/AIDS in Africa

Producido por: Save the Children, Sweden and Swedish Asssocation for Sexuality Education (RFSU)

Año: 2007

Acceso: la versión en inglés se puede descargar de www.savethechildren.net/alliance/resources/hiv_aids/2007_SCSweden_TellMeMore.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Concept sex education for youths: sex education, contraception and family planning

Producido por: Federal Centre for Health Education (Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA)

Año: 1999

Acceso: esta publicación se puede descargar de www.bzga.de/?uid=0cdce7ce03172b7fba028de802bec1fd&id=medien&sid=72&ab=20.

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

También puede solicitarse libre de cargo a la siguiente dirección postal: BZgA, D-51101 Colonia, Alemania o por correo electrónico a: order@bzga.de. Número de orden: 13006070.

The contemporary management of growing up and sexual maturation: the role of the primary school in Kenya

Producido por: Helen O. Mondoh, Lois W. Chiuri, Johnson M. Changeiywo y Nancy O. Omar

Año: 2006

Acceso: puede solicitarse a la siguiente dirección postal: QUESTAFRICA, c/o FORMAT, POB 79, Village Market, 00621 Nairobi, Kenya. Teléfono: + 254 (20) 675 2866 o por correo electrónico a: questafrica@gmail.com o jeffers@questafrica.org.

Growing up and sexual maturation among the Luo of Kenya: removing barriers to quality education

Producido por: Helen Mondoh, Lois W. Chiuri, Nancy O. Omar, Johnson M. Changeiywo

Año: 2006

Acceso: puede solicitarse a la siguiente dirección postal: QUESTAFRICA, c/o FORMAT, POB 79, Village Market, 00621 Nairobi, Kenya. Teléfono: + 254 (20) 675 2866 o por correo electrónico a: questafrica@gmail.com o jeffers@questafrica.org

Intervention mapping (IM) toolkit for planning sexuality education programs: using intervention mapping in planning school-based sexual and reproductive health and rights (SRHR) education programs

Producido por: World Population Foundation (WPF) y la Universidad de Maastricht

Año: 2008

Acceso: puede descargarse de

www.wpf.org/documenten/20080729_IMToolkit_July2008.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Más información sobre copias impresas de este documento puede obtenerse de: World Population Foundation (WPF), Vinkenburgstraat 2A, 3512 AB Utrecht, The Netherlands. Teléfono: +31 (30) 23 93 888; Correo electrónico: j.leerlooijer@wpf.org

RAP-Tool

Producido por: Youth Incentives Programme, Rutgers Nisso Groep

Año: 2007

Acceso esta herramienta puede descargarse de

www.youthincentives.org/Downloads

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Tool to assess the characteristics of effective sex and STD/HIV education programs

Producido por: Healthy Teen Network and ETR Associates Douglas Kirby, Lori A. Roller y Mary Martha Wilson

Año: 2007

Acceso: esta herramienta puede descargarse de:

www.healthyteennetwork.org/vertical/Sites/%7BB4D0CC76-CF78-4784-BA7C-5D0436F6040C%7D/uploads/%7BAC34F932-ACF3-4AF7-AAC3-4C12A676B6E7%7D.PDF

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Se puede ordenar una copia impresa de esta herramienta (a un costo de 10 dólares) en: www.healthyteennetwork.org/index.asp?Type=B_PR&SEC=%7B2AE1D600-4FC6-4B4D-8822-F1D5F072ED7B%7D&DE=%7BB3E92693-FE7D-4248-965F-6AC3471B1E28%7D

A Sexatlas for schools. Sexuality and personal relationships: a guide for the planning and implementation of teaching programmes in this area for primary, junior secondary and senior secondary schools

Producido por: Swedish Association for Sexuality Education (RFSU)

Año: 2004

Acceso: esta guía puede descargarse en inglés y francés de:

Inglés: www.rfsu.se/upload/PDF-Material/sexatlas%20engelska.pdf

Francés: www.rfsu.se/upload/PDF-Material/atlas_sexuel_des_ecoles.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Sexualities: exploring sexualities as a cultural phenomena

Producido por: Swedish Association for Sexuality Education (RFSU)

Año: 2001

Acceso: si desea ordenar el libro sírvase contactar: RFSU, Box 4331, 102 67 Estocolmo, Suecia. Teléfono: + 46 (0)8 692 07 00; Fax: + 46 (0)8 653 08 23; Correo electrónico: info@rfsu.se

