

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES

REVISIÓN DE
EVIDENCIA PARA
LA PREVENCIÓN

SCL/SPH

SIGRID VIVO
PAULA LÓPEZ-PEÑA
DRINA SARIC

diseño de portada: Otilia Martín editor: Nathaniel Barrett



Banco Interamericano de Desarrollo

con el apoyo de



THE REPUBLIC OF KOREA



FINLAND

FEBRERO 2012

Código de publicación: IDB-MG-124

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES: REVISIÓN DE EVIDENCIA PARA LA PREVENCIÓN*

SIGRID VIVO
PAULA LÓPEZ-PEÑA
DRINA SARIC



**División de Protección
Social y Salud**

AGRADECIMIENTOS

Esta publicación nace como respuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) a la demanda de los países de nuestra región, en el apoyo de configuración de herramientas para el diseño de intervenciones efectivas en el área de salud sexual y reproductiva para la atención de jóvenes en riesgo de vulnerabilidad.

No son pocos los esfuerzos de la región en la puesta en marcha de programas dirigidos a jóvenes que tienen como objetivo la prevención de embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual o comportamientos de riesgo para la salud. Bajo la Iniciativa "Mejores Prácticas en Políticas y Programas de Juventud en América Latina y el Caribe", liderada por el BID y la UNESCO con el apoyo de varias agencias internacionales, programas tales como *"Somos Diferentes, Somos Iguales: Un entorno favorable para Centroamérica"* en Nicaragua; *"PrevenSIDA Callejero"* en México; y *"Desarrollo de Iniciativas Comunitarias Impulsadas por los Jóvenes en Conjunto con otras Generaciones, Tendientes a Promover una Visión Positiva y Afectiva Sana y Responsable de la Sexualidad"* en Costa Rica, son un ejemplo más de la excelencia en el trabajo operativo, la preocupación de los países, así como del potencial existente en la región.

No obstante, la falta de evidencia rigurosa en América Latina y el Caribe, incita a dar un paso más y evaluar el impacto de los programas, de forma que podamos crear una respuesta más efectiva y personalizada a las necesidades de la población de interés. Esta publicación surge como un intento de consolidar y apoyar las políticas públicas de la región a través de un análisis y sistematización de evidencia rigurosa. Ha sido un proyecto de equipo armonizado con los esfuerzos de otras Divisiones dentro del BID, que esperamos contribuya al enorme trabajo y esfuerzo de numerosos Gobiernos, organizaciones no gubernamentales e instituciones en la región, que han apostado a la juventud como el capital humano decisivo que determinará el futuro de la región.

Nuestro profundo agradecimiento al **Fondo Coreano para la Reducción de la Pobreza** y al **Fondo Finlandés de Asistencia Técnica**, por hacer conjuntamente posible este proyecto y su continuo apoyo a la generación de conocimiento riguroso en el área de juventud, haciendo una vez más de la Declaración de París una realidad.

Se agradece a la Oficina de Relaciones Externas del BID, a la División de Comunicación para el Desarrollo y el Programa BID JUVENTUD, a través de Isabel Álvarez - Rodríguez por su acompañamiento en el proceso, guía e insumos. A Suzanne Duryea, Xiomara Alemán, Patricia Jara-Males y Lauren Ralph por sus comentarios y sucesivas revisiones que permitieron enriquecer el documento. Agradecer a Marcos Robles sus insumos técnicos que reforzaron el diagnóstico de la problemática en la región. A Gabriela Vega por la oportunidad de presentar y diseminar resultados de este documento en un foro de trabajo más amplio, que incluye la perspectiva de género como eje fundamental de análisis. Gracias a Sergio Bautista-Arredondo, Paola Gadsden y Claudia Piras por sus insumos y contribuciones en líneas innovadoras de la investigación experimental. A Juliana Arbeláez y Rosario Londoño por su apoyo en la generación y acompañamiento de esta iniciativa. Agradecer asimismo a Nathaniel Barrett y Otilia Martín por la dedicación, empeño y creatividad en la edición, diseño gráfico y producción, respectivamente.

Este trabajo ha podido llevarse a cabo bajo la tutela de Ferdinando Regalía como Jefe de División de Salud y Protección Social.

Banco Interamericano de Desarrollo

Febrero 2012



ÍNDICE

I. Motivación.....	1
II. En busca de los ingredientes adecuados	6
III. Intervenciones efectivas para reducir el embarazo adolescente.....	9
IV. Intervenciones efectivas para reducir las ETS.....	16
V. Intervenciones efectivas para reducir conductas sexuales de alto riesgo	20
VI. Programas que incentivan “solo abstinencia”	24
VII. Tendencias y líneas de investigación	26
VIII. Principales hallazgos.....	29
Referencias.....	33

Anexo 1:

Intervenciones de eficacia probada en la reducción del riesgo de reportar un embarazo

Anexo 2:

Intervenciones de eficacia probada en la reducción de prevalencia de las ETS

Anexo 3:

Intervenciones de eficacia probada en la prevención de conductas sexuales de alto riesgo

Anexo 4:

Criterios metodológicos para valorar la efectividad de los programas

Anexo 5:

Dimensiones de impacto en indicadores de salud sexual y reproductiva:

Compendio de programas revisados

Anexo 6:

Progreso de la región con respecto los Objetivos de Desarrollo del Milenio



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA JÓVENES: REVISIÓN DE EVIDENCIA PARA LA PREVENCIÓN

Resumen Ejecutivo:

El documento sistematiza conocimiento riguroso sobre intervenciones efectivas en el área de salud sexual y reproductiva para la juventud. Surge con el objetivo de proveer de información clave para el diseño efectivo de programas, particularmente relacionados a embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y comportamientos sexuales de alto riesgo, en la región de América Latina y el Caribe. Nutriéndose de evidencia rigurosa, se configura en una herramienta innovadora de soporte para las operaciones, concentrándose en la identificación y análisis de prácticas prometedoras. Adicionalmente provee de información de referencia sobre la caracterización, operativa y componentes de las distintas intervenciones.

Entre los hallazgos principales de este estudio, destaca la inexistencia de una única receta para el diseño de intervenciones efectivas; apuntando como elementos claves para su diseño, la adaptación y personalización de la intervención al público objetivo y al contexto cultural; el uso de técnicas de comunicación innovadoras que promuevan e incentiven la participación del joven; el refuerzo temático a través del desarrollo socio-emocional; el incentivar la aversión al riesgo mediante la promoción de mecanismos de auto-regulación; así como la interacción e influencia de padres y pares. Los desafíos para la región pasan por abordar temas tales como la sostenibilidad, coste-efectividad, expansión, replicabilidad y validez de los resultados de las intervenciones, con un especial énfasis en el diseño y evaluación de los mecanismos de impacto.

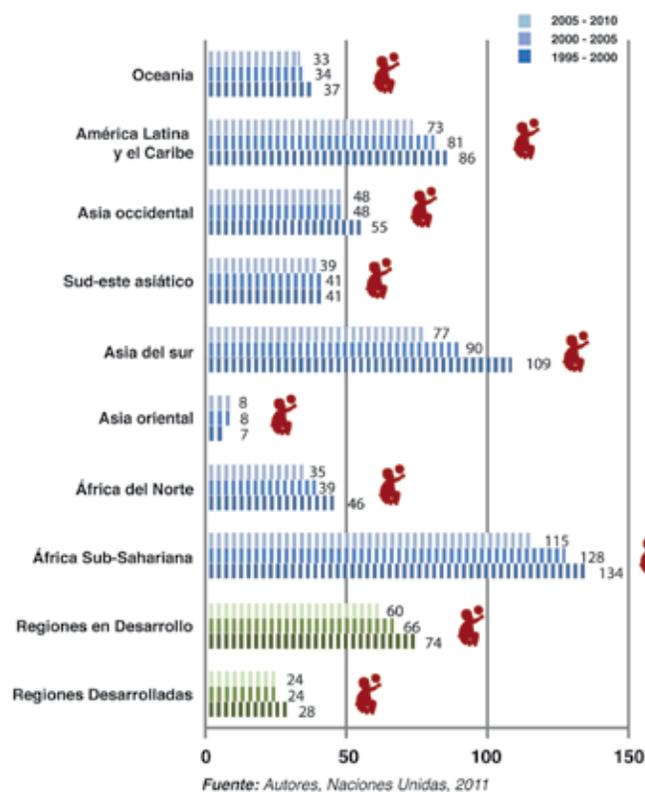
Finalmente, el documento identifica líneas innovadoras de investigación experimental en las ciencias sociales, donde la influencia de pares, el descubrimiento sobre la "plasticidad" del cerebro ya en la segunda década de vida del joven, y los mecanismos de incentivos basados en las preferencias inter-temporales, se configuran como ventanas de oportunidad y herramientas prometedoras para el cambio conductual y la promoción del desarrollo saludable del joven.



I. Motivación

GRÁFICO 1

Número de Nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15-19 años



Cuando resta menos de una década para alcanzar sus compromisos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los países de la región de América Latina y el Caribe (LAC), prestan especial atención a las consecuencias de las conductas sexuales de alto riesgo, donde se incluyen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los embarazos no planificados. Seis de los ocho ODM, están relacionados con salud reproductiva y comprenden objetivos clave tales como reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud maternal y combatir el VIH/SIDA. En estas áreas, los resultados logrados hasta la fecha no son suficientes para cumplir con los ODM estipulados (consultar Anexo 6). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1999 se diagnosticaron aproximadamente 260 millones de casos de **ETS** en la región, que se multiplicaban a

una tasa de alrededor de 38 millones de nuevas infecciones por año¹. De esta cantidad, casi la mitad se concentran en jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. La propagación epidémica del **VIH/SIDA** entre los jóvenes es alarmante. Se calcula que más de 2,1 millones de personas viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Entre ellos, 250.000 son jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, de quienes el 52% son varones y el 48%, mujeres². En la región, cinco países representan dos tercios de los casos VIH/SIDA: **Argentina, Brasil, Colombia, Haití y México**. La epidemia en LAC se ve agravada debido a la práctica de sexo inseguro (tanto homosexual como heterosexual) y el uso de drogas intravenosas. La inestabilidad económica, las normas sociales y la discriminación de género también contribuyen a la propagación del VIH y las ETS. La pobreza y la inestabilidad económica, se identifican como elementos centrales en la decisión de las mujeres de involucrarse en sexo transaccional o el comercio sexual. Las normas sociales y los roles de género tradicionales de varios países de la región LAC, limitan la capacidad de la mujer para negociar el uso de preservativos y para decidir si involucrarse o no en una relación sexual, lo que las predispone a una mayor vulnerabilidad social y a riesgos para la salud. Al mismo tiempo, se presiona socialmente a los hombres jóvenes para probar su masculinidad incurriendo en prácticas sexuales a muy

1 Organización Mundial de la Salud (2001). La no disponibilidad de datos clave sobre las ETS refleja la necesidad crítica de instrumentar sistemas de supervisión y vigilancia en la región.

2 Estimaciones para 2009. Consultar Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011).

temprana edad, frecuentemente con varias parejas y en ocasiones, incluso demostrando el uso de la fuerza física contra las mujeres. Destacar la evolución ascendente de las tasas de nuevas infecciones de transmisión sexual entre las mujeres jóvenes, en comparación con los hombres del mismo grupo etario. Entre las causas a mencionar, el aumento de los análisis en mujeres embarazadas como parte de energéticas medidas de prevención contra la transmisión materno-infantil de VIH y a las conductas especiales de alto riesgo entre las jóvenes, como el sexo transaccional sin protección y las relaciones intergeneracionales³. Si bien existe un enorme costo económico y social asociado con estas infecciones, para los jóvenes, el desafío se ve magnificado por el hecho de que, a menudo, el comportamiento sexual arriesgado no tiene consecuencias inmediatas, lo que agrava la propagación de la enfermedad y ejerce de factor *multiplicador*.

CUADRO 1 - ADOLESCENCIA: TIEMPO DE DECISIONES (CHILE)

“**Adolescencia: Tiempo de Decisiones**” es un programa de educación sexual, de ámbito escolar e integral que alienta la interacción entre padres, docentes, médicos y adolescentes. El personal médico efectúa derivaciones a servicios de salud, ofrece sesiones informativas, responde a las preguntas de los alumnos y sirve como recurso para estudiantes, padres y docentes. El programa se evaluó respecto de su impacto entre los alumnos de entre 12 y 17 años de edad. Si bien la evaluación fue cuasi-experimental, demostró que el inicio de las relaciones sexuales en el grupo de tratamiento se postergó, en relación con el grupo de comparación. Asimismo, los alumnos del grupo de tratamiento aumentaron el uso de métodos de planificación familiar. La evaluación reveló una reducción en la incidencia de embarazos y la incidencia de abortos entre los jóvenes de las escuelas participantes.

En el contexto regional, las dificultades para reducir los índices de embarazo adolescente son especialmente preocupantes. El **índice de fertilidad adolescente**⁴ para la región es de 73 cada mil nacimientos, entre 2005 y 2010⁵. La prevalencia de embarazo y maternidad entre adolescentes impone desafíos sociales y de salud generalizados a la región y tiene consecuencias de por vida para las adolescentes afectadas, al igual que para sus hijos y comunidades. El embarazo adolescente presenta un riesgo más elevado a la salud materno-infantil y aumenta la probabilidad de deserción del sistema educativo de niñas y adolescentes. Limitando sus oportunidades de empleo e ingresos futuros, se ejerce al mismo tiempo una fuerte presión en los servicios sociales instrumentados a través de subsidios en efectivo y beneficios sociales. Todas estas consecuencias pueden afectar el crecimiento económico de un país, la distribución del ingreso y niveles de pobreza. Se estima que los costos sociales netos en la vida de una cohorte de población de madres adolescentes varían entre US\$1.6 millones en el caso

3 Perfil de salud de América Latina VIH/SIDA, USAID, 2011

4 El índice de fertilidad o natalidad adolescente es la cantidad de nacimientos cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Se debe observar asimismo que en algunas regiones, el índice de natalidad se define en función de un rango etario diferente (por ejemplo, por debajo de los 19 años).

5 Naciones Unidas, 2011.

de Guyana, y US\$335 millones, en el caso de la República Dominicana⁶ (ver Tabla 1). Por otro lado, las inversiones efectivas en salud sexual y reproductiva se traducen en mejores oportunidades educativas y laborales para las mujeres, así como en mayores ahorros, ingresos e inversión en capital humano y el hogar.

Tabla 1. Costos estimados del embarazo adolescente en relación con el embarazo de adultos jóvenes (en US\$)

Tipo de costo	Anual por nacimiento (US\$)		Anual por cohorte (US\$)		De por vida por cohorte (US\$)	
	Financiero	Económico	Financiero	Económico	Financiero	Económico
Barbados	262	303	118	137	4.6	6.4
Rep. Dominicana	60	165	2.595	7.130	85.8	336.3
Guyana	28	33	28	34	1.0	1.6
Jamaica	122	167	587	805	22.2	38.0
Islas Kitts and Nevis	234	363	33	51	1.1	2.4
Santa Lucía	98	162	55	91	1.8	4.3
Trinidad y Tobago	130	216	156	260	5.0	12.6

Nota: Excluye el ingreso perdido del niño o niña cuando pertenece a la fuerza laboral adulta.

Fuente: Banco Mundial, 2003

Si bien los beneficios sociales y económicos de invertir en salud sexual y reproductiva son ampliamente conocidos, carecemos de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para poblaciones jóvenes. A nivel regional como internacional, existe una falta generalizada de conocimiento sólido, producto de la evaluación rigurosa de iniciativas relevantes, así como de la réplica de iniciativas de éxito demostrado en otros contextos. Tal acervo de conocimiento se necesita de forma urgente para orientar la toma de decisiones eficaz y efectiva en el diseño e implementación de políticas públicas. Aunque enfrentando un amplio espectro de desafíos; que incluye las dificultades inherentes a este tipo de poblaciones a la hora de medir resultados, la falta de comprensión respecto de los mecanismos de impacto y las considerables implicaciones de costos y presupuestos en el diseño, implementación o expansión de intervenciones potencialmente prometedoras. La creación de conocimiento empírico, con pruebas y argumentos, resulta esencial para lograr un éxito sostenible de los programas de salud reproductiva que abordan las poblaciones más vulnerables.

6 Banco Mundial, 2003. Estas cifras se obtienen calculando los costos de las pérdidas en capital humano asociadas con la conducta sexual de alto riesgo que conduce al embarazo adolescente. El costo del embarazo adolescente incluye no solo las necesidades inmediatas de la madre y el hijo o hija, sino también los costos para su familia, el padre y su familia, los contribuyentes impositivos y la sociedad. Estos costos no se limitan al período del nacimiento, sino que incluyen tanto los costos financieros (pagados por la madre, familia o contribuyentes durante la vida de la madre y el hijo/a) como los costos económicos en la forma de ingresos perdidos de la madre y el niño o niña (cuando se convierte en adulto) y la pérdida de los beneficios derivados de los usos alternativos de las transferencias destinadas a mantener las madres adolescentes y sus hijos. Los costos adicionales en que incurre una madre adolescente pueden incluir menores ganancias durante la vida de la madre, menores ganancias por impuestos, menos posibilidades de contraer nuevo matrimonio, pensión por alimentos, costos más elevados de atención médica, niños y niñas en situación de desventaja, más exigencia sobre el sistema social, exclusión social y desórdenes de salud mental.

Con miras a este objetivo, en el año 2005 se llevó a cabo un importante esfuerzo para sistematizar y analizar el conocimiento existente⁷ a través de una revisión sistemática de evidencia rigurosa de países en desarrollo⁸, en las áreas de prevención del embarazo adolescente, ETS y VIH. El denominador común de estas intervenciones exitosas es la perspectiva de **abordaje integral** del problema. Entre los componentes más frecuentes destacan, entre otros, la educación sexual, la promoción de habilidades para la vida y el acceso a servicios de salud orientados a los jóvenes, distribución de métodos de planificación familiar y asesoramiento. Sólo uno de los diez programas con eficacia demostrada de esta revisión, se realizó en América Latina (ver “*Adolescencia: Tiempo de Decisiones*,” en Chile). Más recientemente, Kirby et al. (2007) y Cochrane Collaboration (2010), llevaron a cabo nuevos análisis que incluyen nueva evidencia recabada en entornos de países desarrollados y en desarrollo.

Asimismo, a través de una actualización de literatura reciente en el área, se denota una mayor preocupación por la evaluación de programas en los países en desarrollo, aunque dicha evidencia es limitada y en varios casos restringida por su escaso rigor metodológico. Entre los hallazgos, se revela evidencia de que los programas de transferencias condicionadas pueden tener efectos importantes en la reducción de la probabilidad de embarazo adolescente y fertilidad (evaluación cuasi-experimental de Oportunidades, México⁹), y en la disminución de embarazos adolescentes y matrimonio precoz (evaluación experimental de Zomba, Malawi¹⁰). No obstante, el programa Zomba se implementó posteriormente sin condicionar las transferencias, y continuaron documentándose reducciones en el embarazo adolescente. Asimismo, se detectaron reducciones similares en Chile, a través de la reforma educativa que amplía la jornada escolar¹¹, y en Kenia, en respuesta a la provisión de información efectiva sobre el riesgo de infección con VIH/SIDA¹² y, mediante el suministro gratuito de uniformes para los alumnos¹³, todos ellos programas de transferencias no condicionadas. Todos estos hallazgos son de gran relevancia, *a pesar del hecho de que el diseño de las intervenciones no aborda específicamente la problemática de salud sexual y reproductiva, y por ende los programas no fueron diseñados con este objetivo.*

A día de hoy, el conocimiento existente en el área es bastante limitado y proviene, principalmente, de países de medianos y altos ingresos. Adicionalmente, y por la heterogeneidad que caracteriza a este tipo de intervenciones, es difícil su sistematización. A continuación, se identifican los principales obstáculos encontrados en este análisis con miras a una oportuna sistematización e identificación de los mecanismos de impacto y articulación de los distintos programas:

Replicabilidad: En su mayoría, los programas no han sido replicados en otros contextos, y si han sido replicados, su éxito varía entre un lugar y otro, y por tanto los efectos de la intervención. Esto

7 Advocates for Youth, 2005

8 El estudio realizado por la organización “Advocates for Youth” analizó alrededor de 200 programas implementados en países en desarrollo, y detectaron 10 programas de éxito comprobado en uno de los siguientes objetivos: postergación de la iniciación sexual, aumento en el uso de preservativos, reducción en la cantidad de parejas sexuales, aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, aumento en la abstinencia entre jóvenes con experiencia sexual, reducción de las ETS y disminución en los embarazos.

