

**Evaluación de programas educativos
para jóvenes, como herramientas de
prevención de VIH/SIDA***

**Assessment of youth educational programs,
as a tool for HIV/AIDS prevention**

**Avaliação de programas educacionais para
jovens, como ferramenta de prevenção de
VIH/SIDA**

Fecha de recepción: 20-10-08 Fecha de aceptación: 20-02-09

John Harold Estrada Montoya*



Resumen

El gran número de adultos jóvenes (entre 15 – 24 años de edad) que viven con la infección VIH, adquirida debido a prácticas sexuales no protegidas, resalta en Latinoamérica. Muchos de estos adultos jóvenes son vulnerables a la infección VIH/SIDA por su conducta sexual, el consumo de sustancias ilegales, la falta de acceso a información sobre el VIH y los servicios de salud y también debido a razones sociales y económicas. Los programas de educación en el campo de la salud sexual y reproductiva (considerados exitosos) ayudan a retardar el inicio de la actividad sexual y protegen a los adultos jóvenes sexualmente activos del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual, así como también previenen embarazos no deseados. Los programas de educación mejoran factores contextuales que pueden detener la epidemia aumentando el acceso a educación de calidad, transformando el entorno de desigualdad, valorando la diversidad y promocionando principios como la igualdad, la democracia y el respeto de los derechos humanos.

Palabras clave autor: VIH/SIDA, prevención, educación, jóvenes, evaluación, pedagogía crítica.

Palabras clave descriptor: educación sexual para jóvenes, promoción de la salud, VIH -síndrome de inmunodeficiencia adquirida, prevención y control.

Abstract

The large number of young adults (among 15 - 24 years old) living with HIV infection acquired through unprotected sex practices in Latin America stands out. Many of these young adults are vulnerable to HIV/AIDS infection due to their sexual behavior, the consumption of illegal substances, the lack of access to HIV information and health services and also due to economic and social reasons. Education programs in the field of sexual and reproductive health (considered successful) help delay the initiation of sexual activity and protect sexually active young adults against HIV and others sexually transmitted diseases and also prevent unwanted pregnancies. The education programs improve contextual factors that may stop the epidemic, increasing access to quality education, transforming the environmental inequality, valuing diversity and promoting principles of equality, democracy and respect for human rights.

Key words author: HIV/AIDS, prevention, education, young adults, evaluation, critical pedagogy.

Key words plus: sex instruction for youth, health promotion, HIV (viruses) acquired immune deficiency syndrome, prevention and control.

Resumo

O grande número de adultos jovens (entre 15 e 24 anos de idade) que vivem com a doença VIH, adquirida devido a práticas sexuais não protegidas, resalta na América latina. Muitos desses adultos jovens são vulneráveis à doença VIH/SIDA pela sua conduta sexual, o consumo de substâncias ilegais, a falta de acesso à informação sobre o VIH e os serviços de saúde, e também devido a razões sociais e econômicas. Os programas de educação no campo da saúde sexual e reprodutiva (considerados exitosos) ajudam a retardar o início da atividade sexual e protegem aos adultos jovens sexualmente ativos do VIH e de outras doenças de transmissão sexual, assim como também prevêm gravidezes não desejadas. Os programas de educação

melhoram fatores contextuais que podem deter a epidemia aumentando o acesso à educação de qualidade, transformando o entorno de desigualdade, valorando a diversidade e promovendo princípios como a igualdade, a democracia e o respeito pelos direitos humanos.

Palavras chave: VIH/SIDA, prevenção, educação, jovens, avaliação, pedagogia crítica.

Key words plus: Palabras clave descriptor. Educación sexual para jóvenes, promoción de saúde, VIH – síndrome de inmunodeficiencia adquirida, prevenção e controle.

Introducción

Según cálculos del Programa de SIDA de las Naciones Unidas [1], para julio de 2008 se habían reportado más de 62 millones de personas infectadas por el VIH desde el inicio de la pandemia, de los cuales casi 5 millones contrajeron la infección durante el último año, y de ellas, 800.000 son infantes. Casi 40 millones de personas viven actualmente con el VIH/SIDA y, si no reciben tratamientos adecuados, pasarán a engrosar las filas de defunciones por causa de la enfermedad. La pandemia del SIDA causó más de 3 millones de muertos durante el año 2007, y más del 90% de las defunciones y de las infecciones nuevas ocurren en los países pobres, en donde una mínima parte de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral pueden tener acceso a esta terapia, debido a las barreras generadas por los precios de los medicamentos, a pesar de los esfuerzos de algunos países por ampliar la cobertura [2].

En América Latina y el Caribe la epidemia está bien consolidada y existe el peligro de que se propague de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces [1, 3]. En la región se combinan los factores de desarrollo socioeconómico desigual (en términos de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de analfabetismo y concentración en pocas manos de la riqueza y de la tierra), y gran movilidad de la población, tanto interna como hacia otros países, los cuales favorecen la propagación del VIH. Se calcula que en la región viven con el VIH cerca de 2 millones

de personas, incluidas más de 200.000 que se infectaron en 2007.

En algunos países de la región (Haití, Bermudas, Guyana, Belice, Honduras y República Dominicana) la prevalencia estimada de VIH es de 2 a 5%, y en mujeres embarazadas es igual o superior a 1%, lo cual presenta un panorama preocupante frente a la posibilidad real de una epidemia de grandes proporciones; en estas zonas la epidemia está muy arraigada en la población general, se propaga ya sea a través del coito heterosexual, o desproporcionadamente, entre las comunidades en situación de marginalidad, tales como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las mujeres transgénero, los trabajadores del sexo y los usuarios de drogas inyectadas [1, 4].

Para algunos de estos países, el VIH/SIDA es la primera causa de mortalidad, inmediatamente por debajo de los países del África Subsahariana, con la excepción de Cuba, que ha controlado la epidemia y presenta una tasa de prevalencia en adultos de 0,1% [1, 4-6].

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establecen que la epidemia de VIH es concentrada cuando la prevalencia en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y en



mujeres gestantes no es superior a 1% [7,8]. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a la región andina.

El primer caso de VIH/SIDA en Colombia fue reportado en septiembre de 1983 en una mujer trabajadora sexual de Cartagena, Bolívar. El total de casos notificados de la infección a nivel nacional, desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2005, fue de 46.809. Si se tiene en cuenta un ajuste efectuado a comienzos de 2006 en la base de datos del Instituto Nacional de Salud (INS), al incluir información de la ciudad de Bogotá, este total asciende a 54.805. La tendencia en la notificación ha sido en general hacia el incremento, con un primer periodo, entre los años 1983 y 1993, de ascenso que corresponde al desarrollo progresivo del sistema de notificación, con un pico en 1994, explicado por la campaña de promoción de la prueba voluntaria efectuada durante ese año, y a partir de 1995 se da un comportamiento lineal ascendente, en el que se observa un pico en los años 2001 y 2002 y un ligero declive en el periodo de 2003 a 2005, que coincide con el cambio del administrador del sistema de información [9].