Guías de formación docente

Basics and beyond: integrating sexuality, sexual and reproductive health and rights. A manual for trainers

Producido por: Talking About Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Año: 2006

Acceso: si desea ordenar una copia, sírvase contactar: tarshiweb@tarshi.net o tarshi@vsnl.com

Comprehensive sexuality education: trainers' resource manual

Producido por: Action Health Incorporated

Año: 2003

Acceso: este documento puede ser ordenado en forma gratuita de publicaciones Action Health Incorporated mediante el envío de un correo electrónico a: library@actionhealthinc.org

Learning about living: the electronic version of FLHE. North Nigeria, Version 1.1. Teachers Manual 2009

Producido por: One World UK; Butterfly Works; Action Health Incorporated y the Nigerian Educational Research and Development Council (NERDC)

Año: 2009

Acceso: la versión electrónica está disponible en:

www.learningaboutliving.org/north

Si desea mayor información sobre este programa, sírvase enviar un correo electrónico a: info@learningaboutliving.org

National Family Life and HIV Education: teachers guide in basic science and technology

Producido por: Nigerian Educational Research and Development Council (NERDC) con apoyo de UNICEF

Año: 2006

Acceso: si desea ordenar una copia, sírvase contactar: NERDC Headquarters, Lokoja - Kaduna Road, Sheda, P.M.B. 91 Federal Capital Territory, Abuja, Nigeria, o visitar www.nerdcnigeria.org

Currículos

Activity book: Beacon Schools

Producido por: Health Communication Partnership (HCP), Ethiopia

Año: 2005

Access: este libro puede ser descargado del sitio the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health's Center for Communication Programs:

Inglés: www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH178.pdf

Amárico: www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH179.pdf

Oromifa: www.jhuccp.org/legacy/countries/ethiopia/PLETH180.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Becoming a responsible teen (BART): an HIV risk-reduction program for adolescents

Producido por: ETR Associates y Janet S. St. Lawrence

Año: 2005, edición revisada

Acceso: este manual tiene un costo de 54,95 dólares y puede ser ordenado en el sitio ETR Associates: <http://pub.etr.org/>

o por correo electrónico: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Teléfono: +1 (800) 321-4407; Fax: +1 (800) 435-8433. Dos videos opcionales 'Seriously Fresh' y 'Are You With Me?' pueden ser ordenados a un costo de 65 dólares cada uno del sitio Select Media Publishing: www.selectmedia.org o mediante el envío de un correo electrónico a: Select Media, Inc., POB 1084, Harriman, NY 10926, USA

Chela

Producido por: Phoenix Publishers Ltd., Helen O. Mondoh, Owen McOnyango, Lucas A. Othuon, Violet Sikenyi y Johnson M. Changeiywo

Año: 2006

Acceso: si desea ordenar una copia de este libro, sírvase visitar el sitio www.phoenixpublishers.co.ke/order.php o escribir a Phoenix Publishers Ltd., Kijabe Street, Nairobi, POB 18650-00500, Kenya.

Choose a future! Issues and options for adolescent boys and girls in India

Producido por: The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)

Año: 2004 y 2003, edición actualizada

Acceso: si desea más información sobre el programa diríjase al Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), 1133 21st Street NW, Suite 800, Washington DC 20036, USA. Teléfono: + 1 (202) 939-2612; Fax: + 1 (202) 332-4496; www.cedpa.org or from CEDPA/India, C-1 Hauz Khas, New Delhi – 110016, India; correo electrónico: agogoi@cedpaindia.org

Draw the line/respect the line: setting limits to prevent HIV, STD and pregnancy

Producido por: Center for AIDS Prevention Studies/University of California y ETR Associates

Año: 2003

Acceso: los manuales tienen un costo de 21 dólares cada uno y pueden ser ordenados del sitio ETR Associates: <http://pub.etr.org/> o mediante correo electrónico a: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Teléfono: + 1 (800) 321-4407; Fax: + 1 (800) 435-8433.

Facilitating school-based co-curricular activities on HIV and AIDS. Students and teachers learning for an HIV free generation

Producido por: Federal Ministry of Education, Nigeria y Action Health Incorporated

Año: 2007

Acceso: sírvase dirigir sus consultas a: library@actionhealthinc.org

Family life and HIV education for junior secondary schools

Producido por: Action Health Incorporated (en asociación con el Ministerio de Educación del Estado de Lagos, Nigeria). Publicado por Spectrum Books Limited.