9 Sosa-Rubi S. et al., 2011.

10 Baird et al., 2009 y 2011.

11 Kruger and Berthelon, 2009

12 Dupas, 2005 y 2011

13 Duflo et al., 2006 y 2011

indica que el contenido y programación no constituyen los únicos ingredientes de una intervención exitosa. Los métodos de implementación, la contratación de personal y adaptación de los programas a las necesidades de la población meta, son consideraciones de extrema relevancia¹⁴.

Sostenibilidad: El costo detallado por componente es un dato esencial para la sostenibilidad del programa a largo plazo y, en la mayoría de los casos, este dato no se encuentra disponible. El alto costo de las intervenciones y por ende, la cuestionable sostenibilidad a largo plazo de los programas es un factor esencial para el diseño efectivo de políticas públicas. Por ejemplo el Programa Cas-Carrera, encontrado eficaz para reducir el embarazo adolescente, es uno de los programas líderes en el área, ha sido implementado en Estados Unidos, y sus características principales son la intensidad de sus actividades y recursos, así como su naturaleza multidisciplinar. Este programa y su currículo esta presupuestado en alrededor de US\$4,700 anuales por participante.

Sostenibilidad de los efectos: Las intervenciones de eficacia demostrada en el corto plazo (Ej. Programas Profamilia, en Colombia; y Be Proud! Be Responsible!, en Estados Unidos), no son necesariamente efectivas en el largo plazo. Se anima a los ejecutores a evaluar los efectos más allá de los 3 y 6 meses después de la intervención para verificar la uniformidad en los resultados, o en su defecto identificar y retroalimentar las causas de un impacto no sostenido.

Mecanismos de impacto del programa: Los programas se conciben e implementan de forma holística, y algunas veces ocultan la importancia relativa de componentes clave y por ende, los mecanismos de impacto (por ejemplo: ¿qué resulta más eficaz: el suministro oportuno de anticonceptivos, la orientación y consejería en salud o un currículo que incluya habilidades para la vida?). En una amplia muestra de los programas revisados no existe una clara identificación del marco lógico del programa y como cada componente interactúa para alcanzar el objetivo del mismo. Surge el dilema, ¿es mejor un poco de todo o hacer mas intensivos algunos componentes específicos?, si es así, ¿qué componentes y bajo qué condiciones operativas?. Ante la realidad de unos recursos limitados, pareciera conveniente contar con esta información para un uso más eficiente de los mismos.

Confiable de los datos: Común a todas las intervenciones y la medición efectiva de sus impactos, es la dificultad de medir con precisión las poblaciones jóvenes, y los problemas de validación de la información. Lo sensible de la temática, unido a la características propias de un joven móvil, influenciado y en la mayor parte de los casos menor de edad; así como de un entorno caracterizado por la falta de privacidad (en la mayoría de los casos en presencia de algún familiar); justifican la necesidad de invertir recursos en el diseño, planificación y gestión de la información, asegurando condiciones de privacidad y confidencialidad. La validez de la información es también un aspecto de preocupación para el investigador, en la mayoría de los casos suministrada por el mismo joven e influenciada por causas externas. Pocos estudios de los revisados validan la información de interés, lo que provoca la preocupación sobre la fiabilidad y confiabilidad de los resultados de muchas de las investigaciones. Finalmente, agregar las dificultades de medición del desempeño del sistema de atención médica en el área de salud reproductiva

14 Entre los programas con un éxito diferencial en emplazamientos diferentes o con evaluaciones diferentes, se cuenta a Be Proud! Be Responsible! y su programa hermano, ¡Cuidate!.

(por ejemplo, la cantidad de partos atendidos es un indicador cuya metodología varía entre países)¹⁵.

Las limitaciones en la comparabilidad de programas y en la falta de conocimiento sobre el efecto de intervenciones o el peso relativo de componentes específicos, hace que en muchas ocasiones el éxito de un programa se mida a través de las impresiones de los participantes o del ejecutor. Aunque estas valoraciones, en muchas ocasiones basadas en la satisfacción, son de utilidad para la operativa del programa, la información es limitada, no permitiendo una mayor retroalimentación, y la debida toma de acciones correctivas en el diseño e implementación del programa.

La decisión sobre el diseño de programas con un foco específico o a través de intervenciones integrales; sobre las metas y los efectos esperados a corto, medio y largo plazo; su sostenibilidad y la adecuada medición y validación de sus resultados; así como la expansión y replica o no del programa; se debe construir sobre el conocimiento y lecciones aprendidas de otras experiencias, de forma que podamos aprender y perfeccionar las intervenciones en un esfuerzo por servir mejor a la población objetivo. Para dar respuesta a estas necesidades, este estudio realiza un esfuerzo para sistematizar el conocimiento existente, identificar prácticas prometedoras y aportar información de referencia sobre la operativa de los programas de referencia. Adicionalmente, este documento resalta líneas innovadoras de investigación que provienen de la experimentación en ciencias sociales, y que se configuran como relevantes en el diseño e implementación de estrategias de salud reproductiva.

El informe está estructurado en **ocho secciones**. A continuación de esta introducción, la **sección segunda** incluye una revisión básica de los elementos que deberían tenerse en cuenta al momento de diseñar un programa centrado en el embarazo adolescente. **Secciones tercera, cuarta y quinta**, resaltan los principales hallazgos de los programas que aportan evidencia de impactos positivos para reducir el embarazo adolescente, las ETS y comportamientos sexuales de alto riesgo, respectivamente. **Sección sexta** hace un recorrido sobre lo que se conoce sobre las intervenciones basadas *exclusivamente* en la abstinencia sexual entre los jóvenes. **Sección séptima** recoge las tendencias más recientes en la investigación de jóvenes en riesgo que incluye variables importantes a tener en cuenta cuando se trabaja con jóvenes, particularmente, en el área de salud reproductiva. **Sección octava** resume los principales hallazgos del estudio. Finalmente y para facilitar un uso de este documento, los programas de referencia de este estudio se caracterizan en el **Anexo** del documento.

II. En busca de los ingredientes adecuados

Existen precedentes de revisiones sistemáticas de intervenciones que mejoran la salud sexual y reproductiva entre los jóvenes (Advocates for Youth, 2005; Advocates for Youth, 2007; Kirby Emerging Answers, 2007; Kirby et al., 2007; Cochrane Collaboration 2010; y Mathematica 2010, actualmente considerado el “máximo estándar”). La falta generalizada de evidencia exhaustiva tanto de países desarrollados y en desarrollo¹⁶, se ve acentuada en la región y se traduce en una necesidad urgente de

15 Campbell et al., 2006.

16 Advocates for Youth, 2005.

evaluación rigurosa de programas que podrían replicarse en distintos países, o bien desalentar inversiones no eficaces en este área.

CUADRO 2 - AMPLIFICACIÓN DE LOS EFECTOS DE RIESGO: EL EFECTO BOLA DE NIEVE

Las conductas de riesgo se derivan de múltiples factores y a menudo aparecen interrelacionadas con otras conductas originando numerosos efectos adversos colaterales. Por ejemplo, es posible que los jóvenes con problemas de abuso de sustancias también tengan un bajo rendimiento escolar y se involucren en conductas sexuales de riesgo. No obstante, más allá de esta “red” compartida de causalidad, algunas conductas de riesgo, cuando ocurren simultáneamente, pueden aumentar sinérgicamente la exposición a consecuencias perjudiciales para la salud. Este es el caso cuando coinciden el **abuso de sustancias y la pertenencia a pandillas**. La evidencia muestra que la conjunción de estas dos conductas de riesgo, amplifica la conducta sexual de alto riesgo, la probabilidad de embarazo precoz, así como bajos indicadores de salud reproductiva. Asimismo, el hecho de tener una pareja perteneciente a una pandilla está asociado con una mayor probabilidad de embarazo precoz (Minnis et al., 2008), enfatizando la necesidad de integrar intervenciones en salud sexual y reproductiva con los esfuerzos en prevención de violencia juvenil.

Las **relaciones sexuales con varias parejas simultáneas** (conurrencia), pueden facilitar asimismo la rápida propagación de ETS, incluido el VIH. El **abuso de sustancias** también puede potenciar la conducta sexual de alto riesgo y, en algunos contextos, se considera como un desinhibidor social y símbolo de “hombría”. El consumo de alcohol y otras drogas antes de la relación sexual puede interferir con la decisión de utilizar preservativos y/o otras formas de anticoncepción, así como inhibir el poder de negociación de la mujer para exigir su uso, y puede dar como resultado el uso incorrecto. Además, las relaciones sexuales con parejas que consumen drogas puede aumentar el riesgo de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual, vinculándose además con una mayor probabilidad a mantener experiencias sexuales precoces (OMS, 2005).

Finalmente, es importante resaltar el efecto de las **expectativas y visión de futuro en el retraso de la maternidad y/o en la participación en conductas de riesgo** (así apuntan resultados preliminares de la evaluación del Programa Juventud y Empleo en República Dominicana, y los efectos de la mejoría de la calidad escolar en el sistema educativo de Chile). El mejoramiento de las posibilidades futuras eleva el costo de asumir riesgos en el presente, un efecto sencillo con implicaciones muy significativas en las políticas públicas.

En el análisis de la evidencia que se llevó a cabo en este estudio (consultar en el Anexo 4 los detalles metodológicos), las intervenciones se categorizaron como eficaces cuando su evaluación registró un cambio estadísticamente significativo en los indicadores de resultado seleccionados. En revisiones pasadas se identificaron variaciones con respecto al grado de rigor científico (por ejemplo, consideraciones de sesgo de medición), y la heterogeneidad en la definición de indicadores de resultado. Dentro del marco del presente estudio, consideraremos una intervención como exitosa si ha demostrado que redujo la incidencia o probabilidad de **embarazo adolescente o ETS**, o que redujo el índice de **conducta sexual de alto riesgo** entre los jóvenes (parejas sexuales concurrentes, sexo sin protección)¹⁷. Se debe notar que este análisis no toma en cuenta elementos clave como la proporción de costo/eficacia, validez, cobertura, replicabilidad y sostenibilidad a largo plazo; todos ellos elementos críticos que deben tenerse en cuenta al decidir si se debe o no implementar un programa en particular, y cómo hacerlo, pero cuya limitada disponibilidad de información ha condicionado este estudio. Asimismo, no se incluyen en este estudio programas de desarrollo infantil temprano, aunque hayan registrados efectos positivos en reducciones de embarazo adolescente o comportamientos de riesgo en la adolescencia. De esta forma, y aunque

acentuando la necesidad de iniciativas preventivas a largo plazo, que comiencen en la primera infancia y generen incentivos capaces de competir contra el deseo de involucrarse en conductas de riesgo; este estudio se centra particularmente en intervenciones de más corto plazo enfocada en adolescentes y jóvenes adultos. En los Cuadros 4, 5 y 7 se presenta un resumen de los programas seleccionados referidos repetidamente en distintas reseñas y programas desde el punto de vista de población meta, entorno, y el tipo de intervención (entre otros rasgos). Estas síntesis ofrecen una forma conveniente de obtener información sobre los distintos programas de interés.

Como resultado de este análisis, se destaca la heterogeneidad de la muestra de estudio con respecto a variables tales como intensidad, duración, tamaño del efecto y costo de la intervención. No obstante, un común denominador a los programas indica los siguientes elementos: (i) son implementados en **contextos similares**¹⁸ (escuelas, centros de salud/clínicas u organizaciones comunitarias); (ii) proporcionan una **perspectiva integral y multidisciplinaria** (por ej.: combinan la educación sexual, la capacitación en habilidades para la vida, el acceso a los servicios de salud y el suministro de anticonceptivos)¹⁹; así como comparten algunas debilidades (iii) presentan una **falta de precisión** en las formas de medir los impactos, principalmente debido a la falta de consistencia en el diseño de indicadores y a sesgos de medición vinculados, particularmente, al modo de administrar las encuestas (mayormente, información auto-administrada). Finalmente, destacar que si bien las intervenciones que se extienden en el tiempo han demostrado los mejores resultados a largo plazo, no podemos decir que los programas más breves no tengan efectos duraderos (no habiéndose realizado, en muchos casos, el oportuno seguimiento en la evaluación a un más largo plazo).

La información basada en la evaluación rigurosa sobre que acciones son eficaces en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, resulta crucial para tomar decisiones informadas sobre qué tipos de programas se deben implementar en un contexto particular y para una población meta específica. Al mismo tiempo, no se cuenta con la receta mágica para prevenir la problemática de estudio, así como con un análisis exhaustivo de las múltiples variables que ejercen impacto en estos problemas. Actualmente, **no existen soluciones generales definitivas, pero sí contamos con intervenciones prometedoras con potencial para la replicación.**²⁰ Es posible que no ofrezcan una protección perfecta, sin embargo ayudan sustancialmente en la prevención de involucración en conductas perjudiciales para la salud. Con la esperanza de poder orientar el desarrollo efectivo del joven a través de mejores y más efectivas intervenciones; y con el fin de fomentar la generación de conocimiento empírico en la región de LAC, las siguientes secciones presentan un análisis del conocimiento existente (basado principalmente en intervenciones evaluadas en los EE.UU).

18 Con frecuencia están eficazmente diseñados para su implementación en escuelas, donde potencialmente pueden llegar a cantidades importantes de jóvenes; no obstante, también pueden implementarse en clínicas y entornos comunitarios donde pueden alcanzar a otros jóvenes, como jóvenes en alto riesgo potencial que han abandonado la escuela.

19 Se ha demostrado el éxito de las intervenciones integrales, sin embargo existe mucha dificultad para dilucidar cuáles elementos contribuyeron a ese éxito, lo que obstaculiza poder conocer los mecanismos del impacto.

20 Dada la importancia de la adaptación al contexto de la intervención.

III. Intervenciones efectivas para reducir el embarazo adolescente

CUADRO 3 - FINANCIAMIENTO BASADO EN RESULTADOS: CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LOS EE.UU.

En 2010, la **Campaña Nacional de Prevención del Embarazo Adolescente** de los EE.UU. encargó una revisión sistemática para respaldar programas efectivos destinados a la reducción de embarazo adolescente apropiados para la edad. Bajo esta iniciativa, se dispuso de un total de US\$75 millones a distribuir por concurso con el objetivo de replicar programas basados en evidencia que haya demostrado, mediante una evaluación rigurosa, que reducen el embarazo adolescente, los riesgos conductuales que subyacen este fenómeno u otros factores asociados. La revisión fue llevada a cabo por el organismo independiente *Mathematica Policy Research* y se considera como el “estándar de oro” desde el punto de vista de solidez y rigor metodológico. La iniciativa fomentó no solo una eficacia comprobada, sino la generación rigurosa de conocimiento y replicabilidad.

Los Programas de Eficacia Comprobada seleccionados para financiamiento son los siguientes:

1. Aban Aya Youth Project
2. Adult Identity Mentoring (Proyecto AIM)
3. All4You!
4. Assisting in Rehabilitating Kids (ARK)
5. Be Proud! Be Responsible!
6. Be Proud! Be Responsible! Be Protective!
7. Becoming a Responsible Teen (BART)
8. Children's Aids Society (CAS) -Carrera Program
9. ¡Cúidate!
10. Draw the Line/Respect the Line
11. FOCUS
12. Horizons
13. It's Your Game: Keep it Real
14. Making a Difference!
15. Making Proud Choices!
16. Project TALC
17. Promoting Health Among Teens! Intervención pro-abstinencia exclusiva
18. Promoting Health Among Teens! Intervención integral de abstinencia y sexo más seguro
19. Reducing the Risk
20. Rikers Health Advocacy Program (RHAP)
21. Safer Sex
22. Raising Healthy Children. Proyecto de Desarrollo Social de Seattle
23. Sexual Health and Adolescent Risk Prevention (SHARP)
24. SiHLE
25. Sisters Saving Sisters
26. Teen Health Project
27. Teen Outreach Program
28. What Could You Do?

Las intervenciones analizadas en esta sección versan sobre distintos enfoques para la prevención del embarazo adolescente. Alentar a los adolescentes a esperar para tener relaciones sexuales; suministrar información y proveer consejería sobre métodos de planificación familiar; enseñar formas de abordar o discutir las consecuencias de la actividad sexual en la salud; así como promover el desarrollo de los mecanismos de auto-regulación del joven, son una muestra de algunas de las intervenciones más relevantes en el área de estudio.

Esta sección se centra en las intervenciones diseñadas específicamente para prevenir el embarazo adolescente, y no abarca intervenciones diseñadas para abordar otras problemáticas, con efectos en la probabilidad de reducción de embarazo adolescente. Es el caso, por ejemplo, del **Abecedarian Project**, una intervención integral de desarrollo infantil con impactos significativos y sostenibles en salud reproductiva (consultar en el Anexo las características de los programas analizados, incluido el impacto en el riesgo de embarazo adolescente, VIH y las ETS, entornos y la población en que se trabajó).

Se identifican once **(11) intervenciones** que efectivamente redujeron la probabilidad de embarazo precoz o maternidad/paternidad adolescente (el Cuadro 4 se presenta un resumen de programas de prevención de embarazo adolescente). De éstas, nueve (9) tuvieron un efecto sobre otros indicadores de interés, entre otros, siete (7) en la reducción de la incidencia del sexo sin protección o el uso de métodos anticonceptivos, seis (6) en la iniciación sexual, dos (2) en la cantidad de parejas sexuales, y tres (3) de ellos en el uso de servicios de salud pública. No obstante, ninguno de los programas aumentó la opción por pareja sexual única y solo uno (1) redujo la frecuencia de las relaciones sexuales.

En esta muestra, más de la mitad (6) de los programas se valió de diseños experimentales, cinco (5) de los cuales se consideraron evaluaciones de alta calidad; cuatro (4) tuvieron un impacto sostenido en el largo plazo; tres (3) tuvieron impactos en un subgrupo de la población, y seis (6) de ellas se diseñaron para abordar poblaciones de alto riesgo o vulnerables. Además, varias de las intervenciones son etnia (5) o género (5) específicos, y son instrumentadas a través de escuelas, organizaciones comunitarias o clínicas.

Los programas son de naturaleza variada, y atienden a poblaciones meta diversas. Abarcan contenidos e iniciativas heterogéneas, y difieren en intensidad, rangos de edad (niños, adolescentes y jóvenes), cultura, entorno (urbano/rural), y duración. La mayoría de los programas de referencia son integrales, multidisciplinarios e incluyen numerosos componentes que interactúan entre sí. De esta forma, el Programa de prevención del embarazo **California's Adolescent Sibling** está diseñado específicamente para prevenir el embarazo adolescente entre los jóvenes en situación de alto riesgo; **SiHLE** acentúa el orgullo étnico y de género, incentivando la toma de conciencia de estrategias de reducción de riesgo del VIH; **Teen Outreach** es un programa de desarrollo juvenil diseñado para prevenir conductas problemáticas adolescentes; y programas tales como **CAS-Carrera, Self-Center** y **Raising Healthy Children** están basados e integrados en el currículo académico, y adaptados a los cohortes específicos de edad.

En línea con las conclusiones de otros estudios, el uso concurrente de intervenciones como educación, desarrollo de habilidades y el fomento del uso de métodos anticonceptivos, reduce el riesgo de embarazos no planificados en adolescentes. Sin embargo, ofrecen escasa evidencia acerca de los **efectos de componentes individuales de estas intervenciones y su interacción**. La existencia de un amplio abanico de modelos de programa, con múltiples intervenciones a lo largo del ciclo de vida, ha demostrado su éxito para algunos indicadores y algunas poblaciones, en ciertos contextos; sin embargo no es posible establecer un patrón sistemático de "mejores prácticas". La evidencia sigue sin ser concluyente, y no existe un modelo de programa "ideal" cuando se trata de afectar positivamente la salud reproductiva de los adolescentes. Haciendo uso de la información disponible, en la actualidad solo es posible extraer y sistematizar **elementos y patrones en comunes**, siendo, en muchos casos, la heterogeneidad la principal característica común a la evidencia existente.