En este último informe se evidencia el comportamiento de la infección por grupos etarios, con un mayor peso proporcional para los grupos de 25 a 29 años, lo que permitiría suponer que las personas adquieren la infección en las primeras décadas de sus vidas, y que la expresión sintomática o el diagnóstico se produce entre la tercera y la cuarta décadas de vida, con un deterioro progresivo de los indicadores de años de vida potencialmente perdidos, años de vida saludables y esperanza de vida al nacer [9]. Para el quinquenio 2000-2004 la mayor proporción de registros corresponde al grupo de edad de 25 a 34 años, con 37,38% (3.597/9.622) seguido del grupo de 35 a 44 años, con 25,99% (2.511/9.622); el grupo de 15 a 24 años aporta el 17,89% (1.721/9.622), el grupo de 45 a 49 años, el

12,03% (1.158/9.622) y, en menores proporciones, los grupos de 0 a 4 años, de 60 o más años, y de 5 a 14 años, respectivamente [9].

La información presentada anteriormente se complementa con la revisión de los indicadores sobre salud sexual y reproductiva (SSR)¹ en América Latina, en los que se destaca el gran número de adolescentes embarazadas y el hecho de que la vía sexual sea el factor más significativo de exposición al VIH entre los adultos de 15 a 45 años, y en particular, entre los jóvenes de 15 a 24 años. Estos dos fenómenos (el embarazo adolescente y la infección por el VIH) presentan elementos comunes, ya que dependen de prácticas sexuales desprotegidas y afectan principalmente a las poblaciones jóvenes, empobrecidas y/o marginalizadas.

Los reportes internacionales y nacionales coinciden en señalar que, paralelamente al aumento de la prevalencia de infección entre la población juvenil, en los países y regiones más afectados por la epidemia, se presenta un aumento del porcentaje de los jóvenes que tienen una iniciación sexual temprana, un alto número de parejas sexuales, relaciones sexuales penetrativas no protegidas, infecciones de transmisión sexual, bajos niveles de conocimiento acerca de ITS/VIH/SIDA, desinformación sobre el uso del preservativo y sobre medidas de prevención en salud sexual y reproductiva, entre otras variables estudiadas [4,10].

Los datos presentados en los últimos informes regionales y mundiales de ONUSIDA, así como en los diferentes eventos internaciona-

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

les, estiman que, del total de personas infectadas y de nuevas infecciones, 50% tienen entre 15 y 24 años [1,5,6]. El África Subsahariana es la región más afectada, ya que le corresponden más de 70% de los jóvenes que viven con el VIH/SIDA y 90% de los huérfanos por SIDA en todo el mundo [1,4].

Juventud y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA

Para muchos adultos en el mundo es difícil admitir que un gran número de jóvenes tienen vida sexual activa desde temprana edad, son sexualmente activos antes del matrimonio, no son monógamos, y no usan regularmente el condón con sus parejas ocasionales o permanentes como medida de protección. En muchos países una proporción significativa de hombres y de mujeres jóvenes tienen actividad sexual antes de los 15 años, y muchos de ellos puede que usen drogas ilícitas como parte de su tránsito de la niñez a la adolescencia [4].

Los jóvenes son particularmente vulnerables a la infección por el VIH/SIDA y en algunos países deben asumir, además, el cuidado de sus padres o de otros parientes infectados. Muchos de ellos son vulnerables debido a su comportamiento sexual, al uso de sustancias ilícitas, a la falta de acceso a los servicios de salud y a información sobre el VIH, y por razones económicas y sociales. El estigma desencadenado por el VIH es particularmente dañino para los jóvenes, dado que están en la edad en que consolidan su identidad y establecen su lugar en el mundo [11].

En la mayoría de nuestras sociedades, la ideología dominante promueve la ignorancia sexual entre las mujeres jóvenes, la mayoría de las veces disfrazada de inocencia. Al mismo tiempo, pocas niñas y mujeres jóve-

nes pueden controlar el cómo, el cuándo y el dónde tienen sus relaciones sexuales [12,13]. Esto también es cierto para países como Colombia, aunque en la población joven radica al mismo tiempo la esperanza de cambiar el curso de la epidemia del VIH/SIDA, si a los jóvenes se les da la oportunidad y el soporte requerido para hacerlo.

La vulnerabilidad de la gente joven se deriva del escaso conocimiento acerca de los mecanismos de transmisión de la infección y del poco o nulo conocimiento sobre la manera de evitarla. Millones de personas jóvenes en el mundo nunca han oído hablar del VIH, y muchos más tienen concepciones erradas (conocimientos inadecuados) sobre la infección. A esto se suma la inequidad en el acceso a información acerca del VIH que muchas mujeres jóvenes experimentan en la mayoría de países, frente a los hombres de la misma edad, y cuando se analiza el nivel de escolaridad de hombres y mujeres jóvenes en el mundo, dicha situación de inequidad se hace aún más evidente. Diversos factores biológicos, sociales y económicos hacen que las mujeres jóvenes sean especialmente vulnerables al VIH, lo que en ocasiones las conduce a la infección poco después de haber iniciado su actividad sexual [11,12].

Educación y VIH/SIDA

Los programas educativos sobre salud sexual y reproductiva, si son de calidad, ayudan a retrasar el inicio de la actividad sexual, y protegen del VIH a los jóvenes sexualmente activos, así como de otras enfermedades de transmisión sexual y del embarazo [14]. El curso futuro de la infección del VIH depende en gran parte de los esfuerzos que se realicen para prevenir la infección de la gente joven, ya que en ella reside una gran fuerza potencial para el cambio.



Los programas de prevención para gente joven escolarizada son un componente esencial de los esfuerzos de cualquier nación por disminuir el VIH. Los años anteriores han dejado algunas lecciones importantes sobre cómo hacerlo efectivamente; los programas deben ser sostenidos, comenzar desde antes de la pubertad, y deben ser continuos durante todos los años escolares.

Muchas autoridades civiles y religiosas se resisten a esta idea por pensar que la iniciación sexual se precipitaría. Sin embargo, la edad de esta es determinada por una amplia variedad de factores, y la importancia de hábitos saludables, incluidos los relacionados con las ITS y el VIH, debe ser abordada a edad temprana en el hogar y en la escuela. La educación para la prevención debe ser comprensiva y proporcionar un balance apropiado a cada edad de temas tales como el desarrollo, la reproducción y la sexualidad y, sobre todo, debe propiciar la discusión de actitudes y la posibilidad de tomar decisiones consensuadas [15].

Hay otros aspectos para destacar en los programas exitosos; el primero es la consistencia de los mensajes: los currículos exitosos proveen y refuerzan mensajes claros acerca del riesgo de la actividad sexual juvenil y de cómo realizar un encuentro sexual sin riesgo, o de cómo protegerse de embarazos no programados y de ITS, lo cual requiere, obviamente, docentes entrenados que sopor-ten y potencien los programas. Lo segundo es que estos programas deben hacer una exploración de las creencias locales, de los sistemas de valores aceptados por la comunidad, y de los mitos e ideas que circulan entre la gente joven.