Año: 2007

Acceso: sírvase ordenar los documentos en forma gratuita de Publicaciones Action Health Incorporated mediante el envío de un correo electrónico a: library@actionhealthinc.org

Focus on youth: an HIV prevention program for African-American youth

Producido por: ETR Associates

Año: 2009

Acceso: se puede ordenar directamente (a un costo de 59,95 dólares) en el sitio de ETR Associates: <http://pub.etr.org/> o mediante el envío de un correo electrónico a: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Teléfono: +1 (800) 321-4407; Fax: +1 (800) 435-8433.

Good things for young people: reproductive health education for primary schools

Producido por: MEMA kwa Vijana (Tanzanian Ministries of Health and Education, the Tanzania National Institute for Medical Research (NIMR), the African Medical and Research Foundation (AMREF) y the London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)

Año: 2004

Acceso: los documentos se pueden descargar según se señala a continuación:

Teacher's Guide for Standard 5: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-5-English.pdf

Teacher's Guide for Standard 6: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-6-English.pdf

Teacher's Guide for Standard 7: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Guide-Std-7-English.pdf

Teacher's Resource Book: www.memakwavijana.org/pdfs/Teachers-Resource-Book.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Para información sobre cómo obtener la versión en idioma suajili, sírvase contactar a: Annabelle.South@lshtm.ac.uk

Let us protect our future. A comprehensive sexuality education approach to HIV/STDS and pregnancy prevention

Producido por: Select Media

Año: 2009

Acceso: publicación programada para el otoño de 2009

Making proud choices! A safer-sex approach to HIV/STDs and teen pregnancy prevention

Producido por: Select Media, Loretta Sweet Jemmott; John B. Jemmott, and Konstance A. McCaffree

Año: 2006, 3ª edición

Acceso: el paquete básico de documentos tiene un costo de 145,00 dólares (el paquete completo, que incluye cuatro videos opcionales, cuesta 535,00 dólares). Se puede ordenar de Select Media Publishing en su sitio

Web:

<http://selectmedia.org/customerservice/evidence-based-curricula/making-proud-choices/> o mediante correo electrónico a: Select Media, Inc., POB 1084, Harriman, NY 10926, USA.

My future is my choice

Producido por: The Youth Health and Development Programme, UNICEF, Government of Namibia, University of Maryland School of Medicine

Años: 1999 y 2001

Acceso: los documentos pueden ser descargados de: www.unicef.org/lifeskills/index_14926.html

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

National Family Life and HIV Education Curriculum for junior secondary schools in Nigeria

Producido por: Nigerian Educational Research and Development Council (NERDC), Federal Ministry of Education of Nigeria, Universal Basic Education (UBE) y Action Health Incorporated

Año: 2003

Acceso: este documento puede descargarse del sitio: www.actionhealthinc.org/publications/downloads/jnrcurriculum.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Our future: sexuality and life skills education for young people

Producido por: International HIV/AIDS Alliance

Año: 2007

Acceso: los tres libros pueden ser ordenados en forma gratuita de: mail@aidsalliance.org o descargado de los siguientes sitios:

www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_4-5.pdf

www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_6-7.pdf

www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/Our_Future_Grades_8-9.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Our whole lives: sexuality education

Producido por: Unitarian Universalist Association of Congregations (UUA)

Años: 1999 y 2000

Acceso: el costo de estos manuales fluctúa entre 40 y 75 dólares. Se pueden ordenar en el sitio de la UUA en: www.uua.org/religiouseducation/curricula/ourwhole/ o mediante correo postal dirigido a: Unitarian Universalist

Association of Congregations, 25 Beacon Street, Boston, MA 02108, USA. Teléfono: +1 (617) 742-2100; Fax: +1 (617) 723-4805.