No obstante, teniendo en cuenta estas salvedades, se ofrece la siguiente caracterización de los once programas considerados:

- **Los grupos etarios** a los que se dirigen los programas incluyen: niños y niñas **Abecedarian project**, adolescentes **Self Center** y adultos jóvenes **SiHLE**. Los programas son para una edad específica y no se replicaron para cohortes e edad diferentes.
- La **intensidad** del programa varía considerablemente: los programas basados en la escuela

tienden a ser más prolongados y a extenderse a lo largo de todo el año escolar (y en todos los grados). Este es el caso del programa **CAS-Carrera** (3 a 7 años, 4 horas a la semana). Los programas basados en clínicas y centros comunitarios tienden a ser más breves, con un mínimo de 4 sesiones de 4 horas cada una, **SiHLE**.

- **Los costos del programa** también varían con la calidad e intensidad (por ejemplo **CAS-Carrera**, de US\$4.500 por persona aproximadamente, versus **SiHLE**, de US\$300).
- Algunos de estos programas tienen **efectos indirectos** en otros indicadores de interés, como el consumo de alcohol, el rendimiento académico y las tasas de deserción escolar. Es el caso del programa **Raising Healthy Children** que impactó en el rendimiento escolar y redujo los niveles de delincuencia y consumo de alcohol. **SiHLE** redujo, en el largo plazo, la incidencia de ETS, y **Abecedarian project**²¹ tuvo un impacto en el consumo de marihuana, a la vez que aumentó la calidad del empleo entre los participantes. Algunos programas, tal y como **Teen Outreach** fueron diseñados para prevenir conductas de riesgo como el fracaso escolar, entre ellas también el embarazo adolescente.
- Las intervenciones basadas en la escuela suelen estar integradas en el **currículo académico**, en materias, tales como Ciencias, Ciencias Sociales o Biología (caso de los programas **School/Community Program** o **Teen Outreach**), o pueden consistir en actividades extra-curriculares recreativas o deportivas, **Raising Healthy Children**. También, en ocasiones algunos servicios sociales pueden asociarse y vincularse con la asistencia a la escuela **Self Center**.
- Un alto porcentaje de programas integra **incentivos** con el fin de alentar la participación. Tales incentivos incluyen **servicios de salud pública y gratuita Self Center, transporte gratuito Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program, School/Community Program**, y acceso a **cobertura médica Sibling Pregnancy Prevention Program**.
- Tres de las intervenciones que obtuvieron resultados de largo plazo incluían actividades orientadas a la **interacción y capacitación parental**, entre otros **Project TALC, Adolescencia: Tiempo de Decisiones**. Si bien este enfoque es prometedor, estos programas presentan variadas clases de intervenciones y no se han evaluado componentes individualmente. Otros programas como **Raising Healthy Children, Peer-led Sex Education, y School/Community Program**, capacitan a los jóvenes para actuar como transmisores, educadores y facilitadores, promoviendo un “contagio social” positivo.
- **Muchos de los programas tienen éxito con un género pero no con el otro**. Se halló que el **Draw the Line/Respect the Line** tuvo mayor impacto en la población masculina, en tanto que **CAS-Carrera** afectó más a la femenina. El hallazgo de impacto de las distintas intervenciones en función del género, se justifica en muchos de los casos por la influencia de las normas sociales en el contexto del Programa, y por contar con un diseño más apropiado a un género en particular. Por ejemplo **CAS-Carrera** argumenta una fuerte

21 **Abecedarian Project** es un programa destinado a la primera infancia que no se incluyó en el análisis ya que el programa no tenía por objetivo explícito reducir el embarazo adolescente, sino la promoción y desarrollo infantil. El programa se enfoca, a través de personal capacitado, en niños y niñas de hasta 5 años, y demostró impactos significativos en el largo plazo en cambios de conducta de la población objetivo, así como en la reducción de embarazo adolescente.

fuerte presión urbana en los jóvenes sobre las relaciones sexuales precoces y paternidad, por lo que para ejercer un mayor impacto, se recomienda comenzar en el caso de los jóvenes a una edad más temprana. Los evaluadores y diseñadores del Programa *Draw the Line/Respect The Line*, argumentan que el programa se aproxima a los mecanismos que permiten retrasar la iniciación sexual entre jóvenes de sexo masculino, pero que es necesario seguir investigando y adaptando estos mecanismos para el sexo femenino. Otros programas están diseñados incluyendo la perspectiva de género; entre ellos, *SiHLE*, por ejemplo, se diseñó para las jóvenes, mientras que el programa *Be Proud, Be Responsible!*, es ofrecido a la población masculina y encuentra su homólogo adaptado a la población femenina en *Be Proud, Be Responsible, Be Protective!*.

- Algunos programas fueron evaluados específicamente con respecto de su eficacia con **múltiples grupos raciales y étnicos**. Entre estos, *Project TALC*, *CAS-Carrera*, y el programa *Teen Outreach* que atienden principalmente a **latinos y afroamericanos**.
- **Varios programas al ser replicados en distintos contextos arrojan diferentes resultados al ser evaluados**, lo que indica que su currículo y su planificación no son los únicos elementos necesarios para configurar una intervención exitosa. La pertinencia y adaptabilidad del contenido a la población y al contexto de estudio, así como su operativa (entre otros a considerar métodos de implementación y contratación de personal), son potenciales elementos diferenciadores a tener en cuenta en la planificación, diseño e implementación de la intervención. Este es el caso de algunos programas tales como *Be Proud! Be Responsible!*, *Postponing Sexual Involvement*, *Washington State Client Centered Pregnancy Prevention Programs*, *the Teenage Parent Demonstration*, y el *Quantum Opportunities Program*. El programa *¡Cuidate!* (derivado de *Be Proud! Be Responsible!*) se probó en un estudio llevado a cabo en Filadelfia, Pensilvania, con 553 jóvenes, en su mayoría puertorriqueños (249 varones y 304 mujeres) de 13 a 18 años de edad. El estudio se repitió con 829 jóvenes en Monterrey, México (371 varones y 459 mujeres); los efectos varían significativamente entre ambos entornos en indicadores impactados y tamaño de efectos. Este también es el caso del *School/Community Program*, replicado en los Condados de Geary y Franklin, Kansas, EE.UU.
- **No existe uniformidad de contenido**. En las clínicas, los servicios son más homogéneos y poseen elementos en común, (educación sexual, orientación, atención médica y provisión de métodos de planificación familiar), que usualmente ofrecen y se articulan a través de personal capacitado. Los programas basados en las escuelas y centros comunitarios involucraron actividades tanto culturales y recreativas, *SiHLE*, *CAS-Carrera* y *Tailoring Family Planning*, hasta el apoyo personalizado basado en técnicas desarrollo socio-emocional como por ejemplo *California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention Program*.
- Las intervenciones más intensivas y prolongadas coinciden en ser **programas integrales y multidisciplinarios**, mostrando impactos significativos en la reducción del embarazo adolescente y otras variables de interés. No obstante, estos programas son también los más costosos y difíciles de replicar.

La mayoría de los estudios están limitados por la **calidad de información**. Es práctica común a los estudios, la utilización de mediciones auto-administradas. En algunos casos se hace uso adicional de datos administrativos como por ejemplo, registros de nacimientos; y en casos excepcionales las mediciones fueron validadas biológicamente. En varios de los estudios revisados se encontraron medidas reportadas por un tercero, por ejemplo, la información provista por jóvenes sobre el uso de píldoras anticonceptivas de sus parejas; así como índices compuestos que no explicitan su metodología en su composición y combinan varias mediciones a través de escalas de interpretación o riesgo conductual. Estas mediciones y por tanto los resultados de estos estudios se excluyen de la revisión por sus limitaciones desde el punto de vista de su calidad e interpretación.

A pesar de lo limitado de la evidencia, los estudios sugieren que los programas cuyo núcleo se basa en el **desarrollo no cognitivo** (promover la confianza, la autoestima, las habilidades de negociación, etc.), especialmente cuando está reforzado por **factores socio-emocionales**, y combinados con habilidades “técnicas” (educación y desarrollo profesional), pueden aumentar el uso de métodos de planificación familiar y reducir los índices de embarazo. En la mayoría de las intervenciones revisadas, la descripción sobre los componentes no cognitivos y su operativa es escasa y se encuentran diluidos en la intervención; de modo que si bien son reconocidos como relevantes para el éxito de la intervención, aún no se conoce el peso específico de estos componentes en el cambio conductual.

Como ya se mencionó, no existe evidencia rigurosa sobre cómo los **componentes individuales** funcionan separadamente o en combinación con otros servicios y actividades. No obstante, se ha demostrado que “solo” la abstinencia, el acceso a servicios de salud y a métodos anticonceptivos no ejercen un impacto significativo en los indicadores de interés. La evidencia existente (Kirby et al., 2007; Mathematica, 2010), sugiere que las intervenciones vinculadas al acceso oportuno a los servicios, con el desarrollo de habilidades técnicas (educación sexual), pueden reducir los índices de embarazo adolescente. Si bien, estas reducciones pueden venir asociadas a la oportuna interacción con la promoción de habilidades de tipo interpersonal, los cuales pueden llevar a cambios conductuales. El equilibrio entre componentes y servicios ofertados es todavía un misterio y necesita de un esfuerzo de investigación, así como de un análisis del contexto del programa y su marco lógico.

Finalmente, Kirby et al. (2007), sugieren que los **programas basados en habilidades** fueron más eficaces en el cambio de conducta, que aquellos basados en conocimiento e información. Gran parte de los programas revisados, apuntan a un cambio de actitudes y creencias (especialmente en los programas adaptados culturalmente y programas de abstinencia)²². No obstante cambios en actitudes y creencias no necesariamente implican un cambio en el comportamiento. Banerjee y Duflo, (2011), sugieren que la baja tasa de utilización de métodos anticonceptivos entre mujeres con ingreso por debajo de la línea de pobreza, no constituye necesariamente una indicación de falta de acceso. De esta manera, justifican la

22 Jemmott et al., 2010, sugiere que una debilidad común en las intervenciones para cambios conductuales, es la comprobación de su eficacia en el corto plazo, desapareciendo progresivamente al realizar un seguimiento a largo plazo (especialmente en el caso de intervenciones pro-abstinencia). A diferencia de numerosas conductas de riesgo (por ej. fumar cigarrillos, consumir drogas), la relación sexual es una conducta determinada por edades.

probada efectividad de estos programas, por su interacción con otros componentes de la intervención, dirigidos más al cambio conductual que al suministro y por tanto mero acceso a métodos de planificación familiar (ver discusión acerca del programa Matlab en Banerjee y Duflo, 2011). El análisis del programa Profamilia, en Colombia, un programa centrado en la provisión de métodos anticonceptivos concluye que el programa tuvo un reducido efecto en los índices de fertilidad de los participantes²³. Los autores sostienen que el acceso a anticonceptivos puede generar satisfacción entre los participantes del programa, en cuanto les ofrece una forma mucho más cómoda de controlar su fertilidad que las alternativas disponibles. Sin embargo, por sí misma, la medida no parece impactar significativamente sobre **la reducción de la fertilidad**, aunque sí en **retrasar la edad del primer embarazo**. Esto sugiere que programas que incentivan el acceso, debieran incluir también actividades que potencien el cambio de conducta e incentiven a su uso (demanda). Lamentablemente, en numerosos países de la región, el acceso a métodos de planificación familiar es limitado al joven, a menos que sus padres den un consentimiento oficial.

23 El acceso al programa Profamilia redujo los índices de fertilidad en apenas un 5 por ciento, cifra que representa menos de un décimo del total de la tendencia decreciente en fertilidad en Colombia desde la década de 1960.

CUADRO 4: RESUMEN DE PROGRAMAS EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

(1) CAS-Carrera Program (programa extra-curricular o vinculado a la comunidad, estudio de control aleatorizado): Mujeres de entre 13 y 18 años. Intervención integral basada en centros comunitarios, que varía desde la educación sexual y reproductiva hasta la discusión de problemas laborales, con facilitadores altamente capacitados. Exposición intensiva: entre 3 y 7 años, entre 3 y 4 horas por día.

(2) Raising Healthy Children/Programa de desarrollo de Seattle (escolarizado, cuasi-experimental): Adolescentes de hasta 12 años. Intervención integral en escuelas urbanas con docentes y jóvenes capacitados. Exposición intensiva: entre 3 y 7 años, entre 3 y 4 horas por día.

(3) Project TALC (centros comunitarios, estudio de control aleatorizado): Jóvenes de entre 11 y 18 años con un padre con VIH/SIDA. Apoyo brindado por trabajadores sociales y alumnos, en centros de salud. Actividades conjuntas con padres e hijos respecto de salud sexual y reproductiva y otros tratamientos relacionados con el VIH/SIDA. Exposición extendida: Entre 4 y 6 años, una vez por semana.

(4) Teen Outreach Program (escolarizado, estudios de control aleatorizado): Jóvenes de entre 12 y 18 años con dificultades académicas. Sesiones en las escuelas con contenido incorporado en el programa académico y facilitado por docentes, personal de orientación o jóvenes trabajadores capacitados. Información integral, con hincapié en el rendimiento académico más que en la salud sexual y reproductiva. Exposición: 20 horas por año.

(5) School/Community Program for Sexual Risk Reduction among Teens (escolarizado, cuasi-experimental): Adolescentes hasta el 12.º grado. Sesiones intensivas en escuelas con docentes, pares capacitados y profesionales. Contenido incorporado en el programa académico de otras materias. Vinculado al centro de salud y la orientación.

(6) Self Center (servicios de salud vinculados a las escuelas, cuasi-experimental): Adolescentes y mujeres adultas jóvenes en áreas urbanas. Servicios de orientación sobre temas de salud reproductiva y educación sexual, facilitado individualmente o en grupos, en clínicas neonatales y/o vinculados con el centro de salud. Profesionales capacitados.

(7) California's Adolescent Sibling Pregnancy and Prevention (escolarizado/vinculado a la comunidad, en organizaciones comunitarias o clínicas, cuasi-experimental): Jóvenes de entre 11 y 17 años. Combinación de servicios de educación sexual y reproductiva con el desarrollo de la autoestima, apoyo académico y deportes, ofrecido en un centro comunitario. Exposición intensiva con personal calificado.

(8) SiHLE (Organizaciones comunitarias o clínicas, estudios de control aleatorizado): Jóvenes de entre 14 y 18 años en áreas urbanas y suburbanas. Se ofrecieron servicios en los centros de atención médica, por profesionales capacitados, en sesiones interactivas de 4 horas de duración cada una. El contenido se centra en la salud sexual y reproductiva, temas de género y el empoderamiento.

(9) Tailoring Family Planning Services to the Special Needs of Adolescents (Centros comunitarios o clínicas, estudio de control aleatorizado): Jóvenes de hasta 18 años. Capacitación en centros de atención médica ofrecida por orientadores o profesionales sanitarios. Contenido sobre desarrollo psicosocial.

(10) Adolescencia: Tiempo de decisiones (escolarizado, cuasi-experimental): Estudiantes de entre 12 y 17 años. Sesiones en escuelas, facilitadas por profesionales capacitados y con orientación permanente. Contenido relacionado con la salud, VIH/SIDA, educación y derechos.

(11) Peer-led Sex Education (escolarizado, estudio de control aleatorizado): Jóvenes de entre 13 y 14 años. Sesiones escolares interactivas guiadas por educadores pares, voluntarios. Grupos mixtos de dos y cuatro alumnos. Contenido: comunicación sexual, uso de preservativos, embarazo, ETS (incluido el VIH), métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual locales.

Fuente: Autores, basado en la descripción de programas.

IV. Intervenciones efectivas para reducir las ETS

Además de numerosas consecuencias indeseadas, los embarazos tempranos también son un indicador de prácticas sexuales de riesgo, lo que se traduce en una mayor probabilidad de contraer ETS y VIH/SIDA. Este es el caso de los adolescentes (de entre 10 y 19 años), y los adultos jóvenes (entre 20 y 24), que se encuentran en un mayor riesgo relativo de contraer ETS. Aparte de los factores sociales y económicos, existen algunos factores físicos que pueden aumentar la vulnerabilidad del joven y su propensión a ser infectado. Las adolescentes poseen una capa de células delgada y vulnerable en el cuello de la matriz, haciéndolas más vulnerables a contraer ETS específicas, por ejemplo Clamidia, causada por un aumento en ectopia cervical²⁴. La mayor prevalencia de las ETS entre los adolescentes refleja asimismo numerosas barreras en el acceso a los servicios de prevención de ETS de buena calidad, incluyendo la falta de seguro médico, capacidad de pago, distancia al servicio, falta de instalaciones y servicios diseñados para adolescentes, además de aspectos relacionados con la confidencialidad. Por lo tanto, son necesarias intervenciones que reduzcan esas barreras, y por tanto incluyan elementos particularmente diseñados para este grupo etario y su problemática.

Se identificaron **(8) intervenciones** que han contribuido a la reducción de las ETS. Estos programas se implementan en su mayoría en centros educativos o clínicas de salud. Casi todos ellos incluyen educación sexual, orientación y suministro de anticonceptivos. Los juegos de roles, la dinámica de grupo y las interacciones con pares asimismo, son elementos comunes en los programas de prevención de ETS/VIH. Común a la sección anterior, estas intervenciones pueden variar en contenido, entorno, grupo etario y enfoque cultural. No obstante, gran parte de las intervenciones incluye componentes de resolución de problemas y habilidades para la vida, que refuerzan la confianza y las destrezas de negociación; así como integran los juegos de roles, actividades lúdicas y de dinámica de grupo, con el objetivo de estimular mecanismos individuales de autorregulación. A través del desarrollo de habilidades para promover el cambio, se incentivan conductas de bajo riesgo, haciendo uso de la participación e interacción de pares, padres y mediante el refuerzo comunitario y social. El desarrollo y promoción de estas habilidades facilita y promueve la capacidad de negociación, así como actitudes y creencias más positivas acerca de la abstinencia, y un mayor sentimiento de orgullo y responsabilidad de marcar una diferencia. Apoyan, asimismo, a fijar temporalmente el grado de riesgo que se está dispuesto a asumir, todos estos, elementos esenciales para promover una menor incidencia de conductas sexuales asociadas al riesgo de ETS/VIH.

Las intervenciones revisadas se caracterizan de la siguiente forma:

- Seis de ocho incluyen una **evaluación experimental**.
- Todos los programas son **urbano-específicos**.

²⁴ Ectopia cervical: es la salida del tejido endocervical (pared interna del cuello uterino) hacia fuera, resultando visible. Se produce por la acción de hormonas femeninas, muy frecuente en mujeres en edad fértil, durante el embarazo, y en usuarias de anticonceptivos orales. La mayoría de las veces es asintomática y tiende a la resolución espontánea.