Los programas destinados a los jóvenes deben, por lo tanto, contrarrestar aquellas normas sociales relacionadas con la sexualidad que resultan perjudiciales y conducen a

incrementar el riesgo; deberían, entre otros temas, fomentar discusiones sobre la educación de los niños y las niñas, cuestionar los conceptos de masculinidad y feminidad, y los estereotipos de género basados en la desigualdad; deberán animar a los jóvenes a hablar entre ellos y con sus parejas sobre el sexo, la violencia, el consumo de drogas y el SIDA, y educar sobre las responsabilidades sexuales y reproductivas masculinas y femeninas.

Sería conveniente estimular en las jóvenes la autoafirmación, de tal manera que adquieran aptitudes para consensuar sus relaciones afectivas y sexuales, y las decisiones referentes a la procreación; educar sobre la democratización de las relaciones afectivas; apoyar las acciones para reducir la violencia masculina en las esferas pública y privada, incluidas las violencias doméstica y sexual, y fomentar la comprensión y la aceptación de personas que ejercen opciones de sexualidad diferentes [12].

La Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS) en junio de 2001 [16], así como la UNESCO [17,18], el UNAIDS [19], la UNICEF [20], la OMS [21] y el Banco Mundial [22], entre otros, han señalado a la educación como la principal herramienta para alcanzar en los próximos años (en una primera etapa, hasta el año 2015) disminuir la prevalencia de la infección en casi 25%, particularmente entre los jóvenes.

El concepto de educación para la prevención no corresponde a una categoría única, sino que refleja diferentes visiones de la realidad social, imperantes en un momento determinado, y se considera que tiene carácter provisional, en ausencia de una herramienta definitiva para controlar la transmisión de la enfermedad. Esquemáticamente, en estos años se han utilizado tres enfoques teóricos para la prevención: 1) epidemiológico-

conductual —década de 1980—, 2) antropológico-conductual —década de 1990— y 3) político-económico —siglo XXI—. Estos enfoques han sido desarrollados de manera secuencial, responden a distintas ópticas de prevención, cada uno representa un nivel mayor de inclusión con relación al anterior, y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de las poblaciones en las que se desarrollan las acciones de prevención [23].

En nuestro país, el Ministerio de la Protección Social publicó en enero de 2003 la Política nacional en salud sexual y reproductiva para los años 2004-2007 y en noviembre de 2004, el Plan Intersectorial de Repuesta ante el VIH/SIDA. En dichos documentos se da capital importancia al trabajo educativo con jóvenes, escolarizados o no, como herramienta fundamental para controlar el curso de la epidemia y apuntar así al cumplimiento de los objetivos internacionales, denominados objetivos del milenio por la OMS, dentro de los cuales está el de reducir la magnitud de la epidemia del VIH/SIDA en todo el mundo [2]. La política [24] plantea seis programas clave (uno de ellos denominado “Prevención y atención de ITS/VIH/SIDA”), cada uno de los cuales deberá desarrollar cuatro puntos: 1) formulación, desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación y comunicación; 2) coordinación intersectorial e interinstitucional; 3) fortalecimiento de la gestión institucional, y 4) fortalecimiento de la participación.

En el desarrollo de la estrategia de coordinación intersectorial e interinstitucional relacionada con el programa de ITS y VIH/SIDA se invita a que:

Los proyectos educativos institucionales contemplen proyectos que promuevan estilos de vida saludables y proyectos de educación sexual que tengan en cuenta la educación

para una sexualidad integral basada no solo en la genitalidad sino en todos los elementos psicosociales que configuran una sexualidad sana y responsable [24].

Igualmente, se propone:

Se realicen proyectos de educación no formal e informal para que las organizaciones de la comunidad y muy especialmente los adolescentes, fortalezcan sus conocimientos, actitudes y prácticas en lo que tiene que ver con la transmisión de ITS, VIH [24].

La necesidad de educación para la prevención del VIH/SIDA surge de los tipos de desconocimiento estrechamente asociados con la epidemia; esta educación es el fundamento para el desarrollo de comportamientos que pueden reducir el riesgo y la vulnerabilidad, las dos características que contribuyen a propagar el VIH. La educación es el instrumento más importante para reducir la vulnerabilidad personal a la propagación del VIH: puede dar a las personas la capacidad de tomar decisiones libres e informadas, especialmente acerca de las relaciones sexuales consensuadas y de la utilización de preservativos. La educación basada en el desarrollo de habilidades para la vida corriente, destinada a promover la toma de conciencia y desarrollar las actitudes y competencias que reducen el comportamiento arriesgado, son exitosas si se implementan sistemáticamente [19].

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

Educación para la prevención del VIH/SIDA significa ofrecer a todos oportunidades de aprendizaje para que adquieran y desa-



rollen el conocimiento, las competencias, los valores y las actitudes que limitarán la transmisión y el impacto de la pandemia, incluyendo el acceso a la atención y el asesoramiento psicológico, así como a la educación para el tratamiento. Asimismo, significa, gracias a la mejora de la prevención y la planificación, limitar el impacto del VIH/SIDA en el sector de la educación, preservando así las funciones esenciales de los sistemas educacionales[25].

Se reconoce que la educación sola no puede modificar el entorno en el que la epidemia cobra sus víctimas, y que deben combinarse acciones de prevención con tratamiento oportuno y de calidad para las personas afectadas [26]. Sin embargo, la educación es un elemento clave de la respuesta, y en aquellos países donde la epidemia ha empezado a descender ha resultado ser un componente fundamental de los programas nacionales frente al VIH [1]. Ella brinda el conocimiento y promueve las actitudes y comportamientos requeridos para combatir la epidemia. Ampliar el acceso a una educación de calidad para todos, y transformar el entorno de desigualdad entre los sexos, valorando la diversidad y el contexto, es vital para mejorar factores contextuales que pueden detener la epidemia, así como el impulso a conceptos tales como la igualdad, la democracia y el respeto a los derechos humanos [27]. Donde el ritmo de la infección ha disminuido, la educación ha sido el factor principal que explica esta disminución [17].

La educación, formal o informal, contribuye al esfuerzo de la prevención: el conocimiento adquirido brinda protección contra la vulnerabilidad individual y proporciona instrumentos para comprender y evitar el riesgo. Igualmente, crea contextos en los que la epidemia puede ser discutida y comprendida, y en los que las personas infectadas y afectadas son aceptadas por la sociedad.

La educación para la prevención debe tener en cuenta las mentalidades, y la cultura en la que estas se arraigan, a fin de generar las actitudes, desarrollar las competencias, sustentar las motivaciones necesarias para cambiar el comportamiento y reducir los riesgos y la vulnerabilidad. Hoy en día, la educación para la prevención es la mejor de las vacunas [25].