Project H: working with young men series

Producido por: Instituto Promundo, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

Año: 2002

Acceso: estos manuales pueden ser ordenados en forma gratuita de: promundo@promundo.org.br o descargados de:

Inglés: www.promundo.org.br/396?locale=en_US

Español: www.promundo.org.br/352?locale=pt_BR

Portugués: www.promundo.org.br/396?locale=pt_BR

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Program M. Working with young women: empowerment, rights and health

Producido por: Instituto Promundo, Salud y Género, ECOS (Comunicação em Sexualidade), Instituto PAPAI and World Education

Año: 2008

Acceso: se puede ordenar una copia impresa de este manual en forma gratuita de: promundo@promundo.org.br

También se puede descargar del sitio:

Inglés: www.promundo.org.br/materiais%20de%20apoio/publicacoes/MANUAL%20M.pdf

Portugués: www.promundo.org.br/materiais%20de%20apoio/publicacoes/TrabalhandocomMulheresJovens.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

El video de este manual se puede ordenar de: www.rumo.com.br/sistema/home.asp?IDLoja=10093. El

videoclip se encuentra disponible en: www.promundo.org.br/354

The Red Book. What you want to know about yourself (10-14 years)

The Blue Book. What you want to know about yourself (15+ years)

Producido por: Talking about Reproductive and Sexual Health Issues (TARSHI)

Año: 2005 y 1999

Acceso: los cuadernillos se pueden descargar de: www.tarshi.net/publications/publications_sexuality_education.asp

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Reducing the risk: building skills to prevent pregnancy, STD and HIV

Producido por: ETR Associates y Richard P. Barth

Año: 2004, 4ª edición

Acceso: el Manual del Capacitador (42,95 dólares), el Cuaderno de Actividades, en inglés o español (juego de cinco, 18,95 dólares) y el Kit de Actividades (39 dólares) pueden ser ordenado del sitio de ETR Associates en:

<http://pub.etr.org/> o enviando correo postal a: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Teléfono: + 1 (800) 321-4407; Fax: +1 (800) 435-8433.

Safer choices: preventing HIV, other STD and pregnancy

Producido por: Karin K. Coyle, Joyce V. Fetro, Richard P. Barth, ETR Associates and Center for Health Promotion Research and Development, University of Texas – Houston, Health Science Center

Año: 2007, edición revisada

Acceso: el juego completo de manuales ‘Safer Choices’, cuadernos de actividades y kit de actividades se pueden ordenar (a un costo de 189,95 dólares) a través del sitio de ETR Associates en: <http://pub.etr.org/> o enviando correo postal a: ETR Associates, 4 Carbonero Way, Scotts Valley, CA 95066, USA. Teléfono: + 1 (800) 321-4407; Fax: + 1 (800) 435-8433.

El documento “Blood Lines” recomendado para utilizar en el Nivel 2 se puede adquirir en formato video/DVD por 149 dólares. En Estados Unidos, ETR Associates ofrece capacitación docente para este programa (training@etr.org).

Stepping stones: a training package in HIV/AIDS, communication and relationships skills

Producido por: ActionAid International y Alice Welbourne

Año: 1999

Acceso: para una vista anticipada del manual vaya a: www.steppingstonesfeedback.org/?page_id=965 o a: www.stratshope.org/t-training.htm.

Puede ser ordenado a bajo costo de 'Teaching Aids at Low Cost' (TALC) en: www.talcuk.org/books/bs-stepping-stones.htm

Today's choices

Producido por: la Universidad de Stellenbosch, Department of Education South Africa y World Population Foundation (WPF)

Año: 2004

Acceso: este programa está disponible en línea en: http://arhp.co.za/todays_choices/. Puede ser descargado e impreso en forma gratuita.

UDAAN: towards a better future. Training manual for nodal teachers.

Producido por: The Centre for Development and Population Activities (CEDPA), India; Jharkhand State AIDS Control Society and Department of Education, Government of Jharkhand, India

Año: 2006

Acceso: para más información sírvase dirigirse a: Center for Development and Population Activities (CEDPA), 1133 21st Street NW, Suite 800, Washington DC 20036, USA. Teléfono: + 1 (202) 939-2612; Fax: + 1 (202) 332-4496, o visitar el sitio: www.cedpa.org.

También se puede obtener información de CEDPA/India, C-1 Hauz Khas, New Delhi – 110016, India. Correo electrónico: agogoi@cedpaindia.org

The world starts with me!

Producido por: World Population Foundation (WPF), Butterfly Works y SchoolNet Uganda

Año: 2003

Acceso: parte del currículo se encuentra disponible en forma gratuita en: www.theworldstarts.org/start/begin.html

Para más información sobre el currículo, consulte: www.wpf.org/documenten/20060809_WSWM_handout.doc o diríjase a la Fundación Mundial para la Población, Vinkenburgstraat 2A, 3512 AB Utrecht, The Netherlands. Teléfono: +31 (30) 239 38 88. Correo electrónico: office@wpf.org.