- La mayoría son **multiétnicos y culturalmente específicos**. Por ejemplo, *Aids Prevention for Adolescents in Schools*, *SAFE*, *Horizons*, *Sisters Saving Sisters*, *HIV Risk Reduction for African-American & Latin Adolescent Women*.
- Tres (3) programas, *Raising Healthy Children*, *Aids Prevention* y *What Could You Do?*, están basados en la escuela en tanto que el resto se implementan en clínicas o comunidades. Los programas de prevención de VIH/ETS de eficacia comprobada y basados en la escuela, combinan componentes educativos diseñados específicamente para abordar las conductas sexuales de alto riesgo, con **componentes para el desarrollo de jóvenes** que ofrecen habilidades más generales, y apoyan a los adolescentes a involucrarse en conductas saludables y en la resolución de problemas.
- Dos programas, *Sisters Saving Sisters* y *What Could You Do?*, son **género específicos**.
- Las intervenciones implementadas en clínicas médicas o en la comunidad, posibilitan el **acceso a otras poblaciones de alto riesgo** y fortalece vínculos con servicios médicos preventivos. Este es el caso del programa *Horizons*, intervención basada en clínicas, ofrece cupones de descuento para el adolescente y joven con el fin de promover el uso de servicios de diagnóstico y tratamiento de ETS.
- Todos los programas ofrecen **conocimiento integral** - información temática, desarrollo de habilidades y destrezas de negociación-, con el objetivo de lograr cambios en las actitudes o creencias y por ende, cambios en la conducta del joven.
- Dos de los programas, *HIV Risk Reduction* y *Women's Health Project*, se distinguen por la **intensidad de las sesiones**: 250 minutos por sesión.
- Tres programas, *Sisters Saving Sisters*, *Aids Prevention* y *HIV Risk Reduction*, poseen **impactos a corto plazo** (menos de un año); cuatro de ellos, *What Could You Do?*, *Horizons*, *SAFE* y *Women's Health Project*, tienen **impactos sostenidos**; en el caso de *Focus*, el impacto a largo plazo se detecta únicamente en un subgrupo de la población meta.
- Todos los programas requieren de **personal calificado y capacitado** a excepción del programa *What Could You Do?*, que se basa en un video informativo interactivo. También se estima que este programa tiene un menor costo de implementación.
- Dos de los programas, *Raising Healthy Children* y *SiHLE*, han contribuido a la prevención de ETS/VIH y abordaron al mismo tiempo el embarazo adolescente. Ambos son específicos para grupos socio-culturales y edades distintas; *SiHLE* además es específico de género. Las dos intervenciones son intensas y generan impactos sostenidos.

Investigaciones recientes muestran que los programas de prevención de VIH/ETS bien diseñados e implementados pueden reducir las conductas de riesgo sexual entre los estudiantes mediante la **postergación de la edad de la primera relación sexual**²⁵, **reduciendo el número de parejas sexuales**²⁶, **disminuyendo la cantidad de veces en que los jóvenes tienen relaciones sexuales sin protección**²⁷, y **aumentando el uso del preservativo**²⁸. Pascaline Dupas y Michael Kremer²⁹, tras la realización de una serie de experimentos simultáneos en Kenia, sugieren que los adolescentes toman decisiones calculadas y racionales, si bien con información limitada, sobre con quién tener relaciones sexuales y bajo qué condiciones. Según estos estudios, el suministrar información de utilidad para el joven, sobre la que basar un proceso racional de toma de decisiones, puede ocasionar cambios en el comportamiento del mismo. Este es un hallazgo de gran importancia en las intervenciones dirigidas a cambiar la conducta, por ejemplo, a través de un impacto en las preferencias inter-temporales, y mediante el uso específico de incentivos.

Un estudio sistematizado llevado a cabo por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) de EE.UU., (2010)³⁰, sugiere varios atributos clave comunes entre los programas efectivos de prevención de VIH/ETS: a) facilitado por instructores capacitados; b) apropiados y adaptados para la edad (currículo especificado para diferentes grupos etarios); c) inclusión de actividades para el desarrollo de habilidades, como apoyo para el fomento de conductas saludables, combinada con la participación de los padres, organizaciones para jóvenes y entidades en salud. Este estudio sugiere como enfoque prometedor para la prevención del VIH, la inclusión de actividades encaminadas al desarrollo de habilidades necesarias para evitar riesgos en salud, incluyendo conductas sexuales de alto riesgo. Estos programas promueven el cómo resolver problemas, comunicarse con otros y planificar para el futuro, además de ayudarles a desarrollar vínculos positivos con sus padres, escuelas y comunidades.

Finalmente, señalar que los programas efectivos de prevención de VIH/ETS son rentables. Un análisis económico de un programa de reducción de conductas de alto riesgo sexual basado en escuela reveló que por cada dólar invertido en el programa, se generan ahorros de \$2,65 en costos médicos y pérdida de productividad (Wang et al., 2000). Otros estudios revelaron un ahorro similar en el caso de programas de prevención focalizados en jóvenes en alto riesgo de contraer VIH (hombres jóvenes homosexuales y bisexuales, así como adolescentes varones afroamericanos del área urbana³¹).

25 CDC, 2010; Tortolero et al., 2010; Coyle et al., 2004; Sikkema et al., 2005; y Jemmot et al., 2010.

26 Jemmot et al., 2010; Villaruel, 2006; Koniak-Griffin, 2003.

27 Coyle et al., 2006; Jemmot et al., 2005

28 Coyle et al., 2006; Jemmot et al., 2005; DiClemente et al., 2004 y 2009.

29 Para conocer más detalles sobre las intervenciones y la discusión, consultar Dupas, 2011; Duflo et al., 2006; Duflo et al., 2011; Kristof and WuDunn, 2009; Banerjee and Duflo, 2011.

30 Center for Control Diseases (CDC). Un análisis de 48 estudios de investigación que revela que alrededor de los dos tercios de los programas de prevención de VIH/ETS incluidos tuvieron un impacto significativo en la reducción de las conductas sexuales de alto riesgo, incluida la postergación de la primera relación sexual, una disminución en la cantidad de parejas sexuales, y un aumento en el uso de preservativos o anticonceptivos.

31 Tao et al., 1998; Kahn et al., 2001; Pinkerton et al., 2000.

CUADRO 5 - RESUMEN DE PROGRAMAS EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE ETS

(1) AIDS Prevention for Adolescents in School (escolarizado, cuasi-experimental): Enfatiza sobre la práctica con una sola pareja sexual, la reducción del número de parejas sexuales y el aumento en el uso de preservativos. Seis sesiones de 1 hora, sobre el VIH y las ETS. Capacitación para docentes.

(2) HIV Risk Reduction for African-American & Latin Adolescent Women (clínicas, cuasi-experimental): Centrado en la reducción del número de parejas sexuales y los encuentros sexuales de riesgo. Una sesión de 4 horas en un centro de atención médica, que cubre temas de VIH/SIDA, planificación familiar, salud sexual, y situaciones de riesgo.

(3) Project SAFE – Sexual Awareness for Everyone (clínicas, estudio de control aleatorizado): Enfocado en la reducción de prevalencia de clamidia y gonorrea entre las mujeres jóvenes. Tres sesiones de 3 a 4 horas cada una en centros de atención médica, tratando VIH y ETS. Dirigidos por consejeras mujeres de la misma etnia. Tratamientos de ETS y chequeos a los 6, 12, 18 y 24 meses.

(4) Horizons (clínicas, estudios de control aleatorizado): Enfocado en la reducción de la probabilidad de reportar clamidia entre las mujeres de entre 15 y 21 años. Dos sesiones grupales de 4 horas (los días sábado) en centros de atención médica. Los temas incluyen autoestima, ETS y uso de preservativo. Se brinda apoyo monetario para que las parejas realicen tratamiento de las ETS.

(5) Sisters Saving Sisters (centros comunitarios o clínicas, estudio de control aleatorizado): Centrado en la reducción de la probabilidad de reportar clamidia, gonorrea y tricomoniasis entre mujeres jóvenes latinas y afroamericanas. Una sesión de 250 minutos en un centro de salud comunitario. Contenido: habilidades de negociación, uso de preservativo e información sobre abuso de alcohol y drogas. Consejeros capacitados. Bajo costo.

(6) What Could You Do? (en clínicas o centros comunitarios, estudio de control aleatorizado): Enfocado en la reducción la probabilidad de reportar ETS entre mujeres de entre 14 y 18 años. Video de 45 minutos sobre encuentros sexuales, salud reproductiva y ETS. No requiere de personal capacitado. Formato digitalizado y material disponible.

(7) Women's Health Project (en clínicas, estudio de control aleatorizado): Reducción de riesgo de VIH/ETS entre adolescentes afroamericanas y latinas sexualmente experimentadas. Sesiones informativas en clínicas. Discusiones grupales, videos, juegos y ejercicios experimentales guiados por facilitadores mujeres capacitadas.

(8) Focus (en clínicas o centros comunitarios, estudio de control aleatorizado): Prevención de ETS y embarazos no planificados entre las mujeres jóvenes de entre 17 y 22 años de edad, mediante la mejora del conocimiento sobre el embarazo, las ETS y los anticonceptivos. Busca modificar las actitudes y desarrollar habilidades que tengan un impacto en la conducta sexual. Cuatro sesiones de 2 horas. Seguimiento a los 14 meses.

Fuente: Autores, basado en la descripción de programas.

CUADRO 6 - CONCURRENCIA: ¿UN FACTOR DE RIESGO QUE CONDUCE A ETS?

La concurrencia o las relaciones sexuales con parejas múltiples y superpuestas pueden facilitar la rápida propagación de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH (Morris & Kretzschmar, 1997). Si bien los debates se centran en el rol de la concurrencia en la propagación de la epidemia de VIH (Lurie & Rosenthal, 2010; Mah & Halperins, 2010), la concurrencia en parejas sexuales, se identifica como un factor clave en la propagación de VIH en África meridional y oriental, y justifica que las intervenciones que abordan este aspecto reciban la mayor parte de los recursos de prevención.

Las prácticas sexuales varían ampliamente y los individuos que poseen varias parejas sexuales pueden o no involucrarse en relaciones sexuales concurrentes. Los investigadores distinguen entre la *monogamia serial*, en la cual un individuo posee múltiples parejas sexuales sin que existan relaciones superpuestas, y la concurrencia. Los individuos involucrados en relaciones concurrentes pueden o no tener un alto número de parejas sexuales de toda la vida, ya que algunas relaciones concurrentes son relaciones de largo plazo, estables o "cerradas", como en el caso de la poligamia. Existe un cierto grado de controversia acerca de la naturaleza de distintas normas culturales para las parejas múltiples y los riesgos que implican estas relaciones.

Si bien estos tipos de relaciones no se excluyen mutuamente, sí existen diferentes riesgos asociados con las parejas múltiples en comparación con las parejas sexuales concurrentes. Para el individuo con parejas múltiples pero no concurrentes, el riesgo de adquirir VIH está directamente relacionado con la cantidad de parejas sexuales que posee a lo largo del tiempo. No obstante, en las relaciones de pareja concurrentes, la conducta de la pareja o la participación en relaciones sexuales concurrentes tiene un efecto profundo en su rol como transmisor del VIH. Por ello, el riesgo de un individuo no se puede calcular exclusivamente sobre la base de su conducta. También debe evaluarse la conducta de la pareja. Por ejemplo, un individuo puede tener únicamente una pareja sexual, pero si esa pareja está vinculada a una red sexual más amplia a través de relaciones concurrentes, entonces el individuo presenta un riesgo más alto de contraer VIH.

Sin duda, las políticas públicas deberían tomar en cuenta este fenómeno y sus implicaciones, así como fomentar la generación de conocimiento sobre los efectos de programas que van encaminados a su prevención.

V. Intervenciones efectivas para reducir conductas sexuales de alto riesgo

La presente sección se concentra en las intervenciones que demostraron resultados efectivos sobre un **aumento en el uso de anticonceptivos** o una **reducción en la cantidad de parejas sexuales**. La mayoría de las intervenciones citadas aplicaron evaluaciones rigurosas mostrando **impactos a corto plazo**.

En esta línea, se identificaron **(15) intervenciones** con impacto en al menos uno de los indicadores relevantes mencionados. Al igual que en las secciones anteriores, la descripción de los programas permiten identificar características en común. No obstante, existe una variabilidad significativa en la intensidad de los programas. Algunos programas ofrecen una sola sesión de 5 horas, en tanto que otros, incluyen 14 sesiones de 1 ó 2 horas cada una. En general los programas seleccionados tienen una duración breve (menos de un mes) y los impactos se miden en el corto y mediano plazo (entre 3 y 12 meses). Únicamente dos de los programas tienen un seguimiento hasta los 18 meses, y uno sólo presentó los resultados de la evaluación a los 24 meses. Debido a los diferentes períodos empleados por las evaluaciones de impacto, y a la variabilidad en la intensidad de implementación (cantidad y

duración de sesiones, que incluso puede variar dentro de un mismo programa), no es posible establecer una correlación entre intensidad, capacidad del personal, lugar de facilitación (escuela, centro médico o comunitario), y duración de los efectos del programa. A fin de una rápida evaluación, el Cuadro 7 ofrece un resumen de los programas seleccionados (consultar la descripción detallada en el Anexo 3).

Los elementos comunes observados en las intervenciones para una reducción efectiva de la concurrencia y/o aumento del uso de anticonceptivos en los jóvenes, son los siguientes:

- **Actividades en grupos pequeños**, guiadas por profesionales o facilitadores capacitados, incluyen debates grupales, materiales audiovisuales (por ej., videos), demostraciones y juegos de roles.
- **Contenidos en común:** Todos son programas de educación sexual e incluyen información sobre ETS y VIH, el uso correcto de preservativos y anticonceptivos, prevención del embarazo, habilidades de negociación y comunicación asertiva.
- **Contenido específico:** Información específica al contexto adaptada a la raza y la cultura, abordaje de roles de género, estructuras familiares, el abuso de alcohol y las relaciones sexuales. Algunos programas están orientados a metas, utilizan la terapia motivacional y la promoción de servicios voluntarios en la comunidad.
- Están facilitados por **instructores entrenados**.
- **Son apropiados para la edad. Diferentes contenidos y actividades didácticas dependiendo el grupo etario.**
- Entre los componentes adicionales se cuentan el **desarrollo de habilidades**, el apoyo a las conductas saludables en entornos escolares, y la **participación de padres, pares y la comunidad**.

Además, otras características destacadas:

- Varios de los programas son versiones o adaptaciones de otros. Por ejemplo, *All4you!* y *Making Proud Choices!* están inspirados en *Be Proud! Be Responsible!*, y un tercer programa *Be Proud! Be Responsible! Be Protective!* es una adaptación de *Be Proud! Be Responsible!*, para dirigirse a madres adolescentes y embarazo precoz.
- Algunos de los programas han sido **replicados en otros contextos con diferentes resultados**. El programa *Cuidate!* está dirigido a poblaciones de origen latinoamericano. El mismo programa, parcialmente adaptado, se replicó en México, con diferentes resultados.
- Los programas de baja intensidad (menos de 15 horas) pueden ser eficaces (ej. *FOCUS*). Otros programas tales como *Be Proud! Be Responsible! Be Protective!* y *Be Proud! Be Responsible!* arrojan efectos significativos sobre la reducción de número de parejas sexuales en los tres meses anteriores a la evaluación. Con vistas a la **sostenibilidad de los efectos**, se requiere de evaluaciones de períodos más prolongados para obtener información sobre la sostenibilidad de estas intervenciones y sus efectos a largo plazo.
- Algunos programas son **género específicos**: *FOCUS*, *Be Proud! Be Responsible! Be Protective!*,

CHARM, y Be Proud! Be Responsible!

- Los programas basados en abstinencia y sexo más seguro, como *Promoting Health Among Teens*, mostraron eficacia en la reducción de la cantidad de parejas sexuales entre la población afroamericana.
- Los programas están dirigidos a **grupos de distintos grados de vulnerabilidad**, según se determina por rango de edad y riesgo. *Rikers Health Advocacy Program* y *HIV Reduction Among Detained Adolescents* apuntan a adolescentes en alto riesgo ubicados en centros de detención juvenil.
- Los **programas intensivos** como *SiHLE*, con reducción efectiva de embarazo adolescente, también tienen efectos importantes en el uso de anticonceptivos.
- **Reducción de conductas de riesgo y ahorro de recursos** . El CDC afirma que los programas eficaces de prevención de VIH/ETS son, además, rentables. Como ya se mencionó, un análisis económico de un programa escolarizado de reducción de comportamientos sexual riesgosos reveló que por cada dólar invertido en el programa, se ahorran \$2,65 en costos médicos y pérdida de productividad (Wang et al., 2000).

CUADRO 7: RESUMEN DE PROGRAMAS EFECTIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS SEXUALES DE ALTO RIESGO

(1) All4You! (escolarizado y vinculado a la comunidad, estudio de control aleatorizado,): Diseñado para reducir el riesgo de VIH, otras ETS y el embarazo no planificado entre jóvenes con edad de asistir a escuela secundaria, asistiendo a escuelas alternativas de la comunidad. El contenido del programa se extrae del currículo de Be Proud! Be Responsible!, y del programa Safer Choices.

(2) Be Proud!, Be Responsible! (centros comunitarios, estudio de control aleatorizado): Diseñado para retrasar la iniciación sexual de jóvenes, reducir las relaciones sexuales sin protección entre jóvenes urbanos sexualmente activos y apoyar la toma de decisiones responsables respecto de su conducta sexual. Hace hincapié el sentido de comunidad, responsabilidad y en el orgullo: proteger a las familias y la comunidad. El foco de atención es en VIH/SIDA.

(3) Be Proud! Be Responsible! Be Protective! (centros comunitarios, estudio de control aleatorizado): Centrado en el rol de la protección maternal y alienta a los adolescentes a tomar decisiones sexuales saludables y disminuir la conducta sexual de alto riesgo. Además, alienta a los adolescentes a asumir responsabilidad de sus actos y aumenta la concientización sobre el efecto del VIH/SIDA en sus hijos o hijas.

(4) Becoming a Responsible Teen or BART (programa extra-curricular u centro comunitario, estudio de control aleatorizado): Intervención para la prevención del VIH diseñada originalmente para adolescentes afroamericanos. Apunta a mejorar la comunicación y las habilidades de negociación relacionadas con el uso del preservativo, además de aumentar el conocimiento sobre el VIH/SIDA.

(5) Cuidate! (centros comunitarios, cuasi-experimental): Incorpora aspectos de la cultura latinoamericana, incluida la importancia de la familia y las expectativas de los roles de género (por ejemplo, el machismo, redefinido como la responsabilidad de un hombre de cuidar y proteger a su pareja y familia). Se utilizan creencias culturales para enmarcar la abstinencia y el uso de preservativo como formas eficaces y culturalmente aceptadas de prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.

(6) FOCUS (entorno específico, estudio de control aleatorizado): Diseñado para prevenir las ETS y los embarazos no planificados entre las mujeres jóvenes. Originalmente se dirigía a las reclutas de los Cuerpos de la Marina de los EE.UU durante su primera semana de entrenamiento. Se concentra en elementos clave de la información, la motivación y las habilidades de conducta.

(7) HIV Reduction Among Detained Adolescents (entorno/población especializada, estudio de control aleatorizado): Una sesión grupal, diseñada para reducir las conductas sexuales de riesgo, incluyendo las conductas sexuales relacionadas con el alcohol, y promover el uso de preservativo.

(8) Making Proud Choices (programa extra-curricular o centro comunitario, estudio de control, aleatorizado): Currículo global de educación sexual que apunta a reducir el riesgo de adquirir VIH y otras ETS entre los adolescentes jóvenes, así como el riesgo de embarazo. Diseñado para ampliar la concientización sobre el VIH, las ETS y la prevención del embarazo, fomentar las habilidades que respaldan la abstinencia y las prácticas sexuales más seguras, y también aumentar la capacidad de usar correctamente los preservativos entre los adolescentes.

(9) Promoting Health among Teens! (programa extra-curricular o centro comunitario, estudio de control aleatorizado): Diseñado para ampliar la concientización y el conocimiento acerca de VIH/ETS; aumentar la comprensión sobre la abstinencia como prevención para el embarazo, las ETS y el VIH; fortalecer creencias de conducta que avalan el uso del preservativo y desarrollar habilidades de negociación y rechazo para practicar la abstinencia, además del uso eficaz de los preservativos.

(10) Reducing the Risk (programa escolarizado, diseño cuasi-experimental): Inducir cambio en conocimientos, creencias, valores e intenciones relacionadas con la abstinencia, la actividad sexual sin protección, el embarazo adolescente no planificado y el contagio de ETS, entre alumnos de las escuelas secundarias. El currículo acentúa las habilidades de rechazo y las conductas alternativas que respaldan la abstinencia.