En la 1ª Reunión general del Comité Técnico Consultivo (CTC) sobre VIH/SIDA/ITS de la OPS [28] se llegó a la conclusión de que, para lograr una educación óptima en VIH para jóvenes, los contenidos de los programas deben estar basados en la evidencia. Los participantes en el Panel de juventud de la reunión de enero de 2005 detallaron algunos de los elementos imprescindibles de la educación juvenil en VIH, además de los desafíos y proyectos actuales, así:

- Los jóvenes necesitan participar en intervenciones que reduzcan su vulnerabilidad ante el VIH.
- Los jóvenes que ya están infectados precisan de una ayuda enfocada a prolongar la vida sexual activa y disminuir al máximo el riesgo de transmisión adicional; esto se consigue con estrategias nacionales y locales.
- Se deben evaluar las intervenciones creativas y las mejores prácticas.
- El uso de fondos públicos en programas cuyos contenidos no están apoyados por la evidencia se corrige asegurándose de que las intervenciones con dinero público tengan una base científica.

En América Latina y el Caribe, algunos de los retos identificados fueron lograr la cooperación interagencial coordinada y validada, establecer una política sólida sobre la educación sexual y reproductiva de jóvenes, la evaluación de indicadores específicos en la

población juvenil y capacitar a jóvenes como agentes de cambio[28].

Muchas y variadas han sido las intervenciones educativas destinadas a jóvenes, encaminadas a disminuir la prevalencia de la infección por el VIH, desde asesorías a través de líneas telefónicas, folletos o cartillas ilustrativas, afiches, conferencias, películas, obras de teatro, avisos en radio y televisión, educación a través de la Internet, hasta cursos y talleres de formación y capacitación en prevención en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/SIDA, de duración variable [29].

En los sitios donde estas acciones han sido aplicadas de manera sistemática, se han observado disminuciones del crecimiento de la infección y se siente optimismo frente al éxito de las acciones educativas; sin embargo, al revisar la literatura, no queda claro cómo se evaluaron estas acciones, si se puede atribuir a ellas toda la disminución de las tasas de prevalencia, o si esta se debe a una conjunción de factores aún no dilucidados [1,6,13,20,25,30].

Evaluación de estrategias de educación

Es de resaltar que la propuesta de evaluación que subyace o yace frontalmente en los discursos de los organismos internacionales es empleada bajo criterios altamente conservadores y economicistas, entre los que priman la eficacia y la eficiencia, lo que los lleva a centrarse en lo observable y medible, en fin, en lo objetivable.

Entonces, la calidad de la que se habla en estos organismos no da cuenta de procesos, de formación de valores, de formas de pensamiento, de constitución de personalidad, ni del desarrollo de bienes culturales en las

regiones o países donde se impone. La evaluación por ellos concebida e implementada se vincula directamente con los conceptos de valorar o cualificar, pero en la práctica lo que termina haciendo es medir y cuantificar, para jerarquizar y excluir [31].

Un aspecto menos explícito de la evaluación de la calidad por los organismos internacionales es el control burocrático que ejercen sobre las escuelas y otras instituciones educativas, al exigirles, desde una perspectiva de gerencia, que muestren una serie de resultados, logros y metas, los cuales suelen ser definidos externamente a las instituciones, y que, al ser implementados verticalmente, refuerzan los controles burocráticos y presupuestales sobre las instituciones [32,33].

Las categorías de “calidad” y “evaluación” son inicialmente ajenas al ámbito educativo; habiendo sido acuñadas por la industria estadounidense a principios del siglo XX, cuando fueron impuestos en su territorio, y por extensión, a todo el mundo capitalista, los modelos de Taylor y de Ford para la producción en serie a gran escala. Si nos atenemos a la etimología de “calidad”, nos encontramos de lleno en el plano cualitativo, en tanto “qué” o “naturaleza”; sin embargo, su significación ha sido cooptada y vertida, con un contenido distorsionado, al plano educativo individual y colectivo, donde ha asumido nuevos significados que tienen que ver más con el discurso de cumplimiento de objetivos, alcance de logros o metas, eficacia y eficiencia [34].

A pesar de los enormes desarrollos y avances, desde fines de la década de 1970, de otras miradas y enfoques anti-hegemónicos sobre las categorías calidad y evaluación, la implementación a sangre y fuego de la ideología neoliberal —en particular después del derribamiento del socialismo europeo, de la mengua de proyectos revolucionarios



triumfantes, y del repliegue del movimiento obrero internacional— ha contribuido a imponer un discurso neoconservador único, que en el campo de la evaluación de la calidad se alinea acríticamente con las metodologías cuantitativas-experimentales que permanentemente refuerzan, encubierta o explícitamente, el discurso y los lenguajes del neoliberalismo, los cuales han asumido, en palabras de Pierre Bordieu [35] la categoría de “vulgata planetaria”.

Durante la Revolución Industrial, y en particular a principios del siglo XX, la calidad de la educación se evaluaba indirectamente por el éxito de los estudiantes de primaria o secundaria en la inserción laboral, en particular por la destreza de los obreros en el manejo de las máquinas; para entonces, el interés por la formación radicaba en que esta hacía más rentable la producción. A lo largo del siglo XX, en los 60, ante el aumento de la inversión en educación, se diseñaron investigaciones evaluativas para establecer la relación costo-beneficio; en los 70 asistimos al concepto “rendición de cuentas” que permea el discurso de las políticas de evaluación educativa; para los 80, desde Japón, con la superación del modelo Ford de producción, y la implementación del modelo Toyota, nos llegan los famosos círculos de calidad y la noción de “calidad total” que, rápida y acríticamente, penetra los discursos de la evaluación educativa.

Se iba imponiendo cada vez más la premisa de “máximo rendimiento, a menor costo” y la urgencia de encontrar modelos de eficacia y eficiencia que pudieran ser trasplantados a otras instituciones educativas, sin importar la diversidad étnica-cultural, ni los contextos geográficos, políticos o sociales en que se desenvolvían [34].

Detrás de lo anterior está la mano poderosa de los organismos financieros internacio-

nales, que con argumentos poco creíbles y acomodados a su antojo, o con categorías novedosas pero vacías de contenido, señalan el camino de la privatización y de la reducción de la participación estatal en la educación como el único posible para superar la crisis de financiamiento del gasto social por ellos denunciada, sin tomar en cuenta otras alternativas posibles. En los criterios rectores de la evaluación, la formación del sujeto es desplazada de los fines de la educación, para instalar una finalidad dominante: la competencia del mercado y el capital.

No puedo dejar por fuera del análisis de la relación entre educación y VIH/SIDA, la influencia de los contextos socio-culturales en los que se dan los procesos educativos. Debemos considerar los intereses en juego, las distorsiones que provocan y las ideologías que los mueven, y tener en cuenta sus amplias repercusiones. Muchos de los conceptos expresados en el discurso pedagógico de agencias internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, surgieron décadas atrás en contextos muy conservadores, en los que primaba la preocupación por la disciplina de los cuerpos, en particular de la sexualidad juvenil, y por la conservación del orden establecido, que condujo a enfoques técnicos que garantizaban respuestas eficaces para el control y la disminución de la transmisión, con concepciones altamente prescriptivas y normativas [23,27].