The world starts with me! Adaptations

Indonesia:

- DAKU! Orientado a escuelas secundarias de Indonesia; desarrollado por World Population Foundation (WPF), Indonesia, 2006.
- MAJU! Orientado a escuelas de educación especial para jóvenes sordos de Indonesia; desarrollado por World Population Foundation (WPF), Indonesia y the Directorate of Special Needs Education (DSE) of the Indonesian Ministry of Education and Culture, 2008.
- Langhka Pastiku! Orientado a escuelas de educación especial para jóvenes no videntes de Indonesia; desarrollado por la World Population Foundation (WPF), Indonesia, the Ministry of Special Education in Indonesia y Yayasan Pelita Ilmu (YPI), 2008.
- SERU! Orientado a instituciones de corrección y rehabilitación juvenil de Indonesia; desarrollado por World Population Foundation (WPF), Indonesia.
- You and me. Orientado a kindergartens de Indonesia; desarrollado por World Population Foundation (WPF), Indonesia y la Fundación Bernard van Leer, 2007.

Kenya:

- The world starts with me! Orientado a escuelas de educación secundaria y jóvenes desfavorecidos de Kenya; desarrollado por World Population Foundation (WPF), Centre for Study of Adolescence (CSA) y NairoBits Digital Design School, Nairobi, 2006.

Tailandia:

- The world turns by my hands! Orientado a escuelas de educación secundaria de Bangkok. Desarrollado por World Population Foundation (WPF) y the Association for the Promotion of the Status of Women (APSW), 2007.

Vietnam:

- Journey to adulthood. Orientado a estudiantes de docencia de la Universidad de Educación de Danang de Vietnam; desarrollado por World Population Foundation (WPF) Vietnam, la Universidad de Educación de Danang, el Departamento de Educación y Formación de Danang y el Instituto Nacional de Ciencias de la Educación, 2009. (Actualmente, se está elaborando una adaptación para escuelas secundarias).

Young men as equal partners (YMEP)

Producido por: el Proyecto YMEP (esfuerzo colaborativo de las asociaciones integrantes de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) de Kenya, Tanzania, Uganda, Zambia y Suecia)

Año: 2008, edición revisada

Acceso: este libro puede ser descargado de:

www.rfsu.se/upload/PDF-Material/YMEPguidebookapril08.pdf

(Requiere el uso del software gratuito Adobe Acrobat Reader®).

Créditos fotográficos:

Fotografía de la portada

© 2000 Rick Maiman/David and Lucile Packard Foundation, Cortesía de Photoshare

© 2009 UNAIDS/O. O'Hanlon

© 2006 Basil A. Safi/CCP, Cortesía de Photoshare

© 2006 UNAIDS/G. Pirozzi.

p.3 © 2004 Ian Oliver/SFL/Grassroot Soccer, Cortesía de Photoshare

p.38 © 2006 Rose Reis, Cortesía de Photoshare

El presente documento *Lineamientos Técnicos Internacionales sobre Educación en Sexualidad*, basado en un riguroso análisis de recientes programas de educación en sexualidad, está orientado a profesionales y a personas responsables de la toma de decisiones de los sectores salud y educación. El presente documento tiene como propósito ayudar a las autoridades de educación, salud y de otros sectores pertinentes, al desarrollo e implementación de materiales y programas de educación en sexualidad impartidos en las escuelas. El *Volumen 1* se centra en aquellos elementos que justifican la educación en sexualidad y ofrece sólidas recomendaciones técnicas sobre las características que todo programa efectivo debe tener. El documento acompañante (*Volumen 2*) cubre los temas y objetivos de aprendizaje que deben formar parte de un ‘conjunto básico mínimo’ sobre educación en sexualidad destinado a niños/as y adolescentes entre las edades de 5 a 18 y más años. Este volumen también incorpora una bibliografía de recursos útiles. El documento *Lineamientos Técnicos Internacionales sobre Educación en Sexualidad* es relevante no sólo para los países más afectados por el VIH y el SIDA, sino también para los que exhiben una epidemia de baja prevalencia y alta concentración.

Sector Educación
División de Coordinación de las Prioridades de las Naciones Unidas en Educación
Sección del VIH y el SIDA
7, place de Fontenoy
75352 Paris 07 SP, France
Sitio web: www.unesco.org/aids
Correo electrónico: aids@unesco.org

Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe
UNESCO Santiago
Enrique Delpiano 2058
Providencia
Santiago
Chile
Sitio Web: www.unesco.org/santiago