(11) Rikers Health Advocacy Program (poblaciones/entornos especiales, cuasi-experimental): Diseñado para promover las habilidades de resolución de conflictos para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes en alto riesgo, especialmente consumidores de drogas y jóvenes en centros correccionales. Utiliza la “Terapia de resolución de conflictos”, que incluye habilidades de orientación en identificación del problema, toma de decisiones, cómo generar soluciones alternativas, y cómo implementar una solución.

(12) Safer Sex (incorporado en clínicas, estudio de control aleatorizado): Reducción de la incidencia de ETS y aumento del uso de preservativos entre las adolescentes en alto riesgo. Orientación a las participantes en forma individual, por una profesional de salud mujer.

(13) It Is Your Game, Keep It Real (escolarizado, estudio de control aleatorizado): Currículo de tipo informático para niños y niñas de los últimos años de la escuela primaria, diseñada para prevenir el VIH, las ETS y el embarazo. Los alumnos asisten a sesiones en el aula conformadas por actividades grupales y sesiones individualizadas utilizando computadoras. Las metas principales del programa incluyen el retraso de la iniciación sexual y la reducción del riesgo para quienes ya son sexualmente activos.

(14) Children’s Health And Responsible Mothering or CHARM (escolarizado, estudio de control aleatorizado): Fomenta la autoestima y el bienestar físico y emocional.

(15) Draw the Line, Respect the Line (escolarizado, estudio de control aleatorizado): Diseñado para los alumnos, se concentra en postergar la actividad sexual o utilizar protección en caso de ser sexualmente activos. El currículo aborda las presiones sociales en la conducta sexual y ofrece modelos y prácticas de habilidades de comunicación y negociación.

Fuente: Autores, a partir de las descripciones de los programas.

VI. Programas que incentivan “solo abstinencia”

Si bien la iniciación sexual precoz (antes de los 15 años de edad) está asociada a una mayor probabilidad de contraer VIH/SIDA y otras ETS (ONUSIDA 2009), **no se ha comprobado que las intervenciones que promueven exclusivamente la abstinencia hasta el matrimonio entre los jóvenes mejoren los resultados de salud sexual y reproductiva a largo plazo ni que reduzcan las conductas sexuales de riesgo** luego de la iniciación sexual.³² Brückner & Bearman (2005), Santelli et al. (2006), Hauser (2004), y el Comité de Estrategias de Prevención del VIH de los Estados Unidos (2000), hallaron que la retención de información clave a los jóvenes tiende a no tener efectos sobre los comportamientos sexuales. Bajo la premisa “**no hay sexo más seguro que el no tener sexo**”, se asoció la abstinencia total a una mejor protección para los jóvenes (Haignere et al., 1999). Sin embargo, la educación que promueve únicamente la abstinencia no aporta conocimientos sobre el uso de anticonceptivos o sobre las conductas sexuales de riesgo; en su lugar, tienden a centrarse en el retraso de las relaciones sexuales (hasta el matrimonio) aun valiéndose de información inexacta.

La evidencia sobre el impacto del enfoque “solo abstinencia hasta el matrimonio” fue confusa hasta 2007,³³ una esperada evaluación ordenada por el Congreso de EE.UU. sobre programas educativos sobre la abstinencia hasta el matrimonio, financiada con fondos federales, reveló que no tenían un impacto benéfico en la conducta sexual de los jóvenes (Trenholm, 2007). La investigación integral, de nueve años

32 De las 28 intervenciones evaluadas, 9 apuntaban a promover la abstinencia entre las personas jóvenes o medían el impacto solamente en función de esta variable.

33 Debido principalmente a deficientes metodologías de evaluación.

realizada por *Mathematica Policy Research*, analizó cuatro programas educativos pro-abstinencia que los funcionarios estatales y expertos habían identificado como “prometedores” y como representativos a nivel nacional de este tipo de programas³⁴. Los beneficiarios de los programas no tenían más probabilidades que el resto de postergar la iniciación sexual, y cuando se tornaron sexualmente activos, tenían la misma cantidad de parejas sexuales, no mostrando más probabilidades de usar preservativos u otras formas de anticoncepción. Además, se halló que la prevalencia de las ETS no difería significativamente entre los “abstinentes” y los “no abstinentes”, a pesar de tener menos parejas sexuales en promedio, el retraso de la iniciación sexual y la probabilidad de limitar la relación sexual al ámbito matrimonial (todos factores asociados en la bibliografía con un menor nivel de riesgo). Esto se vincula al hecho de que aquellos expuestos a los programas pro-abstinencia (y que declaran un compromiso con ese objetivo) tienen más probabilidades de no utilizar métodos anticonceptivos al volverse sexualmente activos, menos probabilidades de utilizar servicios de diagnóstico de ETS, y son más proclives a experimentar alternativas sexuales al sexo vaginal que implican intercambio de fluidos; es decir, sexo anal y oral (Brückner & Bearman, 2005).

34 Los jóvenes que participaron (en una combinación de entornos urbanos y rurales y provenientes de distintos sectores socioeconómicos) se inscribieron a lo largo de tres años consecutivos entre 1999 y 2001 y fueron asignados aleatoriamente al grupo del programa o al grupo de control que recibía únicamente los servicios habituales disponibles en la comunidad. Se recopilaban datos de seguimiento de más de 2,000 alumnos en 2005 y 2006, de cuatro a seis años después de su inscripción inicial en el estudio.

CUADRO 8 - TRAZAR LA LÍNEA DIVISORIA: ¿QUÉ QUEREMOS DECIR CON “SOLO ABSTINENCIA”?

Aún persiste el debate sobre cómo debería definirse un programa de “Solo Abstinencia”. De acuerdo con esta discusión, las conclusiones sobre la educación para la abstinencia no deberían generalizarse. Collins et al. (2002) establecen la siguiente forma de diferenciar los programas que promueven la abstinencia:

Educación “Pro-Abstinencia Plus	Educación “Pro-Solo Abstinencia”
Los programas de educación para la abstinencia plus; integran en su currículo varios aspectos de educación sexual, explorando el contexto y los factores implicados en la conducta sexual.	La educación pro- solo abstinencia incluye debates sobre valores, desarrollo del carácter y, en algunos casos, habilidades de negación.
<ul style="list-style-type: none"> • Promueven la abstinencia del sexo • Reconocen que muchos adolescentes se tornarán sexualmente activos • Enseñan sobre anticoncepción y uso de preservativos • Incluyen debates sobre anticoncepción, aborto, enfermedades de transmisión sexual y VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueven la abstinencia del sexo • No reconocen que muchos adolescentes se tornarán sexualmente activos • No enseñan sobre anticoncepción y uso de preservativos • Evitan discusiones sobre el aborto • Citan a las enfermedades de transmisión sexual y VIH como motivos para mantener la abstinencia

La evidencia avala que los programas a favor de la abstinencia tienen impactos de corto plazo (por ejemplo, ver *Promoting Health Among Teens!*). Jemmot et al. (2007), sugieren que las intervenciones que promueven la abstinencia exclusivamente, podrían resultar efectivas con adolescentes en el corto plazo, pero ineficaces con jóvenes de más edad o activos sexualmente. En este último caso, enfoques alternativos que enfatizan e la reducción del número de parejas sexuales y el uso de preservativos; incluidas las intervenciones integrales recogidas en esta revisión. Lidar con el problema de las ETS entre los jóvenes, requiere de un conjunto de enfoques multidisciplinarios y los resultados actuales sugieren que las intervenciones basadas exclusivamente en la abstinencia pueden formar parte de una combinación de componentes enfocados a la reducción de comportamientos sexuales de alto riesgo. No obstante su uso aislado no es una inversión efectiva.

VII. Tendencias y líneas de investigación

A continuación se esbozan las principales tendencias relacionadas con los comportamientos de la juventud, y cuya evidencia e implicaciones aun se encuentran en acumulación y actual debate. Estos temas tienen el potencial de producir cambios en la base de diseño de intervenciones en salud sexual y reproductiva, y se espera que futuras investigaciones profundicen su análisis.

Ventana de oportunidad: Plasticidad y maduración cerebral en la segunda década

Recientes avances en el campo de la neurociencia revelan que el cerebro alcanza la madurez durante la segunda década de vida, no a la edad de 10 a 12 años como se creía en la comunidad científica hasta hace poco tiempo. Este descubrimiento representa un desafío para las políticas gubernamentales que buscan asegurar el desarrollo saludable de los jóvenes. Anteriormente, se consideraba a los jóvenes como simples adultos en ciernes y en consecuencia, las políticas públicas se diseñaban para proteger solamente su desarrollo socioeconómico. Sin embargo, los adelantos científicos ahora demuestran que el proceso de la formación neurológica no se completa hasta la adultez, y por lo tanto, las políticas públicas deben tener en cuenta asimismo los factores de riesgo que podrían afectar adversamente esta etapa fundamental del desarrollo cognitivo.

...Por lo tanto, aprovechar esta ventana de oportunidad resulta de gran importancia para el diseño de políticas públicas. Las mejores consecuencias de la autorregulación y la función ejecutiva en la adolescencia están asociadas con menores índices de delincuencia, consumo de drogas, riesgos sexuales y obesidad (Heckman et al., 2006; Cunha and Heckman, 2007; Duckworth and Heckman, 2009; Lokken et al., 2009).

Incentivos para el cambio: Preferencias inter-temporales

O'Donoghue and Rabin (2000) argumentan que los adolescentes toman decisiones arriesgadas en búsqueda de una gratificación instantánea sin tener en cuenta efectos adversos futuros. Además, repiten decisiones que implican repercusiones costosas, ya que en tanto los jóvenes no experimenten los efectos negativos de sus conductas, no parecen asociar a sus conductas un coste de oportunidad. Debido a este error sistemático, los adolescentes tienden a concentrarse en el presente sin vincular una tasa de descuento futura a sus comportamientos. Este nuevo enfoque sugiere que podemos estudiar las conductas de riesgo de un modo más sistemático, descifrando los procesos de toma de decisiones de los adolescentes a través de estudios cuidadosamente diseñados que identifiquen los factores más importantes que influyen, inhiben o refuerzan las conductas de riesgo entre los jóvenes. Banarjee and Duflo (2011), sugieren que los adolescentes toman decisiones bien calculadas, aunque no completamente informadas sobre con quién tener relaciones sexuales y bajo qué condiciones; este trabajo destaca el potencial de las intervenciones diseñadas para cambiar conductas a través del impacto en las preferencias inter-temporales en lugar de proporcionar solamente conocimiento e información.

...Entonces, modificar las preferencias inter-temporales entre los jóvenes puede tener un impacto significativo en la conducta sexual y reproductiva (maternidad infantil, aversión del riesgo, entre otros temas.). De esta forma, basar los incentivos en estas preferencias configura como políticas alternativas para fomentar o desalentar la toma de decisiones de riesgo.

Dime con quién andas y te diré quién eres: el efecto del “contagio” social

Las vidas interpersonales de los adolescentes sufren drásticos cambios sociales, incluyendo una mayor interacción con pares, el desarrollo de una cultura de jóvenes que refuerza el mundo de sus pares, y se

potencia más participación en relaciones románticas y sexuales. Las charlas, los juegos y las actividades de recreación con pares, cada vez se tornan un foro más sustancial para la preparación de los adolescentes hacia la etapa adulta. En este contexto (Larson et al., 2002), las teorías socio-psicológicas de conducta saludable sugieren que las conductas sexuales de los adolescentes están influenciadas por las actitudes y comportamientos sexuales de sus amigos.

Recientemente, Christakis y Fowler publicaron una serie de estudios (2007; 2008a; 2008b; 2008c; 2009) analizando el efecto de las redes sociales sobre la conducta individual, principalmente en tanto indicadores de salud como aumento de peso, tabaquismo o bebida. De acuerdo con los resultados, las redes sociales se pueden considerar un factor importantísimo en el estado de salud de los individuos. Por ejemplo, descubrieron que los individuos no se convierten en obesos o en fumadores aisladamente; en lugar de ello, se trata de un fenómeno grupal. El grado de influencia o “contagio” de este tipo de comportamiento, va

LOS PROGRAMAS EXITOSOS...

- 1) Se centran en metas de conducta específicas;
- 2) Se basan en enfoques teóricos;
- 3) Comunican mensajes claros acerca de la actividad sexual y/o el uso de anticonceptivos;
- 4) Suministran información básica sobre los riesgos asociados con la actividad sexual adolescente y sobre los métodos para evitar el embarazo y las ETS;
- 5) Abordan las presiones sociales para tener relaciones;
- 6) Ofrecen actividades para practicar habilidades de comunicación y de negociación;
- 7) Incorporan múltiples métodos de enseñanza y personalizan la información según las necesidades individuales;
- 8) Se adaptan a los niveles etarios, cultura y nivel de experiencia sexual de los participantes;
- 9) Tienen la duración suficiente como para cubrir toda la información y actividades; y
- 10) Brindan capacitación apropiada para docentes o pares líderes comprometidos con el programa.

Fuente: Kirby, 2001.

más allá de los amigos directos y alcanza a tres niveles de influencia. Se ha documentado evidencia no sólo en el análisis de la obesidad (2007), sino también en el consumo de cigarrillos y alcohol (2008a); incluso en la alegría y la soledad (2008c). Otros estudios refuerzan los resultados de la investigación de Christakis y Fowler, ya que encuentran efectos significativos de grupos de amigos y pares en la conducta sexual adolescente y la iniciación de la actividad o el debut sexual (Sieving et al. 2002), así como en las relaciones sexuales no afectivas. Por su parte, Boyer y et al. (2000), hallaron que las percepciones de un mayor riesgo de ETS, que los amigos participan en conductas riesgosas o no apoyarán sus esfuerzos tendientes a reducir el riesgo de ETS, el conocimiento de que alguien de una edad similar tuvo una ETS y no tiene ninguna intención de utilizar preservativos; todas ellas están significativamente asociadas con la decisión individual de conducta sexual.

...Por lo tanto, la evidencia parece sugerir que la inclusión de los pares en las intervenciones clave puede tener un efecto significativo en los resultados. Por tanto, aquellos programas que apoyen e incentiven al fortalecimiento de toma de decisiones apropiadas y el desarrollo socio-emocional, junto con sus pares, significará un rol importante en la reducción de su riesgo sexual general y consecuencias concomitantes.

VIII. Principales hallazgos

Sobre el comportamiento sexual de los jóvenes:

- Para los jóvenes, con frecuencia la conducta sexual de riesgo no tiene consecuencias inmediatas, lo que agrava la propagación de enfermedades y ejerce un factor multiplicador. Los riesgos amplificados se relacionan principalmente con el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.
- No existen soluciones generales definitivas, pero sí existen algunas intervenciones prometedoras con la posibilidad de réplica. La información específica basada en la evaluación rigurosa de qué funciona en la prevención del embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual, resulta crucial para tomar decisiones informadas sobre que tipos de programas se deben implementar en un contexto específico y para una población meta específica.
- Los programas analizados en este documentos han demostrado éxito en alguna de las siguientes consecuencias: Retraso de la iniciación sexual, aumento en el uso de preservativos, reducción en la cantidad de parejas sexuales, aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, aumento en la abstinencia entre jóvenes con experiencia sexual, reducción de las ETS, y disminución en los embarazos. Las intervenciones se categorizaron como eficaces cuando la evaluación registró un cambio estadísticamente significativo en los indicadores de resultado seleccionado.
- Si bien los beneficios de la inversión en salud sexual y reproductiva se conocen ampliamente (especialmente en poblaciones jóvenes de la región de América Latina y el Caribe), aún se enfrentan enormes brechas en la evidencia respecto de la eficacia de las intervenciones. Varias revisiones sistemáticas de la bibliografía han buscado evidencia rigurosa acerca de programas para la prevención del embarazo adolescente, las ETS y el VIH; no obstante, la mayoría de las intervenciones consideradas no tienen un impacto significativo, no se replicaron fuera de su contexto local o tuvieron impactos diferentes dependiendo del entorno y contexto del programa. La región de América Latina y el Caribe, necesita con urgencia producir más evidencia rigurosa sobre las intervenciones en salud sexual y reproductiva. Las pruebas actuales provienen principalmente de países desarrollados o de medianos ingresos, mientras que los testimonios de los países en desarrollo provienen en su mayoría de África.

Sobre el diseño de intervenciones:

- Temas críticos como: **confiabilidad, sostenibilidad de la intervención y análisis de los mecanismos de impacto** resultan fundamentales para lograr un entendimiento de qué es lo que funciona en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. La confiabilidad se ve limitada por la validez de la información reportada personalmente, y la sostenibilidad se ve limitada por el alto costo de las intervenciones, así como la dudosa persistencia de los efectos a largo plazo. Debido a que la mayoría de los programas se implementan de maneja integral

(sesiones informativas y de desarrollo personal, demostraciones y dinámicas grupales, discusiones entre pares, y otros componentes), falta información sobre el impacto individual de los componentes clave y sus mecanismos de interacción.

- Los siguientes elementos se consideraron como clave para e programas dirigidos especialmente a la reducción del embarazo adolescente: i) selección y elección de la edad meta para la intervención (es decir, es necesario que la información difiera según la edad); ii) lugar de la implementación: Intervenciones pueden estar basadas en la comunidad, clínica y/o las escuelas; iii) intensidad, variando entre algunas sesiones a programas escolares anuales (los programas basados en clínicas y centros comunitarios tienden a ser más breves que los basados en las escuelas); iv) personal capacitado y calificado, incluyendo docentes, profesionales externos o pares actuando como facilitadores; v) incentivos para la participación: en efectivo o en especies, por ejemplo, servicios de salud pública gratuitos, transporte gratuito, acceso al seguro médico; vi) participación de los padres como parte de las sesiones o como entrenados; vii) globalidad del contenido diseñado para impactar en el embarazo adolescente y otras variables, que varían entre la educación sexual, la orientación, el tratamiento médico y el suministro de métodos de planificación familiar hasta el desarrollo de habilidades interpersonales y entrenamiento de orientación para y por pares (implementando el efecto “contagio social”).
- Las intervenciones en conductas sexuales de alto riesgo tuvieron un impacto en al menos uno de los siguientes indicadores: cantidad de parejas sexuales, uso de preservativo (en el último encuentro sexual). El diseño del programa en este grupo es más homogéneo a pesar de la amplia variabilidad en su intensidad. Los elementos en común son los siguientes: a) actividades en grupos pequeños guiadas por profesionales o facilitadores capacitados; b) contenido general: ETS y VIH, uso correcto de preservativos y anticonceptivos, prevención del embarazo, habilidades de negociación y comunicación asertiva; c) contenido específico del contexto: Elementos culturales, roles de género y estructura familiar, abuso de alcohol y relaciones sexuales, terapia motivacional y orientación hacia una meta.
- Algunos programas estaban diseñados para (o fueron eficaces únicamente) con un género. De manera similar, se encontró que los programas eran eficaces con poblaciones de razas y etnias específicas, aunque esto no impide la capacidad de eficacia con otras poblaciones.
- Resulta difícil diferenciar los programas de desarrollo para jóvenes de los programas de educación sexual. Si bien varios de los programas sugieren la estimulación de la capacidad socio-emocional, de dispositivos auto-regulatorios, orientación efectiva, etc., las descripciones reales de las actividades son, en muchos casos, vagas e incompletas, así como lo es el marco lógico de la intervención.
- Se halló que varios programas de educación sexual con menos de 15 horas de tiempo de contacto afectaron positivamente los resultados de salud reproductiva (**BART, Be Proud! Be Responsible!, Making Proud Choices**).
- Un mayor tiempo sin supervisión está asociado con conductas sexuales de riesgo. Con el fin de minimizar ese tiempo sin supervisión, numerosas comunidades instituyeron programas para

después de la escuela con el objeto de llegar a pre-adolescentes y adolescentes (Manlove et al., 2004; Cohen et al., 2002), bajo la supervisión de un adulto. Por lo general, los programas después de la escuela o por la noche involucran a los adolescentes en actividades alternativas, no relacionadas a educación sexual.