En el campo de la evaluación de programas de educación en VIH/SIDA destinados a jóvenes, se encuentra que la mayoría de las experiencias sometidas a examen corresponden, en el plano de los contenidos, a programas fundamentados en la abstinencia, y una minoría, a programas que involucran otras categorías más incluyentes y democratizadores (métodos de anticoncepción y respeto a la diversidad sexual). En el plano de lo metodológico, la casi totalidad de

las experiencias son evaluadas con modelos tradicionales positivistas y cuantitativos (de corte experimental o cuasi experimental) [36], incluida una experiencia colombiana [37].

Otra tendencia es la de diferenciar si se trata de evaluación de procesos, evaluación de resultados o de cambio, o evaluación de la relación causa-efecto [38]. Una tendencia acentuada en los gobiernos neoliberales, con gran número de publicaciones, es aquella que evalúa la relación costo-efectividad, a partir de una consideración económica del problema [39-41]; la mirada alternativa o cualitativa queda reducida a poquísimas experiencias, lo que no permite una perspectiva global ni un análisis equitativo (y menos aun de tipo comparativo) de las diferentes tendencias en evaluación, trasladadas y aplicadas al plano de los programas formales de educación en VIH/SIDA; se requieren, por tanto, experiencias teórico-metodológicas fundamentadas en metodologías cualitativas [42,43] y en particular, aproximaciones derivadas de la teoría crítica de la sociedad y de su correlativo en educación, las pedagogías críticas [44-48].

Las pedagogías críticas acentúan su preocupación y su atención por el mundo de las aulas y demás espacios educativos; lo que se produce, cómo se produce, de quién es el conocimiento, cómo llegó a ser oficial, cuál es la relación entre ese conocimiento y quienes detentan el poder económico, social y cultural en la sociedad, y en fin de cuentas, a quién sirve este conocimiento [49]. Los teóricos de las pedagogías críticas han abordado profusamente las relaciones del contexto con el mundo de la escuela y de otros escenarios educativos, en las categorías de género, etnia y, particularmente, la de clase social [50-53], pero el desarrollo de la temática relacionada con la evaluación ha sido insuficiente. Dentro de este último apartado son de destacar los aportes en materia de evaluación crítica propuestos por los

investigadores Juan Manuel Álvarez-Méndez [31] y Stephen Kemmis, quien propone siete principios teóricos que deben ser aplicados a la hora de enfrentarse a una evaluación de programas educativos [54,55].

Al realizar una revisión de la literatura y establecer el estado del arte [27,56] para evaluar los efectos de la educación sobre la salud sexual y el VIH/SIDA, encontramos un estudio pionero realizado por el ONUSIDA, que ha llegado a ser emblemático en este campo [57]. Se realizó una revisión de 68 informes localizados, con la estrategia de medicina basada en la evidencia, de 13 bases de datos internacionales. De 53 estudios que evaluaban intervenciones específicas, 27 concluían que la educación sobre salud sexual ni aumentaba ni disminuía la actividad sexual, ni las tasas de embarazo, o de ETS. 22 estudios señalaban que dicha educación retrasaba el comienzo de la actividad sexual, o reducía el número de parejas, o rebajaba las tasas de embarazos y de ETS. Tres estudios reportaban aumento de la actividad sexual con la educación.

De este grupo de estudios, los autores concluyen que hay pocas pruebas para afirmar que la educación sexual promueve la promiscuidad sexual, aunque aclaran que hay reparos metodológicos y de diseño que comprometen dicha afirmación. Sin embargo, destacan factores positivos, que sugieren sean incorporados en futuros programas, así como mecanismos para evaluar su impacto. La iniciación sexual de los jóvenes se produce entre los 13 y los 19 años, con variaciones según los países; la mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones antes de cumplir los 20, y al menos la mitad, en torno a los 16. La utilización de anticonceptivos y la prevención de ITS varían según la edad de iniciación sexual; es decir, que mientras mayor es la edad de inicio de relaciones, mayor es la probabilidad de usar preservativo.



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

En esta revisión de ONUSIDA se clasifican los estudios de acuerdo con su diseño metodológico, así:

- Estudios de intervención controlados. 15 estudios en Estados Unidos hallaron resultados homogéneos y, por el rigor de su diseño, permiten deducir que la educación sexual no provoca una mayor actividad sexual, sino que, por el contrario, puede lograr que los jóvenes hagan elecciones más seguras y responsables.
- Otros estudios de intervención. En esta categoría caben 38 estudios, que muestran que la educación puede mejorar la seguridad de las relaciones sexuales, sin redundar en una mayor actividad sexual.
- Estudios comparativos internacionales o nacionales. Los cinco estudios disponibles indican que en los lugares y en las épocas en los que ha existido una política abierta y liberal, al tiempo que se impartía educación sobre salud sexual,

y se prestaban servicios afines, se han dado tasas inferiores de embarazos, de natalidad, de abortos y de ITS.

Del análisis anterior se puede concluir que la educación sexual representa un recurso valioso para moldear el contacto sexual entre los jóvenes, pero que ella no suele ser el elemento más influyente, de manera que su potencial debe evaluarse en el contexto de otras influencias sobre la salud sexual de los jóvenes [57].

Continuando con la revisión de la literatura, llama la atención el nombre de Douglas Kirby quien, con su equipo de trabajo, desde 1981 [58-61] viene trabajando sobre la evaluación de programas de educación sexual, VIH y SIDA, en Estados Unidos y a nivel internacional. Este autor orientó una de sus líneas de trabajo de investigación, a la evaluación de programas basados en la abstinencia, tendencia que ganó fuerza en el gobierno estadounidense durante el gobierno de George Bush, padre, y que se profundizó en los dos periodos de George Bush hijo, en los cuales los recursos federales para prevención del VIH/SIDA se vieron condicionados a la implementación de programas educativos formales basados en la abstinencia como único método de prevención contra la infección. A esta metodología se le conoce como metodología "A", por la inicial del término "abstinencia"², en contraposición con la denominada metodología "ABC", por las iniciales de "*abstinence, be faithful, condom use*"³.

La propuesta de educación basada en la abstinencia y la postergación del debut sexual para después del matrimonio no es gratuita, ya que recoge y expresa las tendencias que, en el campo de la política social en general y en la educación en particular, se han venido

2 Abstinencia sexual.

3 Abstinencia sexual, fidelidad, uso de condón.

presentando en las últimas décadas, con mayor auge después de la derrota del socialismo europeo [62], cuando las corrientes y los grupos neoconservadores, o nueva derecha⁴, asociados con el pensamiento neoliberal, se han impuesto hegemónicamente sobre los sectores progresistas en casi todo el planeta, fenómeno que en el campo educativo se expresa en una concepción normativa y controladora de la escuela, de la enseñanza-aprendizaje y, por supuesto, de los actores involucrados (alumnos y maestros), así como en un rescate de valores tradicionales tales como la familia, la propiedad, la fidelidad, el cumplimiento de las normas y la disciplina del cuerpo por la vía de la educación [34,46,64].