- Los adolescentes que creen en un futuro prometedor, están motivados para retrasar la iniciación de la actividad sexual, usar anticonceptivos con mayor regularidad y evitar embarazos o nacimientos no deseados. Esta perspectiva ayuda a explicar por qué las oportunidades educativas y profesionales, pueden ayudar a los adolescentes a alejarse del comportamiento sexual de riesgo. Los adolescentes con aspiraciones educativas más altas, tienen menos probabilidades de ser sexualmente activos o de tener hijos a una edad temprana (Afexentiou & Hawley, 1997; Moore et al., 1998; Smith, 1997). Además, aquellos con promedios académicos más altos tienen más probabilidades de postergar la iniciación sexual (Res Nick et al., 1997), y utilizar métodos anticonceptivos en su primera relación sexual (Nanning, Long more, & Giordano, 2000). En contraste, las adolescentes que abandonan la escuela, tienen más probabilidades de una paternidad precoz (Manlove, 1998).

Sobre el rol de la información y otra evidencia:

- La evidencia sugiere, que el suministro de *sólo* información, aumenta la toma de conciencia (de la salud reproductiva, drogas, etc.), pero no cambia significativamente la conducta. Según la evidencia existente, la información ha de ser crítica para el joven, de forma que este pueda llevar a modificar su función de utilidad. No se dispone de suficiente información para confirmar el nexo entre un aumento de los índices de actividad sexual con las clínicas de planificación familiar o con los centros de salud basados en las escuelas. La inclusión de los padres de adolescentes en los programas de información y prevención es efectiva.
- Los programas de tipo “Exclusivos” como los de abstinencia exclusiva (Threnholm et al., 2007), sólo suministro de anticonceptivos (Swann et al., 2003) o exclusivamente información, no parecen funcionar (Banarjee and Duflo, 2011).
- Las relaciones sexuales con varias parejas simultáneas (conurrencia), pueden facilitar la rápida propagación de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.
- Las intervenciones con los mayores efectos en la conducta incluyen componentes socioemocionales y de “autorregulación” (**CAS-Carrera, SiHLE**). Recientes avances en el campo de la neurociencia revelan que el cerebro alcanza la madurez durante la segunda década de vida, no a la edad de 10 a 12 años como se creía hasta hace poco tiempo. Esto abre una nueva ventana de oportunidad para los encargados de formular políticas.
- Dado que la vida de los adolescentes sufre drásticos cambios sociales en su evolución, incluyendo una mayor interacción con pares, las intervenciones pueden desempeñar un rol en el refuerzo de las experiencias positivas, pro-sociales con los pares. Para aumentar las probabilidades de éxito, las intervenciones deben abordar y fomentar habilidades

socio-emocionales a través de la interacción con la familia y pares. Dado que el respeto percibido de los amigos a raíz de mantener relaciones sexuales aparece como un factor de riesgo para un debut sexual precoz, los programas pueden hacer hincapié en un conjunto de conductas pro-sociales (es decir, alternativas sanas a la relación sexual), como formas de ganar el respeto de los amigos, un objetivo ampliamente deseado por el joven. El contacto y nexos con el grupo de pertenencia (amigos o familia), puede servir para fortalecer y estimular los mecanismos de auto-regulación del joven y de esta manera propiciar un cambio conductual y una mejor comunicación, capacidad de negociación, y un incentivo para cambiar la función de utilidad del joven.

- Finalmente, es fundamental tener en cuenta que **no existe una única solución para todos los casos**: los programas se deben corregir y adaptar para abordar problemas, contextos y poblaciones específicas.

Referencias

- Adamczyk, A., and Felson, J. 2006. Friends' religiosity and first sex. *Social Science Research* 35: 924-947.
- Advocates for Youth. 2005. Holistic Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections. *Science and Success in Developing Countries*. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Advocates for Youth. 2008. Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections. *Science and Success*. 2nd edition. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Afexentiou, D. and Hawley, C. B. 1997. Explaining female teenagers' sexual behavior and outcomes: A bivariate probit analysis with selectivity correction. *Journal of Family and Economic Issues* 18(1): 91-106.
- Allen, J. P., S. Philliber, S. Herrling, and G. P. Kuperminc. 1997. Preventing teen pregnancy and academic failure: Experimental evaluation of a developmentally based approach. *Child Development* 68(4): 729-742.
- Baird, S., E. Chirwa, C. McIntosh, and B. Özler. 2011. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. Policy Research Working Paper 5089, World Bank.
- Baird, S., C. McIntosh, and B. Özler. 2009. Cash or condition? Evidence from a cash transfer experiment. Working Paper, World Bank.
- Banerjee A., and Duflo E. 2011. *Poor Economics: A Radical Rethinking of the Way to Fight Global Poverty*. Public Affairs.
- Borghans, L., Duckworth, A.L., Heckman, J.J., & ter Weel, B. 2008. The economics and psychology of personality traits. *Journal of Human Resources*, 43(4): 972-1059.
- Boyer, C.B., M. Safer, C.J. Wibbelsman, D. Seeberg, E. Teitle, and N. Lovell. 2000. Associations of sociodemographic, psychological, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients. *Journal of Adolescent Health* 27: 102-111.
- Brückner, H. and P. Bearman. 2005. After the promise: the STD consequences of adolescent virginity pledges. *Journal of Adolescent Health* 36: 271-278.
- Campbell, A., T. Merrick, and A. Yazbeck. 2006. *Reproductive Health: The Missing Millennium Development Goal*. Washington, D.C.: World Bank Publications.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Effective Programs from the Centers for Disease Control and Prevention, Including a Compendium of HIV Prevention Interventions with Evidence of Effectiveness.
- Christakis, N. and J. Fowler. 2007. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 years. *New England Journal of Medicine* 357(4): 370-379.
- . 2008a. The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *New England Journal of Medicine* 358(21): 2249-2258.
- . 2008b. Estimating Peer Effects on Health in Social Networks. *Journal of Health Economics* 27(5): 1386-1391.

- . 2008c. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Frammingham Heart Study. *British Medical Journal* 337 (a2338): 1-9.
- . 2009. Social Network visualization in epidemiology. *Norsk Epidemiologi* 19(1): 5-16.
- Cochrane Collaboration. 2010. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Review. New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, D. A., T. A. Farley, S. Taylor, D. Martin, and M. Schuster. 2002. When and where do youths have sex? The potential role of adult supervision. *Pediatrics* 110(6): e66.
- Collins, C., Alagiri, P. and Summers, T. 2002. Abstinence only vs. comprehensive sex education: What are arguments? What is the evidence? University of California, AIDS Research Institute.
- Committee on HIV Prevention Strategies in the United States, Institute of Medicine. 2000. *No Time to Lose: Getting More from HIV Prevention*. Washington, DC: National Academy Press.
- Coyle, K., D. Kirby, B. Marín, C. Gómez, and S. Gregorich. 2004. Draw the line/respect the line: a randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health* 94(5): 843–851.
- Coyle, K., D. Kirby, L. Robin, S. Banspach, E. Baumler, and J. Glassman. 2006. All4You! A randomized trial of an HIV, other STIs, and pregnancy prevention intervention for alternative school students. *AIDS Education and Prevention* 18(3): 187–203.
- Cunha, F. and J. J. Heckman. 2007. The technology of skill formation. *American Economic Review* 97 (2): 31-47.
- DiClemente, R., G. Wingood, E. Rose, J. Sales, D. Lang, A. Caliendo, J. Hardin, and R. Crosby. 2009. Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk-reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine* 163(12): 1112–1121.
- DiClemente, R., G. Wingood, K. Harrington, D. Lang, S. Davies, E. Hook III, M. Oh, 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: 171–179.
- Downs, J. S., P.J. Murray, W. Bruine de Bruin, J. Penrose, C. Palmgren, and B. Fischhoff. 2004. Interactive video behavioral intervention to reduce adolescent females' STD risk: A randomized control trial. *Social Science & Medicine* 59(8): 1561-1572.
- Duflo, E., P. Dupas, and M. Kremer. 2010. Peer Effects, Teaching Incentives, and the Impact of Tracking: Evidence from a Randomized Evaluation in Kenya. CEPR Working Paper 7043.
- Dupas, P. 2005. The Impact of Conditional In-Kind Subsidies on Preventive Health Behaviors: Evidence from Western Kenya. Working Paper.
- . 2011. Do Teenagers Respond to HIV Risk Information? Evidence from a Field Experiment in Kenya. *American Economic Journal: Applied Economics* 3(1): 1-36.
- Flay, B. R., S. Graumlich, E. Segawa, J. L. Burns, and M. Y. Holliday. 2004. Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth: A randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 158(4): 377-384.

- Gallegos, E. C., A. M. Villarruel, C. Loveland-Cherry, D. L. Ronis, and Y. Zhou. 2008. Intervention to reduce sexual risk behavior in adolescents: results of a randomized control trial. *Salud Publica de Mexico* 50 (1): 59-66.
- Grizzard, T., E. González, J. Sandoval, and R. Molina. 2004. Innovations in adolescent reproductive and sexual health education in Santiago de Chile: effects of physician leadership and direct service. *Journal of the American Medical Women's Association* 59(3): 207-209.
- Haignere, C., R. Gold, and H. McDanel. 1999. Adolescent Abstinence and Condom Use: Are We Sure We Are Really Teaching What is Safe? *Health Education & Behavior* 26 (1): 43-54
- Hauser, D. 2004. Five Years of Abstinence-Only-Until-Marriage Education: Assessing the Impact. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Hawkins, J. D., R. Kosterman, R. F. Catalano, K. G. Hill, and R. D. Abbott. 2008. Effects of Social Development Intervention in Childhood 15 Years Later. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 162(12): 1133-1141.
- Hawkins, J. D., R. F. Catalano, R. Kosterman, R. Abbott, and K. G. Hill. 1999. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 153(3): 226-234.
- Heckman, J.J., J. Stixrud, and S. Urzua. 2006. The effects of cognitive and noncognitive abilities on labor market outcomes and social behavior. *Journal of Labor Economics* 24(3): 411-482.
- Jemmott, J. B., L. S. Jemmott, P. K. Braverman, and G. T. Fong. 2005. HIV/STD Risk Reduction Interventions for African American and Latino Adolescent Girls at an Adolescent Medicine Clinic. A Randomized Controlled Trial. www.archpediatrics.com
- Jemmott, J., L. Jemmott, and G. Fong. 2010. Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164(2): 152-159.
- Kahn, J., S. Kegeles, R. Hays, and N. Beltzer. 2001. Cost-effectiveness of the empowerment project, a community-level intervention for young gay men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 27(5): 482-491
- Kirby, D. 2007. *Emerging Answers, Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Koniak-Griffin, D., J. Lesse, A. Nyamathi, G. Uman, J. Stein, W. Cumberland. 2003. Project CHARM: an HIV prevention program for adolescent mothers. *Family & Community Health* 26(2): 94-107.
- Kristof, N. and S. WuDunn. 2009. *Half the Sky: Turning Oppression into Opportunity for Women Worldwide*. New York: Knopf.
- Kruger, D. I., and M. E. Berthelon. 2009. Delaying the Bell: Effects of Longer School Days on Adolescent Motherhood in Chile. Discussion Paper 4553. Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn, Germany.
- Larson, R. W., S. Wilson, B. Brown, F. Furstenberg, Jr., and S. Verma. 2002. Changes in adolescents' interpersonal experiences: are they being prepared for adult relationships in the twenty-first century? *Journal of Research on Adolescence* 12(1): 31-68.

- Lford, S., N. Cheetham, and D. Hauser. 2005. Holistic Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections. *Science and Success in Developing Countries*. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Lochner, L. 2010. Education Policy And Crime. Working Paper 15894, National Bureau Of Economic Research - NBER Working Paper Series. <http://www.nber.org/papers/w15894>.
- Lokken, K.L., A.G. Boeka, H. M. Austin, J. Gunstad, and C. M. Harmon. 2009. Evidence of executive dysfunction in extremely obese adolescents: a pilot study. *Surg Obes Relat Dis* 5: 547–552.
- Lonczak, H. S., R. D. Abbott, J. D. Hawkins, R. Kosterman, and R. F. Catalano. 2002. Effects of the Seattle Social Development Project on sexual behavior, pregnancy, birth, and sexually transmitted disease outcomes by age 21 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 156(5): 438.
- Lurie, M. & Rosenthal, S. 2010. Concurrent partnerships as a driver of the HIV epidemic in sub-Saharan Africa? The evidence is limited. *AIDS and Behavior* 14: 17-24.
- Mah, T. & Halperin, D. 2010. Concurrent sexual partnerships and the HIV epidemics in Africa: evidence to move forward. *AIDS Behav* 14: 11-16.
- Manlove, J. 1998. The influence of high school dropout and school disengagement on the risk of school-age pregnancy. *Journal of Research on Adolescence* 8(2): 187-220.
- Manlove, J., K. Franzetta, K. McKinney, A. Papillo, and E. Terry-Humen. 2004. A Good Time: After-School Programs to Prevent Teen Pregnancy. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Manning, W. D., M. A. Longmore, and P. C. Giordano. 2000. The relationship context of contraceptive use at first intercourse. *Family Planning Perspectives* 32(3): 104-110.
- Mathematica Policy Research. 2010. Teen Pregnancy Prevention Initiative.
- Minnis, A. M., J. G. Moore, I. A. Doherty, C. Rodas, C. Auerswald, S. Shiboski, and N. S. Padian. 2008. Gang Exposure and Pregnancy Incidence among Female Adolescents in San Francisco: Evidence for the Need to Integrate Reproductive Health with Violence Prevention Efforts. *American Journal of Epidemiology* 167(9): 1102-1109.
- Moore, K. A., J. Manlove, and D. Glei. 1998. Nonmarital school-age motherhood: Family, individual, and school characteristics. *Journal of Adolescent Research* 13(4): 433-457.
- Morris, M. & Kretzschmar, M. 1997. Concurrent partnerships and the spread of HIV. *AIDS* 11 (5): 641-648.
- O'Donoghue, T. and M. Rabin. 2000. The Economics of Immediate Gratification. *Journal of Behavioral Decision Making* 13: 233-250.
- Philliber, S., J. Williams Kaye, S. Herrling, and E. West. 2002. Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: An evaluation of the Children's Aid Society–Carrera Program. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 34(5): 244–251.
- Pinkerton, S., D. Holtgrave, and J. Jemmott. 2000. Economic evaluation of HIV risk reduction intervention in African-American male adolescents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 25(2): 164–172.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., et al. 1997. Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association* 278(10): 823-832.

- Rotheram-Borus, M.J., M. Lee, N. Leonard, Y. Lin, L. Franzke, E. Turner, M. Lightfoot, and M. Gwadz. 2003. Four-year behavioral outcomes of an intervention for parents living with HIV and their adolescent children. *Official Journal of the International AIDS Society* 17(8): 1217-25.
- Rosenberg, M., J. Gurvey, N. Adler, M. Dunlop, and J. Ellen. 1999. Concurrent Sex Partners and Risk for Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents. *Sexually Transmitted Diseases* 26(4): 208–212.
- Santelli, J., M. Ott, M. Lyon, J. Rogers, D. Summers, and R. Schleifer. 2006. Abstinence and abstinence-only education: a review of U.S. policies and programs. *Journal of Adolescent Health* 38(1): 72-81.
- Sieving, R., M. Eisenberg, S. Pettingell, and C. Skay. 2002. Adolescent Sexual Behavior and Sexual Health. *Pediatrics in Review* 23(12): 407-416.
- Sikkema, K., E. Anderson, J. Kelly, R. Winett, C. Gore-Felton, R. Roffman, T. Heckman et al. 2005. Outcomes of a randomized, controlled community-level HIV prevention intervention for adolescents in low-income housing developments. *AIDS* 19: 1509-16.
- Sosa-Rubi S, Bautista-Arredondo S, Tristan S, Walker DM. 2011. The effect of Oportunidades on childbearing practices of young women in rural Mexico. Mimeo. Working paper under revision.
- Smith, C. A. 1997. Factors associated with early sexual activity among urban adolescents. *Social Work* 42(4): 334-346.
- Swann, C., Bowe, K., McCormick, G. and Kosmin, M. 2003. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. Evidence briefing. London: Health Development Agency. www.hda.nhs.uk/evidence.
- Tao, G., and G. Remafedi. 1998. Economic evaluation of an HIV prevention intervention for gay and bisexual male adolescents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 17(1): 83-90.
- Toledo V., X. Luengo Charath, R. Molina, N. Murray, T. Molina González, and R. Rodrigo. 2000. Impacto del programa de educación sexual: Adolescencia Tiempo de Decisiones. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia* 7(3), 73-86.
- Tortolero, S., C. Markham, M. Peskin, R. Shegog, R. Addy, L. Escobar-Chavez and E. Baumler. 2010. *It's your game: keep it real: delaying sexual behavior with an effective middle school program*. *Journal of Adolescent Health* 46(2): 169–179.
- Trenholm, C. 2007. *Impacts of Four Title V, Section 510 Abstinence Education Programs: Final Report*. Mathematica Policy Research.
- United Nations. 2010. The Millennium Development Goals Report.
- . 2011. World Population Prospects: The 2010 Revision. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York
- UNICEF. 2006. Advocacy tools and arguments for social investment in adolescents. UNICEF Regional Office for Latin America and the Caribbean.
- . 2011. Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood. UNAIDS unpublished estimates.

- UNICEF, UNAIDS, WHO and UNFPA. 2009. Children and AIDS. Fourth Stocktaking Report.
- United States Department of Health and Human Services. 2010. Programs for Replication - Intervention Implementation Reports. <http://www.hhs.gov/ophs/oah/prevention/research/programs/index.html>
- Villarruel, A., J. Jemmott, and L. Jemmott. 2006. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 160(8): 772–777.
- Wang, L., M. Davis, L. Robin, J. Collins, and K. Coyle. 2000. Economic evaluation of Safer Choices: a school-based HIV/STD and pregnancy prevention program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 154(10): 1017–1024.
- World Health Organization. 2001. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections Overview and Estimates. <http://www.who.int/docstore/hiv/GRSTI/index.htm>
- World Bank. 2003. Caribbean Youth Development: Issues and Policy Directions.

ANEXO 1:

INTERVENCIONES DE EFICACIA PROBADA EN LA REDUCCIÓN DEL RIESGO
DE REPORTAR UN EMBARAZO.

ANEXO 2:

INTERVENCIONES DE EFICACIA PROBADA EN LA REDUCCIÓN
DE PREVALENCIA DE LAS ETS.

ANEXO 3:

INTERVENCIONES DE EFICACIA PROBADA EN LA PREVENCIÓN
DE CONDUCTAS SEXUALES DE ALTO RIESGO.

ANEXO 4:

CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA VALORAR LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS.

ANEXO 5:

DIMENSIONES DE IMPACTO EN INDICADORES DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA – COMPENDIO DE PROGRAMAS REVISADOS

ANEXO 6:

PROGRESO DE LA REGIÓN CON RESPECTO LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.

Children Aid Society /Carrera Program (EE.UU.) ⇨ Reduciendo embarazo adolescente a largo plazo

Resultado: *A los 3 años de inicio del programa, menor probabilidad de haber reportado un embarazo*

Tipo de Intervención: Integral, seguimiento individualizado (académico, profesional, salud...) y apoyo

Componentes: Job Club – exploración vocacional o laboral, apoyo y asistencia (tutores) académica. Educación sexual comprehensiva (incluyendo abstinencia y anticonceptivos), talleres de arte, actividades deportivas individuales.

Focalización: Mujeres afroamericanas y latinas de 13 a 18 años, limitadas condiciones socioeconómicas de áreas urbanas.

Duración: Prolongada (3-7 años)

Intensidad: Intensa (3-4 horas/día, al menos 4 días por semana, 10-11 meses/año)

Lugar: Centro comunitario, fuera de horario escolar. Infraestructura de alta calidad: instalaciones, higiene, materiales necesarios; disponibilidad del personal para consultas, monitoreo a nivel de centro.

Personal: Presencia de personal altamente cualificado (nivel maestría para las actividades de seguimiento académico, salud y salud mental, así como en otros componentes clave)

Elementos de Innovación: (i) “Club de trabajo”, mejora de capacidades técnicas. A los jóvenes se les asigna un “salario semanal” por asistir al programa, que deben depositar en una cuenta bancaria; (ii) Apoyo académico y preparación para estudios superiores y educación sexual familiar, (iii) actividades en expresión personal: artes y deportes individuales para motivar la auto-superación y establecimiento de objetivos alcanzables.

Diseño: Cuasi-experimental, implementado en 7 comunidades de Nueva York.

Más Información: Philliber et al (2002) y Programa Carrera: <http://www.stopteenpregnancy.com/contact/>.

CLAVE: Establecer una relación de alta calidad y a largo plazo con los jóvenes (“sistema familiar paralelo”) al tiempo que se refuerza la relación con la familia.

Raising Healthy Children / Seattle Development Program (EEUU) ⇨ Reducir embarazo adolescente a largo plazo invirtiendo en la infancia y adolescencia temprana

Resultado: *A los 18 años menor concurrencia. A los 21, menor concurrencia y menor tasa embarazo adolescente. A los 24 y a los 27, menor probabilidad haber sido diagnosticado alguna vez una ETS.*

Tipo de Intervención: “holística” prolongada (de los 6 a los 12 años) en la escuela.

Componentes: Niños: desarrollo de habilidades para la vida, resistencia a presión, comunicación, resolución de problemas.

Padres: capacitaciones voluntarias de manejo de conflictos, comunicación intrafamiliar, no uso de sustancias controladas.

Maestros: educación interactiva, manejo escolar, aprendizaje cooperativo. Educadores: entrenamientos anuales.

Focalización: niños/adolescentes afroamericanos de 6 a 12 años, con limitadas condiciones socioeconómicas y de áreas urbanas y periurbanas.

Duración: 6 años de intervención en primaria (1º a 6to grados) y padres. 3 a 5 sesiones / 4 horas aprox.

Lugar: Escuela

Personal: Profesores capacitados en enseñanza interactiva y cooperativa

Elementos de Innovación: (i) Múltiples sesiones con padres para manejo efectivo de conductas en niños -reforzar comportamientos positivos, respuesta adecuada a los negativos- involucrarlos en la educación, transmitir opinión sobre comportamientos de riesgo; (ii) Currículo para niños de 6to grado para resistir influencia social que inducen a comportamientos problemáticos.

Diseño: cuasiexperimental, implementado en Seattle – Washington.

Más Información: Hawkins et al (2008), Hawkins, et al (1999), Lonczak, et al (2002), y <http://www.sdr.org/rhcsurvey.asp#3>

CLAVE: Intervención prolongada y fortalecimiento del sistema familiar . Intervención altamente efectiva a largo plazo. Evaluaciones no dirigidas a adolescentes.

Project TALC (EEUU) ⇒ Reducir embarazo adolescente en jóvenes de alto riesgo a largo plazo

Tipo de Intervención: *Sesiones a hijos sobre HIV y efectos. 8 sesiones a padres, grupos pequeños, para la aceptación de su estado de salud, mantenimiento estilo de vida saludable, cómo comunicar estado de salud a los hijos.*

Focalización: Dirigido a jóvenes viviendo con un progenitor con HIV/SIDA.

Duración: 4 a 6 años.

Intensidad: Una vez a la semana (sábados).

Lugar: Implementado en centros comunitarios.

Personal: Trabajadores sociales y estudiantes de psicología (candidatos a máster). La excelencia y cualificación del personal no parece un elemento clave.

Elementos de Innovación: (i) Actividades y discusiones conjuntas padres e hijos para generar opiniones respecto a la adopción de comportamientos riesgo, embarazo adolescente, etc.; (ii) Terapia para superar la pérdida y adaptación al nuevo custodio del joven. Terapia anti estrés, habilidades para la vida, capacitación uso preservativo

Más Información: Rotheram-Borus et al (2003), materiales en <http://chipts.ucla.edu/interventions/manuals/intervhra1.html>.

CLAVE: Énfasis en reducir estrés emocional en padres e hijos + educación estilos de vida y conductas saludables

Teen Outreach Program (EE.UU.) ⇒ Reducir embarazo adolescente a corto plazo

Resultado: *A los 9 meses, menor probabilidad de reportar un embarazo (12-18 años) y otros comportamientos de riesgo (suspensión académica, abandono escolar).*

Tipo de Intervención: Programa Nacional de Desarrollo Juvenil para la reducción del embarazo y el abandono escolar.

Componentes: Servicios supervisados de voluntarios de la comunidad, discusiones en clase sobre experiencias, discusiones y actividades en temas sociales y de desarrollo, capacitaciones a docentes.

Focalización: Estudiantes de secundaria (12-18 años), con comportamientos de riesgo, problemas académicos, grupos multiétnicos, madres adolescentes, y que viven en áreas rurales, urbanas y periurbanas.

Intensidad: 20 horas/año durante 9 meses.

Lugar: Servicio de aprendizaje comunitario de alto nivel + discusiones en el aula.

Personal: Profesores, personal de guía, o trabajadores jóvenes entrenados para facilitar las discusiones del currículo. No parece requerir personal altamente cualificado

Diseño: Cuasi-experimental, implementado en 30 escuelas en USA de 1986 a 1987. Replicado y con evaluaciones positivas.

Elementos de Innovación: (i) Comunicación, asertividad, relaciones, establecimiento objetivos, influencias, capacidad decisión, salud y desarrollo sexual (menos 15% tiempo lectivo dedicado al último componente parece reforzar la hipótesis de que proveer información no es un elemento imprescindible ni suficiente para obtener un impacto), (ii) La intervención puede ser incluida en el currículo de las escuelas o implementarse fuera de horario lectivo en centros comunitarios (organizaciones juveniles, departamentos locales de salud, agencias de servicios sociales...).

Más Información: Allen et al (1997), http://wymancenter.org/wyman_top.php

CLAVE: Articulación de servicio aprendizaje y discusiones en el aula para involucrar al joven y guiar la reflexión personal.

School/Community program for sexual risk reduction among teens (EE.UU.) ⇒ Reduciendo embarazo adolescente a largo plazo

Resultado: *Después de dos años reducción de tasas de embarazo adolescente de 77% a 37%.*

Tipo de Intervención: enfocada a salud sexual con vínculo fuerte entre la escuela y el centro de salud de la comunidad.

Componentes: Educación y salud sexual y reproductiva, planificación familiar y conserjería. Capacitación a profesores sobre educación sexual. Capacitación a padres y líderes de la comunidad. Entrenamiento a pares. Servicios médicos desde la escuela, incluyendo conserjería, provisión de anticonceptivos y referencia y traslado a consultas médicas en el centro de salud de la comunidad.

Focalización: Niños y jóvenes multiétnicos de escuelas del área rural.

Duración: Kinder hasta 12vo grado.

Intensidad: Educación sexual integrada en otras materias: biología, ciencias, sociales y otros cursos. 5 sesiones de 2 horas a padres.

Lugar: Escuela y vínculo con clínica.

Personal: Calificado, entrenamiento a pares y profesores.

Elementos de Innovación: Contenido incluido en currícula de otras materias.

Diseño: Cuasi-experimental en condados rurales de Carolina del Sur. Fue replicado.

Más Información: Sociometrics, Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence. Telf: 1-800-846-3475.

<http://www.socio.com>

CLAVE: Inclusión de contenidos en materias y conexión con centro de salud y conserjería.

Self Center (School linked Reproductive Health Services) (EE.UU.) ⇒ Reduciendo embarazo entre adolescentes de escuelas a largo plazo

Resultado: *Después de 3 años, reducción de 30% en tasa de embarazo adolescente.*

Tipo de Intervención: Concentrado en salud sexual y reproductiva, vinculada al centro de salud.

Componentes: Asistencia médica gratuita para salud sexual y reproductiva. Personal médico dando consultas diarias en escuela. Sesiones de educación sexual en cada clase en la escuela y centros de salud. Conserjería diaria individual o grupal de un trabajador social o personal de salud en el área de enfermería de la escuela. Temas adicionales: responsabilidad personal, definición de metas de vida y comunicación con padres.

Focalización: Jóvenes mujeres afroamericanas, de condiciones socioeconómicas limitadas, que asisten a escuelas de áreas urbanas.

Duración: Tres (3 años).

Intensidad: Sesiones abiertas de discusión en clase y horas de conserjería diarias

Lugar: Escuela

Personal: Calificado y capacitación a profesores.

Elementos de Innovación: Vínculo y conserjería con centros de salud. Consultas gratis en clínicas para parejas.

Diseño: Cuasi-experimental. En cuatro ciudades intermedias de Baltimore, Maryland

Más Información: Sociometrics, Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence. Telf: 1-800-846-3475.

<http://www.socio.com>

CLAVE: establecer un vínculo entre la escuela y el personal de salud, disponibilidad de conserjería permanente.

California's Adolescent Sibling Pregnancy Prevention program (EE.UU.) ⇒ Reduciendo embarazo adolescente a largo plazo

Resultado: *A los 9 meses, reducción de reporte de embarazo en 43%.*

Tipo de Intervención: Integral, profundizando temáticas de prevención de embarazo y comportamientos en riesgo.

Componentes: Atención individualizada, combinación de servicios incluyendo: transporte para la atención en salud reproductiva y apoyo para conseguir seguro médico, incentivos para evitar comportamientos riesgosos. Además contempla: apoyo académico, apoyo en audiencias escolares y reuniones con docentes y padres, deportes y actividades (viajes, capacitaciones) de desarrollo de capacidades sociales. Contenido temático y conserjería en educación sexual incluyendo abstinencia y anticonceptivos.

Focalización: Mujeres jóvenes hispanas de 11 a 17 años, con escasos recursos económicos.

Duración: Nueve (9) meses.

Intensidad: Variable, al menos una sesión en persona al mes. Depende de los contenidos elegidos.

Lugar: Cuarenta y cuatro (44) agencias no gubernamentales entre centros infantiles, escuelas y centros de salud.

Personal: Calificado en centros de salud y entrenados en escuelas y centros comunitarios.

Elementos de Innovación: Incluye sesiones de formación con hermanos de embarazadas y padres de jóvenes.

Diseño: Cuasi-experimental, estado de California área urbana y rural.

Más Información: California Department of Health Services, Maternal & Child health Branch, Telef. 1-866-241-0395.

CLAVE: Vínculo entre centros de salud, escuelas y centros comunitarios. Capacitaciones a hermanos y padres. Transporte para atención médica, apoyo tener seguro médico e incentivos para evitar comportamientos riesgosos.

SIHLE (Sisters Informing, Healing, Living, and Empowering) (EE.UU.) ⇒ Reduciendo embarazo adolescente a largo plazo

Resultado: *Después de 6 y 12 meses, reducciones significativas en la probabilidad de reporte de embarazo.*

Tipo de Intervención: programa de prevención de HIV específico para mujeres y con componente cultural.

Componentes: Sesiones de juego de roles, discusiones y demostraciones sobre el uso de preservativo. Otras temáticas como poesía y arte de mujeres afroamericanas.

Focalización: Mujeres afroamericanas activas sexualmente desde 14 a 18 años, de áreas urbanas y periurbanas.

Duración: Cuatro (4) sesiones.

Intensidad: Un mes: 4 horas de sesiones interactivas en sábados consecutivos.

Lugar: Centro de salud comunitario

Personal: Profesional de salud y 2 pares entrenadas (mujeres afroamericanas).

Elementos de Innovación: Temáticas culturales y juego de roles y discusiones sobre importancia de la sexualidad segura y la salud reproductiva y prevención del HIV.

Diseño: Experimental, seguimiento después de 6 y 12 meses.

Más Información: Sociometrics, Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence. Telf: 1-800-846-3475.

<http://www.socio.com>

CLAVE: sesiones intensivas y consecutivas desarrolladas por personal calificado e identificado culturalmente.

Tailoring Family Planning Services to the Special Needs of Adolescents (EE.UU.) ⇒ Reduciendo embarazo adolescente a largo plazo

Resultado: *Reducción significativa (aprox. 45%) de embarazos comparados con grupo de control.*

Tipo de Intervención: Consultas psicosociales y en salud sexual y reproductiva individualizada. Involucramiento de familia y amigos.

Componentes: Servicios de educación y consejería sobre anticonceptivos, información psicosocial individualizado (incluye aseguramiento entre otros) requiere ficha de información personal. Apoyo en consejería adicional (15 a 20 minutos si es personal o 5 minutos adicionales por teléfono). Seguimiento de las consultas hasta 6 semanas de la 1ª sesión. Promoción del involucramiento de padres, amigos y parejas durante las sesiones de consulta. Confidencialidad asegurada. Capacitación a consejeros y personal de salud, entrenamiento psicosocial a todo el personal involucrado.

Focalización: Mujeres jóvenes hasta los 17 años, caucásicas y que habitan en periurbanas y rurales. Adolescentes con retraso en desarrollo.

Duración: Seguimiento a consultas, hasta 6 semanas de la segunda parte de la 1ª sesión. Incentivo para solicitar consultas entre 6 y 12 meses luego de la primera visita.

Intensidad: Múltiples consultas. La primera visita dividida en 2: a) educación y consejería (incluye medios audiovisuales), b) servicios médicos, antes de las dos semanas después de la examinación y receta de anticonceptivos.

Lugar: Centros de salud

Personal: Consejeros y personal de salud capacitados y entrenamiento psicosocial a todo el personal involucrado.

Elementos de Innovación: Definición clara de sesiones de consulta y su seguimiento. Promoción del involucramiento de padres, amigos y parejas durante las sesiones de consulta. Confidencialidad asegurada.

Diseño: Cuasi-experimental en áreas no metropolitanas de Pensilvania.

Más Información: Sociometrics, Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence. Telf: 1-800-846-3475.

<http://www.socio.com>

CLAVE: Seguimiento de las consultas. Capacitación a consejeros y personal de salud, entrenamiento psicosocial a todo el personal involucrado. Confidencialidad asegurada. Apoyo psicosocial individualizado. Involucramiento de familia y amigos.

Adolescencia: Tiempo de Decisiones (Chile) ⇒ Educación sexual en la escuela

Resultado: *Retrasa el inicio de relaciones sexuales, aumento del uso de métodos de planificación familiar y reducción en la incidencia del embarazo y abortos impuestos*

Tipo de Intervención: Programa desarrollado por el Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente -CEMERA- de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se fomenta la interacción padre, educador, médico y joven. El personal médico puede referir a servicios de salud.

Componentes: Sesiones de información y respuesta a preguntas de estudiantes, temas: Juventud, salud, VIH SIDA, educación, derechos. Consejeros al interior de las escuelas prestan apoyo a estudiantes, maestros y padres y los guían hacia servicios de salud sexual y reproductiva. Capacitación a los maestros en dos manuales: a) trabajo con estudiantes y b) con los padres.

Focalización: Estudiantes entre 12 y 17 años que asisten a las escuelas del área urbana de Santiago de Chile.

Intensidad: Varias sesiones durante la gestión escolar y Consejeros permanentes en la escuela.

Lugar: Escuela

Personal: Personal médico

Elementos de Innovación: CEMERA organiza reuniones regularmente para recibir retroalimentación sobre el programa por parte de maestros y estudiantes.

Diseño: Evaluación cuasi-experimental con estudiantes 12 y 17 años en escuelas en Chile.

Más Información: <http://www.comminit.com/la/node/41765> y <http://www.advocatesforyouth.org/>

CLAVE: inclusión en el currículo académico de información sobre la abstinencia y la anticoncepción; para el desarrollo de los contenidos, el diseño de las sesiones educativas y la evaluación del programa, se cuenta con la participación de personal médico.

Peer-led sex education (Inglaterra) ⇒ reducción de embarazo adolescente en escolares

Resultado: *Después de 24 meses menor concurrencia para mujeres y menos embarazos no deseados. Hombres y mujeres estuvieron más satisfechos con la facilitación de sesiones de educación sexual por parte de pares comparado con profesores.*

Tipo de Intervención: Sesiones educativas en 15 escuelas, facilitadas por pares. Profesores no estuvieron presentes en las sesiones.

Componentes: Sesiones interactivas en escuelas, el contenido curricular se relaciona con comunicación sexual y uso de preservativo, embarazo, ETS (incluyendo VIH/Sida), anticonceptivos y servicios locales de salud sexual y reproductiva. Apoyo de facilitadores voluntarios de la misma condición = pares, usualmente con mejor rendimiento escolar o estudiantes mayores que los de 9no grado.

Focalización: Sesiones anuales de 9 estudiantes, de 13-14 años y de la misma escuela que el facilitador.

Intensidad: Tres sesiones con una duración de una hora cada una, se usan métodos participativos de aprendizaje y actividades en grupos de 2 a 4 estudiantes y de ambos sexos.

Lugar: Escuela

Personal: Educadores-facilitadores pares (estudiantes) de 16-17 años, entrenados por un equipo técnico externo.

Elementos de Innovación: Facilitadores pares, currículo específico para estudiantes de 9no grado, no profesores ni adultos en las sesiones.

Diseño: 15 escuelas experimentales y 14 de control. La aleatorización fue en la facilitación de los pares. La intervención fue diseñada para estudiantes de 13-14 años (1998 y 1999) y el seguimiento de resultados se realizó cuando tenían 15-16 años y fue terminada en 2001.

Más Información: Stephenson et al. 2004

CLAVE: Sesiones educativas guiadas por pares entrenados, y trabajos/actividades en grupos pequeños de ambos sexos.

Abecedarian Project (EE.UU.) → Reduciendo embarazo adolescente a largo plazo

Resultado: A los 21 años de ser intervenidos, reducción de embarazo adolescente a largo plazo y distancia entre embarazos.

Tipo de Intervención: Desarrollo infantil integral, efectos indirectos sobre salud reproductiva.

Componentes: Intervención día completo en centro infantil. Juegos individualizados sobre desarrollo social, cognitivo y emocional con particular énfasis en el lenguaje. Profesor escolar a domicilio, para ser el nexo entre hogar y los 3 primeros años de escuela. Diseño de paquetes curriculares individualizados semanales. Conserjería y promoción del apoyo parental especialmente para apoyo escolar del niño 15 minutos/día. Servicios sociales de apoyo (si es necesario, intervención a familias y grupos de control).

Focalización: Niños de 0 a 5 años afroamericanos y familias de escasos recursos económicos.

Duración: Tres (3) años.

Intensidad: Diario, durante toda la jornada.

Lugar: Centro comunitario, EEUU.

Personal: Capacitado en desarrollo infantil y asesoramiento para la entrada a la escuela.

Elementos de Innovación: Estimulación temprana y apoyo para la entrada a la escuela.

Diseño: Experimental, con posibilidad de dos grupos de control: preescolar y primaria, 109 familias y 111 niños elegibles.

Más Información: FPG Child Development Institute, University of North Carolina at Chapel Hill: www.fgt.unc.edu/~abc/

CLAVE: Intervención de largo plazo centrada en la primera infancia. La estimulación temprana y consejería a padres desde la infancia de los hijos.

AIDS prevention for adolescents in school (EE.UU.) ⇨ reducir encuentros sexuales de riesgo e incidencia ETS a largo plazo

Resultado: *Promueve relaciones sexuales con una sola pareja, reducción de número de parejas sexuales; y mayor uso de preservativo. Tendencia favorable de reducir incidencia en ETS en largo plazo.*

Tipo de Intervención: Sesiones educativas, juego de roles y actividades experimentales para alumnos en secundaria.

Componentes: Currículo de educación sobre HIV& ETS. Actividades experimentales para fortalecer capacidades en reducción de comportamientos de riesgo, mejorando decisiones en salud. Énfasis en retraso de iniciación sexual, uso consistente de anticonceptivos (preservativo). Se recomienda capacitaciones a educadores de 8 horas en servicio, para la implementación del currículo.

Focalización: Jóvenes de escuelas urbanas, grupos multiétnicos.

Duración: Seis (6) sesiones.

Intensidad: Una hora por sesión en días consecutivos.

Lugar: Escuela.

Personal: Profesores entrenados.

Elementos de Innovación: Actividades experimentales para fortalecer capacidades en reducción de comportamientos de riesgo, mejorando decisiones en salud.