Conclusiones y propuesta

De los trabajos de evaluación educativa podemos señalar que los programas exitosos en cuanto al retraso de la iniciación sexual y al aumento del uso de preservativos presentan uno o más de los siguientes rasgos [65,66]:

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

4 Michael Apple define la nueva derecha como la alianza ideológica conformada por personas y grupos económicos neoliberales, que abogan por soluciones de mercado para los problemas educativos, por intelectuales neoconservadores que quieren el regreso a los altos estándares sociales y una "cultura común", por sectores religiosos preocupados por la creciente secularización de la educación y que respaldan la conservación y diseminación de las tradiciones religiosas y morales y, finalmente, por una clase media emergente, comprometida con la ideología de medición, rendición de cuentas y técnicas gerenciales aplicadas a la educación. Para esta alianza, dice Apple, "los objetivos en educación son los mismos que guían sus procesos económicos y de bienestar social: dramática expansión del mercado libre, drástica reducción de las responsabilidades de los gobiernos en la solución de problemas sociales y reforzamiento de estructuras educativas altamente competitivas dentro y fuera de la escuela". (Citado por Gómez [63]).

portamentales del comportamiento respaldaban las intervenciones;

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

La UNESCO, por su parte, al señalar las características que debe tener en cuenta un



programa destinado a jóvenes, puntualiza el énfasis en la cooperación de múltiples actores de la sociedad civil, y enfatiza que el aprendizaje acerca del VIH/SIDA tiene más impacto sobre el comportamiento cuando se imparte en un contexto de aprendizaje de competencias para la vida corriente y para el desarrollo del sentido de responsabilidad y confianza en sí mismo [25].

Frente a las conclusiones de los estudios de evaluación a programas de educación basada en la abstinencia⁵, la American Foundation for AIDS Research (AMFAR) [67] encuentra que el principal objetivo de estos programas es enfatizar la postergación de las relaciones sexuales hasta el momento del matrimonio, y en las directrices que los acompañan se prohíbe tajantemente hablar de temas tales como técnicas de prevención, uso de condones o diversidad sexual. Otros programas, de menor escala, y que no reciben fondos federales, denominados “AB PLUS”, incluyen en sus contenidos la discusión de alternativas de planificación sexual para jóvenes sexualmente activos. Los resultados de las revisiones sistemáticas de literatura con este tipo de estudios muestran lo siguiente:

Las más rigurosas revisiones publicadas para evaluar 28 programas de educación en EEUU y Canadá, cuyo propósito es reducir el embarazo adolescente y las ITS, incluido el VIH, encontraron que ninguno de los tres programas basados únicamente en la abstinencia que cumplieron con los criterios de inclusión de la revisión, demostraron

evidencia de eficacia para demorar el debut sexual[67].

Además, “estos programas no reducen la frecuencia del sexo ni el número de parejas entre aquellos estudiantes sexualmente activos”, mientras que nueve programas “AB plus” mostraron efectividad para retrasar el debut sexual así como para reducir el número de encuentros sexuales y para incrementar el uso del preservativo una vez comenzada la actividad sexual. Por otra parte, en países subdesarrollados donde se han implementado programas de prevención con fondos estadounidenses, se encuentra que de 15 evaluados, solo cinco muestran eficacia para posponer el debut sexual, y al revisar 11 programas del mismo tipo en África se encuentra que solo uno fue efectivo en posponer en el mismo sentido [68]. Las conclusiones son tajantes frente a los programas basados en la abstinencia, toda vez que la evidencia científica no soporta la política gubernamental de Estados Unidos dirigida a los jóvenes. Al contrario, afirman los investigadores:

La evidencia científica sugiere que invertir en educación sexual comprensiva que incluya soportes para la abstinencia, pero que provea información para reducción del riesgo será una más efectiva estrategia de prevención dirigida a gente joven[67].

En la parte final del estudio, se señala que los programas educativos son considerados exitosos, si:

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

5 En este estudio, la fundación resalta la implementación en el año 2003 del Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (sus siglas en inglés son PEPFAR), el cual contiene un mandato específico de destinar un tercio de todos los recursos destinados para prevención, a programas enmarcados solamente en la abstinencia, o en la abstinencia y la fidelidad, programas que en total recibieron para el periodo de 2005 la suma de US \$167 millones.

3. Proveen información básica acerca de los riesgos de la sexualidad juvenil;
4. Promueven actividades para enfrentar la presión social que influencia la actividad sexual;
5. Ofrecen herramientas comunicativas para consensuar o rehusar relaciones sexuales no deseadas;
6. Tienen en cuenta, entre las influencias del comportamiento de los jóvenes, factores como la edad, la cultura y la experiencia específica y, por último,
7. Son de una duración suficientemente prolongada.

En los últimos 5 años el grupo liderado por Kirby es el más prolífico en la publicación de artículos y textos relacionados con la evaluación de proyectos en salud sexual y VIH e insisten en resaltar los factores que protegen a los jóvenes o que los hacen vulnerables ante ITS y el VIH [67,68], así como en los elementos estructurales que debe tener todo programa educativo para ser considerado exitoso. Producto del acumulado teórico y metodológico de los más de 25 años de experiencia en evaluación de proyectos, los autores destacan 17 características que deben ser tenidas en cuenta cuando se piensa en la implementación o en la evaluación de un programa educativo destinado a jóvenes [69,70]. Dichas características son agrupadas en tres categorías, así:

1. Características que describen el desarrollo del currículo; para desarrollar currículos efectivos estos deben:
 - a. Incluir múltiples individuos o grupos expertos en diferentes áreas del diseño de currículos.
 - b. Valorar las necesidades relevantes y el capital cultural, o los activos de la gente joven a la que se dirige el programa.
2. Características que describen los contenidos del currículo: los propósitos y los objetivos, las actividades y los métodos de enseñanza. Los currículos son efectivos, si:
 - a. Se enfocan en al menos una de tres metas en salud (prevención del VIH, prevención de otras ITS y prevención del embarazo no deseado).
 - b. Se enfocan en comportamientos específicos para esas metas en salud, dan mensajes claros acerca de los comportamientos y las situaciones que permiten alcanzar unos y evitar otros.
 - c. Se enfocan sobre factores específicos, sexuales y psicosociales, que afectan el comportamiento y cambian algunos de esos factores.
 - d. Intentan crear un entorno seguro para los jóvenes participantes.
 - e. Incluyen múltiples actividades e instrucciones diseñadas para cambiar cada uno de los riesgos seleccionados y de los factores de protección protectivos.
 - f. Emplean métodos de instrucción que involucran activamente a los participantes, que les ayuden a personalizar la información, y que son diseñados para cambiar cada grupo de factores de riesgo, o para promover a los factores protectores.
 - g. Emplean actividades, métodos y mensajes de comportamiento que son



- adecuados a la cultura, al desarrollo etario y a la experiencia sexual de los jóvenes.
- h. Cubren los tópicos en una secuencia lógica.
3. Características que describen la implementación del currículo; los programas son efectivos, si:
 - a. Cuentan con un mínimo soporte de las autoridades nacionales o regionales.
 - b. Son implementados por educadores con características deseadas (como formación en salud, sexualidad y VIH), con buen entrenamiento, y a quienes se les provee monitoreo, supervisión y soporte a sus actividades.
 - c. Se implementan actividades que favorezcan el ingreso y la permanencia de los jóvenes en el programa, tales como transporte, refrigerios o eliminación de obstáculos que podrían impedir su asistencia continuada.
 - d. Se implementa el currículo de acuerdo con el diseño propuesto.

En nuestro país, son notorias las intervenciones que desde el Estado, las ONG o el sector académico público y privado se han realizado para tratar de disminuir la progresión de la infección del VIH/SIDA; sin embargo, al indagar por programas formales de educación dirigidos a jóvenes, el inventario es mucho menor, y se reduce a las propuestas derivadas del plan intersectorial de respuesta al VIH/SIDA [24] o de la Política nacional de salud sexual y reproductiva [71] o a experiencias de corta duración de algunas universidades públicas y privadas. De dicho inventario es de destacar que en la Universidad Nacional de Colombia ha funcionado un curso formal del componente flexible que aborda la temática de la infección por el VIH/SIDA⁶, dirigido

6 Esta propuesta educativa para adolescentes y universitarios tiene como objetivo aportar elementos

a la población estudiantil de las distintas facultades [23,72].

La diversidad y la poca sistematización de las experiencias de evaluación cualitativa disponibles en esta revisión de la literatura no permiten, al menos por ahora, alcanzar una visión de conjunto que permita evaluar las experiencias de programas de educación formal en el país; por tanto, estamos en el proceso de realizar una investigación evaluativa cualitativa que pueda ser aplicada a programas formales educativos y en particular a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El enfoque cualitativo, al interactuar con los sujetos, da bases para entender las relaciones de estos entre sí y las de estos con los lineamientos de la Política, pues se interesa, sobre todo, por los procesos y no por los datos como resultado final, lo que lo hace particularmente interesante comparado con los enfoques tradicionales. La investigación se basa en las pedagogías críticas [47,48,50,51,53,73], particularmente en los principios de evaluación crítica de programas curriculares planteados por Stephen Kemmis, de la Universidad de Deakin (Australia) [54,55].

que contribuyan a la comprensión de la infección por VIH y colaborar con la disminución de su incidencia formando a los jóvenes como multiplicadores de la propuesta. Se estructura como un curso o seminario de 15 sesiones de tres horas cada una, y tres horas semanales de trabajo autónomo. La experiencia tiene varios años de implementación en la Universidad Nacional de Colombia, ha capacitado a 300 jóvenes universitarios, ha tenido reconocimientos nacionales e internacionales (en Panamá, Cuba, Brasil, El Salvador, Tailandia y México), y es considerada por los estudiantes como un proyecto educativo primordial e imprescindible para la vida universitaria. La propuesta es pionera en educación formal en Latinoamérica y se ha convertido en un valioso aporte para el trabajo de promoción y de prevención frente al VIH/SIDA, por su aplicabilidad a población escolarizada o no (marginales, desplazados y confinados), y por su flexibilidad metodológica, que permite el despliegue creativo y las particularidades pedagógicas que integran los saberes de los jóvenes.

La utilización de las pedagogías críticas permite el reconocimiento de la investigación evaluativa como un proceso que facilitará a las personas relacionadas con el programa de la Política, descubrir los distintos significados de sus acciones educativas, organizar las acciones pertinentes para superar las limitaciones y, lo que la caracteriza frente a otras pedagogías, emanciparse de las prácticas hegemónicas presentes en los discursos de la política oficial, y derivados a su vez de los lineamientos trazados por organismos internacionales tales como el Fondo Monetario Internacional, la UNESCO y el Banco Mundial.

La evaluación formativa, tal como la proponen los pedagogos críticos, es altamente participativa, o por lo menos tiene en cuenta que sus principales destinatarios son los alumnos, los docentes y las instituciones involucrados en el proceso, y hará disponible una mayor cantidad de información para el mejoramiento del proceso evaluado. Una propuesta alternativa, como esta, debe dar cuenta de la amplitud y de la complejidad del proceso educativo de enseñanza-aprendizaje, por cuanto está intrínsecamente conformado por bienes simbólicos o por recursos de capital cultural-simbólico (en el sentido de Bordieu), que son difíciles de estimar o de medir con las herramientas y las directrices del paradigma dominante de evaluación cuantitativa.

Referencias

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Ginebra: Autor; 2008.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Francia: OMS 2004.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial. García A, Nogue I, Cowgill K. Editores. El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros. Publicación científica y técnica No 597. Washington: OPS; 2004.
4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS). Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra: ONUSIDA y OMS; 2004.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Ginebra: Autor; 2006.
6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Ginebra: Autor; 2007.
7. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Vigilancia del SIDA en las Américas. Washington: Autores; 2004.
8. Family Health International, USAID. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. Washington: Autor; 2000.
9. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Infección por VIH y SIDA en Colombia. 2000-2005. Capítulo 2. Situación epidemiológica. Bogotá: Pro-Offset; 2006.
10. Profamilia, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, del inglés United Nations Population Fund). Encuesta nacional de demografía y salud 2000. La salud reproductiva de las adolescentes de 15 a 19 años en Colombia. Bogotá: Printex; 2002.
11. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud (OMS). Los jóvenes y el VIH/SIDA. Una oportunidad en un momento crucial. New York: Autores; 2002.
12. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Campaña mundial contra el SIDA 2004. Mujeres, muchachas, VIH y SIDA. Visión estratégica e informe de base. Ginebra: Autor; 2004.
13. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El VIH/SIDA y los jóvenes: la esperanza del mañana. Ginebra: Autor; 2004.
14. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Enfoques innovadores en la prevención del VIH. Estudios de caso seleccionados. Ginebra: Autor; 2001.
15. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra: Autor; 2002.



16. Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS). Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, New York, 27 de junio de 2001.
17. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). HIV/AIDS and education. A strategic approach. París: Autor; 2003.
18. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Living and learning in a world with HIV/AIDS. HIV/AIDS at school. París: Autor; 2002.
19. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Education. Ginebra: Autor; 2005.
20. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los jóvenes y el VIH/SIDA. New York: Autor; 2002.
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. Francia: Autor; 2006.
22. The World Bank. Education and HIV/AIDS. A window of hope. Washington: Autor; 2002.
23. Estrada JH. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioética 2006; 12 (1): 91-100.
24. Colombia - Ministerio de la Protección Social, Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre El VIH/SIDA (ONUSIDA). Plan intersectorial de repuesta ante el VIH/SIDA. Colombia 2004-2007. Bogotá: Autores; 2004.
25. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Estrategia de la UNESCO en educación para la prevención del VIH/SIDA. París: Autor; 2004.
26. Hogan DR, Salomon JA. Prevention and treatment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in resource-limited settings. Bulletin of the World Health Organization, 2005; 83(2): 135-143.
27. Estrada JH. La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2007; 25(1): 62-70.
28. Comité Técnico Consultivo (CTC) Sobre VIH/SIDA/ITS, Organización Panamericana de la Salud. Educación de VIH basada en la ciencia. Boletín electrónico Rompiendo Muros [Serie en Internet]. [Citado en 2008, febrero, 20] Disponible en: www.paho.org
29. Bertand JT, Solís M. Evaluando proyectos de prevención de VIH/SIDA. Un manual con enfoque en las organizaciones no gubernamentales. Measure evaluation. Chapel Hill: University of North Carolina; 2000.
30. Wawer MJ. Declines in HIV prevalence in Uganda: not as simple as ABC. Twelfth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston, USA. abstract 27LB, 2005. [Citado en 2008, enero, 30] Lo+Positivo. Disponible en: www.amfar.com.
31. Álvarez-Méndez J.M. Evaluar para conocer, examinar para excluir. Segunda edición. Madrid: Ediciones Morata; 2005.
32. Apple MW. ¿Pueden las pedagogías críticas interrumpir las políticas neoliberales? Universidad Pedagógica Nacional, Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Encuentro internacional sobre políticas, investigaciones y experiencias en evaluación educativa: consecuencias para la educación en Colombia, Bogotá 2003.
33. Díaz-Barriga Á. Evaluar lo académico. Organismos internacionales, nuevas reglas y desafíos. Material mimeografiado. México, D.F, 2005.
34. Niño LS. Dimensiones de evaluación de la calidad de la educación. Revista Opciones Pedagógicas 2001; (25): 27-42.
35. Bourdieu P. La nueva vulgata planetaria. Revista Colombiana de Educación 2002; (42): 11-17.
36. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. Ginebra Autor; 1997.
37. Valencia JA, Gómez N. Evaluación de un programa de prevención primaria en VIH/SIDA para jóvenes entre 15 y 24 años. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas; 2003.
38. Martínez C. Evaluación de programas educativos. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1997.
39. Tao G, Remafedi G. Economic evaluation of an HIV prevention intervention for gay and bisexual male adolescents. J. of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology 1998; 17(1): 83-90.
40. Pinkerton SD, Holtgrave DR, Jemmott JB. Economic evaluation of HIV risk reduction intervention in African-American male adolescents. JAIDS 2000; 25(2): 164.-172.
41. Cohen D, Wu S, Farley T. Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions. JAIDS 2004; 37(3):1.404-1.414.
42. Bogdan R, Biklen S. Investigacao cualitativa em educacao. Una introducao a teoria e aos metodos. Porto, Portugal: Porto Editora; 1994.
43. Rakotonanahary A, Rafransoa Z, Bensaid K. Qualitative evaluation of HIV/AIDS IEC activities in Madagascar. Evaluation and Program Planning 2002; (25): 341-345.

44. Apple MW. Política cultural y educación. Madrid: Ediciones Morata; 1996.
45. Apple MW, Beane JA. Escuelas democráticas. Cuarta edición. Madrid: Ediciones Morata; 2005.
46. Giroux H. "Algo se está perdiendo": estudios culturales, neoliberalismos y política de la esperanza educada. *Revista Opciones Pedagógicas* 2002-2003; (26-27):71-113.
47. Giroux H. Pedagogía pública y política de la resistencia. Notas para una teoría crítica de la lucha educativa. Universidad Pedagógica Nacional, Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Encuentro internacional sobre políticas, investigaciones y experiencias en evaluación educativa: consecuencias para la educación en Colombia. Bogotá, 2003.
48. Giroux H. Pedagogía y política de la esperanza. Teoría, cultura y enseñanza. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
49. Apple MW. Educación, política y transformación social. *Revista Opciones Pedagógicas* 2006; (32-33): 54-80.
50. Giroux H. La escuela y la lucha por la ciudadanía. Tercera edición. México D.F.: Siglo XXI; 2003. pp. 223-60.
51. McLaren P. Pedagogía crítica y lucha de clases en la era de la globalización neoliberal: notas desde la otra cara de la historia. *Opciones Pedagógicas* 2003; (28): 117-57.
52. McLaren P, Jaramillo N. Pedagogía crítica, educación latina y política de lucha de clase. *Revista Opciones Pedagógicas* 2005; (31): 103-126.
53. Quiroz S. La pedagogía crítica: lectura renovada que fortalece al marxismo. *Revista Opciones Pedagógicas* 2007; (37): 96-106.
54. Kemmis S. Siete principios para evaluar un programa de desarrollo curricular. *Revista Opciones Pedagógicas* 1997; (18): 16-41.
55. Niño LS. La evaluación de proyectos y programas curriculares en la perspectiva crítica. *Revista Opciones Pedagógicas* 1997; (18): 42-55.
56. Estrada JH. Educación formal y VIH. Bogotá: Difundir; 2006.
57. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Impacto de la educación en materia de salud sexual y VIH sobre el comportamiento sexual de los jóvenes: actualización de un análisis. Ginebra: Autor; 1997.
58. Kirby D, Scales P. An analysis of state guidelines for sex education instruction in public schools. *Family Relations* 1981; (30): 229-237.
59. Kirby D, Barth RP, Leland N, Fetro JV. Reducing the risk: impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives* 1991; 23 (6): 253-63.
60. Kirby D, Korpi M, Barth R, Cagampang HH. The impact of the postponing sexual involvement curriculum among youths in California. *Family Planning Perspectives* 1997; 29 (3):100-108.
61. Cagampang HH, Barth R, Korpi M, Kirby D. Education now and babies later (ENABL): life history of a campaign to postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives* 1997; 29 (3):109-114.
62. Stolowics B. Posliberalismo. *Espacio Crítico* 2006; 4 [Serie en Internet]. [Citado en 2007, julio, 25]. Disponible en: www.espaciocritico.com
63. Gómez RL. Calidad educativa: más que resultados en pruebas estandarizadas. *Revista Educación y Pedagogía* 2004; 16 (38): 75-89.
64. Apple MW. ¿Alianza estratégica o estrategia hegemónica? Conservatismo entre los desposeídos. *Revista Opciones Pedagógicas* 2003; (28): 63-82.
65. Kirby D. Understanding what works and what doesn't in reducing adolescent sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives* 2001; 33 (6):276-281.
66. Kirby D. Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington D.C.: The national Campaign to Prevent Teen Pregnancy; 2001.
67. American Foundation for AIDS Research (AMFAR). Assessing the efficacy of abstinence-only programs for HIV prevention among young people. New York, April 2005.
68. Gallant M, Maticka-Tyndale E. School based HIV prevention programmes for African youth. *Soc. Sci. Med.* 2004; 58 (7): 1.337-1.351.
69. Kirby D, Baumler E, Coyle K, Basen-Engquist K, Parcel G, Harrist R, Banspach. The "safer choices" intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health* 2004; (35): 442-52.
70. Kirby D, Laris BA, Rolleri L. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health* 2007; (40): 206-17.
71. Colombia - Ministerio de la Protección Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva. Bogotá: Autor; 2003.
72. Estrada JH. Programa de educación para universitario(a)s tendiente a reducir la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En: Fonseca M, Otálvaro GJ, Junca C, Santos E, Velosa LP, Gómez H, Estrada JH. Encuentros y diálogos para rehacer la vida. Alternativas socio-políticas en salud colectiva. Bogotá: Ediciones La Silueta; 2004. pp. 145-165.
73. McLaren P. La vida en las escuelas. Una introducción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación. México: Siglo XXI; 2003.