Diseño: Cuasi-experimental en 4 escuelas secundaria de New York, EEUU.

Más Información: Sociometrics, Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence. Telf: 1-800-846-3475.

<http://www.socio.com>

CLAVE: Distintos métodos (juegos de roles, actividades, etc.) para la educación en sexualidad y reducción de comportamientos de riesgo.

HIV Risk reduction for African American and Latina Adolescent Women (EE.UU.) ⇨ Reduciendo incidencia de ETS a largo plazo

Resultado: *Después de 12 meses menor probabilidad de salir positiva en ETS 11% comparado con 18% del grupo de control. Resultados a corto plazo: reducción número de parejas y la incidencia de relaciones sexuales riesgosas.*

Tipo de Intervención: Programa de educación y conserjería para reducir riesgos de HIV operado en centros de salud.

Componentes: Basado en teoría de comportamiento e investigación formativa. Educación sobre en HIV y ETS. Atención médica confidencial y servicios de conserjería en planificación familiar y uso de preservativo.

Focalización: Mujeres adolescentes latinas y afroamericanas de escasos recursos económicos.

Duración: Una (1) sesión.

Intensidad: Sesión grupal de 250 minutos y 8 horas de capacitación a facilitadores.

Lugar: Clínicas.

Personal: Facilitadores entrenados.

Elementos de Innovación: Intensidad de la sesión.

Diseño: Evaluación experimental. Seguimiento a los 3, 6 y 12 meses después de la intervención. Participantes reciben incentivo económico para las encuestas de línea base y seguimiento.

Más Información: School of Nursing, University of Pennsylvania, jemmott@nursing.upenn.edu.

CLAVE: Sesión intensiva y contenidos focalizados reducir riesgos de HIV y otros comportamientos de riesgo.

Project SAFE – Sexual Awareness for Everyone (EE.UU.) ⇨ Reduciendo incidencia de ETS a mediano y largo plazo

Resultado: *Menor probabilidad de reportar Clamidia y Gonorrea (34% a 6 meses, 49% a 12 meses, 38% en global). Resultados a corto plazo: reducción número de parejas sexuales e incidencia de relaciones sexuales de alto riesgo, cumplimiento de protocolos de atención.*

Tipo de Intervención: Sesiones de educación (discusiones y juegos interactivos) y educación sobre prevención de HIV. Componentes: Sesiones de Información y educación en HIV y ETS, centrado en reconocimiento del riesgo, el compromiso al cambio y el desarrollo de capacidades. Controles y tratamientos médicos en ETS, conserjería. Aplicación de enseñanza interactiva (discusiones, juego de roles y modelos de comportamientos). Seguimientos

de consultas y tratamiento a los 6 y 12 meses después de la primera visita y/o cuando se presente un caso positivo.

Focalización: Jóvenes latinas y afroamericanas de 15 a 24 años.

Duración: Tres (3) semanas. Organización opcional de grupos de apoyo para encuentros una vez al mes durante 5 meses.

Intensidad: 3-4 horas, una vez por semana. Sesiones de grupos pequeños.

Lugar: Clínicas

Personal: Facilitadoras mujeres capacitadas y de la misma condición étnica que participantes.

Elementos de Innovación: Conserjería, controles, tratamientos médicos en ETS y seguimiento aplicado durante varios meses después de la primera visita. Identificación sociocultural y entrenamiento de las facilitadoras.

Diseño: Experimental. Participantes reciben incentivo económico para las encuestas de línea base y seguimiento. Programa replicado.

Más Información: Sociometrics, Program Archive on Sexuality, Health and Adolescence. Telf: 1-800-846-3475. <http://www.socio.com>

CLAVE: Información, educación en comportamientos, tratamiento de ETS y seguimiento prolongado.

Horizons (EEUU) ⇨ Reducir la probabilidad de reportar ETS y comportamientos sexuales menos riesgosos

Resultado: *En promedio, a los 6 y 12 meses, menor probabilidad de reportar Clamidia, así como uso consistente de preservativo y uso de preservativo en último encuentro sexual.*

Tipo de Intervención: Sesiones grupales, discusiones en bloques temáticos integrales, consejería y seguimiento.

Componentes: 4 Bloques temáticos relacionados con autoestima (promover orgullo cultural y de género), información sobre ETS y reducir riesgo de contraer ETS/VIH, y la importancia de uso de preservativo consistente. Seguimientos telefónicos (15 minutos, en meses alternativos) para reforzar la información. Vales de \$20 para cubrir costes de atención sanitaria y de ETS de las parejas sexuales de las participantes.

Focalización: Mujeres afroamericanas de 15 a 21 años.

Intensidad: Dos (2) sesiones grupales de 4 horas (2 sábados consecutivos)

Lugar: Implementado en clínicas de salud reproductiva por educadores de salud

Personal: Sin información específica.

Elementos de Innovación: Vales de \$20 para cubrir costes de atención sanitaria y de ETS de las parejas sexuales de las participantes; seguimientos telefónicos (15 minutos, en meses alternativos) para reforzar la información sobre prevención presentada en las sesiones grupales

Más Información: DiClemente et al (2009),

CLAVE: Información, fortalecimiento identidad y re-contacto. Facilitar a las parejas sexuales acceso a servicios de detección y tratamiento de ETS.

Sisters Saving Sisters (EEUU) ⇨ Reducir la probabilidad de reportar clamidia, gonorrea o tricomoniasis (incluida la concurrencia de parejas sexuales y los encuentros sexuales desprotegidos)

Resultados: *A los 12 meses, uso más consistente de preservativo en los últimos 3 meses, menor número de parejas sexuales y menor probabilidad de testar positivo en Gonorrea, Clamidia, o Tricomoniasis.*

Tipo de Intervención: Interpretación de roles y sesiones discusiones interactivas en grupos pequeños.

Componentes: Sesión de información sobre ETS y discusiones sobre el efectos del alcohol y drogas para el uso adecuado de preservativo. Capacitación de facilitadores del lugar. .

Focalización: Mujeres jóvenes latinas y afroamericanas.

Intensidad: Una sesión de capacitación de 250 min. en grupo pequeños de 2 a 10 adolescentes.

Lugar: Intervención implementada a nivel comunitario

Personal: Facilitadores (nivel mínimo de licenciatura y experiencia con jóvenes de zonas marginales) capacitados durante 8 horas en contenidos y conocedores del contexto.

Elementos de Innovación: (i) Manejo y uso de preservativos usando modelos anatómicos, habilidades de negociación para el uso de preservativo, discusiones sobre barreras al uso de preservativos (consumo de alcohol o drogas).

Más Información: Jemmott, et al (2005).

CLAVE: Técnicas interactivas de educación sobre temas de salud sexual. Intervención de bajo coste.

What could you do? (EE.UU.) ⇒ Reducir la probabilidad de reportar ETS a corto plazo

Resultados: A los 6 meses, menor probabilidad de haber sido diagnosticada una ETS.

Tipo de Intervención: Video interactivo (permite seleccionar/saltar secciones).

Componentes: Video sobre alternativas ante posibles situaciones sexuales, con opciones específicas para elegir entre distintos comportamientos sexuales, incluye información sobre ETS y salud sexual.

Focalización: Mujeres de 14 a 18 años.

Intensidad: 45 minutos tiempo promedio para ver el video, variando en función de las elecciones de los espectadores.

Lugar: Clínicas de salud u oficinas médicas, pero puede ser potencialmente usado en escuelas si es posible garantizar privacidad.

Personal: No se requiere participación directa de educadores o proveedores cualificados

Elementos de Innovación: Metodología simple de replicar. Bloques temáticos del video: (1) Situaciones sexuales; (2) Reducción de riesgo; (3) Salud reproductiva; (4) ETS.

Más Información: Downs, et al (2004). Caja de DVD estructurado y flexible <http://www.whatcouldyoudo.org/>

CLAVE: Puede ser potencialmente usado en escuelas. No se requiere personal capacitado y cuenta con paquete digitalizado con los materiales en formato PDF, incluido un manual de usuario y un modelo de instrumentos para evaluaciones en <http://www.socio.com/passt19.php>.

Women's Health Project (EE.UU.) ⇒ Reducir la incidencia de relaciones sexuales sin protección

Resultados: Reducción en la frecuencia de relaciones sexuales sin protección; resultados secundarios en reducción en la frecuencia de relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias tóxicas, número de parejas sexuales, ETS confirmadas clínicamente, así como mayor intención de usar, conocimiento del uso y creencias sobre preservativos.

Tipo de intervención: Sesiones de educación e información en clínicas.

Componentes: Intervenciones basadas en teorías cognitivo-conductuales e investigación basada en estimulación: una intervención de prevención de VIH/SIDA que proporciona información necesaria para practicar sexo seguro; una intervención que proporciona información específica y formación de habilidades para practicar sexo seguro; o una intervención de promoción de la salud en aspectos no relacionados con el comportamiento sexual.

Focalización: Adolescentes afroamericanas o latinas con experiencia sexual, reclutadas a través de la clínica de medicina adolescente de un hospital infantil ubicado en una comunidad urbana de bajo ingreso.

Duración: Tres (3) sesiones.

Intensidad: sesiones de 250 minutos.

Lugar: Clínica de salud.

Personal: Cualificado.

Elementos de innovación: Una intervención de prevención del VIH/SIDA que provee de información y formación para el desarrollo de habilidades para practicar sexo seguro.

Diseño: Experimental, con rondas de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Más información: Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159:440-449.

<http://www.psych.umn.edu/courses/spring07/borgidae/psy5202/readings/jemmott%202005.pdf>

CLAVE: Intervención basada en información y habilidades.

FOCUS (EE.UU.) ⇒ Información correcta, motivación y desarrollo de habilidades conductuales

Resultados: A los 14 meses, reducción de ETS reportadas y embarazos no deseados.

Tipo de intervención: Intervención para reducir el riesgo de contraer ETS y los resultados negativos sobre la salud sexual en mujeres a bordo de navíos. Persigue modificar actitudes y desarrollar habilidades que afectan al comportamiento sexual.

Componentes: El objetivo primario es desarrollar, implementar y evaluar una intervención que enfatiza el manejo de información correcta, motivación y habilidades conductuales en salud reproductiva, además de monitoreo no invasivo usando un método de análisis de la orina que permite detectar la incidencia de Tricomoniasis y Gonorrea, además de un test de embarazo.

Focalización: Originalmente se ofreció este servicio a mujeres en el cuerpo de marines de los EEUU durante la primera semana de entrenamiento.

Intensidad: 4 sesiones / 2 horas.

Lugar: Naves militares.

Personal: Asistentes de investigación o facilitadores con experiencia en el ámbito de la salud.

Elementos innovadores: Contexto y diseño especializados para mujeres jóvenes registradas en el cuerpo de marines

Diseño: Experimental. Seguimiento a los 14 meses.

Más información: <http://oai.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA386486>

CLAVE: Lugar y currículo especializados, incluye información, motivación y formación en habilidades conductuales acompañados de test no invasivo para la detección de ETS.

All4You! (EE.UU.) ⇒ Reducir la frecuencia de sexo desprotegido

Resultados: A los 6 meses de intervención, incremento en el uso regular de preservativos y menor frecuencia reportada de haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses

Tipo de intervención: Diseñada para reducir la frecuencia de sexo desprotegido entre estudiantes en escuelas de educación secundaria alternativas. El programa incluyó un programa curricular en el aula y actividades de aprendizaje en servicio (service-learning).

Componentes: Lecciones en el aula extraídas del currículo de Be Proud! Be Responsible! y Safer Choice. Las lecciones abordaron VIH, SIDA y prevención de embarazo adolescente, vulnerabilidad frente a estos riesgos; habilidades de negociación; habilidades para el uso de preservativos. Todas las lecciones fueron ligeramente interactivas e incluyeron interpretación de roles, demostraciones, discusiones y juegos. El aprendizaje en servicio incluyó cinco visitas a lugares de voluntariado, incluyendo escuelas, centros de personas mayores y organizaciones de servicios.

Focalización: Estudiantes en escuelas de educación secundaria alternativas.

Duración: Nueve (9) sesiones en el aula.

Intensidad: 14 sesiones, 26 horas en total.

Lugar: Escuelas.

Personal: Profesionales de la salud.

Elementos innovadores: Empleo de un currículo de calidad demostrada. Lecciones interactivas y componente de aprendizaje en servicio para preparar a los estudiantes para participar en diferentes actividades de servicio. También se les dio la oportunidad de reflexionar sobre la prestación del mismo.

Diseño: Experimental. Las escuelas que fueron asignadas aleatoriamente al grupo de tratamiento implementaron el currículo de All4You. En la mayoría de escuelas, All4You fue la única forma de educación sexual que recibieron los estudiantes.

Más información: 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.

Clave: Contenido especializado, sesiones altamente interactivas y discusiones abiertas durante el componente de aprendizaje en servicio.

Be Proud! Be Responsible! ⇒ Reducir la concurrencia y mejorar el uso de anticonceptivos

Resultados: A los 3 meses, menor concurrencia y mayor uso de preservativos.

Tipo de intervención: El programa fue desarrollado para reducir la prevalencia del VIH/SIDA en comunidades afroamericanas en zonas urbanas deprimidas. Este programa cognitivo-conductual ha demostrado impacto sobre el conocimiento de los participantes en relación al VIH / SIDA y en sus actitudes e intenciones con respecto a comportamientos sexuales de riesgo (como la intención de usar preservativos). Existen dos versiones extendidas del programa: Making Proud Choices! I es la extensión basada en sexo seguro De Making a Difference!, que está basada en la abstinencia.

Componentes: Sobre la base de módulos que se refieren a hechos, actitudes y creencias en torno al VIH y el SIDA. También se enseñan habilidades de uso de preservativos y técnicas de la rechazo y de negociación. La intervención está diseñada para ser informativa y de entretenimiento e incluye discusión en grupo, juegos, mini-conferencias, videos, demostraciones de uso de preservativos, interpretación de roles y otras actividades interactivas.

Focalización: Adolescentes afroamericanos de bajos ingresos.

Duración: Seis (6) culturalmente apropiados, una hora de duración módulos.

Intensidad: 1 sesión de 5 horas / 6 sesiones de 1 hora / 2 sesiones de 3 horas.

Lugar: Centros Comunitarios.

Personal: 16 a 24 horas de formación para facilitadores en función de los conocimientos previos / experiencia en la salud sexual de los jóvenes.

Elementos innovadores: Ayudar a los jóvenes a tomar decisiones responsables sobre su comportamiento sexual. Hace hincapié en el sentido de comunidad, la responsabilidad y el orgullo: proteger a las familias y la comunidad.

1 El programa **FOCUS** se describe en el Anexo 2. El programa **Be Proud! Be Responsible! Be Protective!**, es una extensión del programa Be Proud! Be Responsible!, cuyo currículo fue renombrado para reflejar el nuevo enfoque en la protección maternal como medio para reducir o eliminar comportamientos sexuales de alto riesgo. El programa promueve el desarrollo y refuerzo de aspectos tales como la responsabilidad, compromiso y la toma de conciencia sobre los efectos e implicaciones del VIH / SIDA en sus hijos. Este programa basado en la comunidad se basa en 4 sesiones / 2 horas cada una.

Diseño: Experimental. Existen varias evaluaciones de impacto disponibles.

Más información: Jemmott, J.B., Jemmott, L.S., Fong, G.T., & McCaffree, K. 1999. Reducing HIV Risk-Associated Sexual Behavior Among African American Adolescents: Testing the Generality of Intervention Effects. *American Journal of Community Psychology*. And Kennedy, M.G., Mizuno, Y., Hoffman, R., Baume, C., & Strand, J. 2000. The effect of tailoring a model HIV prevention program for local adolescent target audiences. *AIDS Education and Prevention*.

CLAVE: Programa cognitivo-conductual con efectos en los conocimientos sobre VIH / SIDA y actitudes con respecto a conductas sexuales de riesgo, basado en discusiones de grupo. Currículum informativo y entrenado.

Becoming a Responsible Teen or BART (EE.UU.) ⇨ Educación sobre HIV y formación de habilidades conductuales

Resultado: *Después de 12 meses, los estudiantes tenían un mayor conocimiento sobre el SIDA y estaban involucradas en menor frecuencia relaciones sexuales vaginales sin protección. Retraso en el inicio de la actividad sexual entre los jóvenes que entraron al programa que no habían tenido relaciones sexuales antes.*

Tipo de intervención: Es un programa de prevención del VIH diseñado para estudiantes afroamericanos de educación secundaria. El programa combina la educación sobre el VIH con formación de habilidades conductuales. Se espera de los participantes del programa no sólo que abandonen el programa preparados para tomar decisiones bien fundamentadas y por sí mismos, sino que se les anima a “correr la voz” sobre el VIH / SIDA entre sus amigos.

Componentes: El currículo consta de sesiones informativas sobre el VIH / SIDA y la formación de estudiantes en las habilidades de conducta relevantes. En la capacitación se incluye el uso correcto del preservativo, la afirmación sexual, el rechazo, la provisión de información, la autogestión, resolución de problemas, y el reconocimiento de los riesgos. La abstinencia se trabaja a través de todo currículo y se identifica como la única manera segura para prevenir el VIH a la adquisición. Las actividades del programa incluyen juegos, interpretación de roles, debates y vídeos/observación.

Grupo destinatario: Estudiantes afro-americanos de secundaria con menos frecuencia el coito vaginal sin protección.

Intensidad: Ocho (8) sesiones, de 90 a 120 minutos de duración.

Lugar: Escuelas.

Elementos innovadores: Combina educación sobre el VIH con la formación de habilidades y comportamientos.

Diseño: Experimental.

Más información: St. Lawrence, J.S. et al. (1995). Cognitive-Behavioral Intervention to Reduce African American Adolescents' Risk for HIV Infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

CLAVE: Educación sobre el VIH y desarrollo de habilidades conductuales.

Cuídate (safer sex program), Méjico ⇨ Comportamiento sexual y uso de anticonceptivos entre jóvenes mexicanos

Resultados: *Después de 12 meses disminución de la edad del inicio de la practica sexual y mayor uso de preservativos o algún otro tipo de anticonceptivos en la primera relación sexual.*

Tipo de intervención: Intervención de reducción de riesgo sexual. Versión ligeramente modificada del programa para latinos en los Estados Unidos: “¡Cuídate! Promueve tu Salud” (“Take Care of Yourself! Promote your Health”). Los adolescentes fueron reclutados en escuelas y asignados al azar a las seis horas de intervención, o a un grupo de promoción de salud de seis horas (grupo de control).

Componentes: Interpretación de roles, currículo adaptado al contexto mexicano, uso de la música mexicana con énfasis en los mensajes del programa, información sobre el embarazo y el uso de anticonceptivos. Uno de los componentes principales se centró en la relación padres-adolescentes en general y en la comunicación sexual. Tanto los padres como los adolescentes asignados al grupo control recibieron orientación sobre comportamientos saludables, tales como una dieta saludable, hacer ejercicio y dormir lo suficiente, así como información para evitar fumar, el alcohol y el consumo de drogas.

Focalización: Jóvenes mexicanos (n = 829) en Monterrey, de cuatro escuelas afiliadas a la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL).

Intensidad: Todas las sesiones de grupo se llevaron a cabo en dos sábados consecutivos en las escuelas. Las evaluaciones de seguimiento se llevaron a cabo con todos los participantes intervalos de tres, seis y doce meses.

Lugar: Escuelas.

Personal: Facilitadores capacitados en grupos pequeños.

Elementos innovadores: Adaptación cultural del currículo del programa y el uso de música mexicana con énfasis en los mensajes.

Diseño: experimental, con estudiantes de entre 13 y 17 años de edad. Monterrey - Nuevo León. 708 adolescentes (85% de los que participaron en el estudio original, n = 829) completaron los 48 meses de seguimiento: 394 adolescentes (86,8%) en el grupo Cuidate y 314 adolescentes (83,7%) en el grupo control. Había más mujeres que hombres participantes (57% o 43%).

Más información: Villarruel A, Zhou Y, Gallegos CE, Ronis DL. (2010).

CLAVE: Adaptación al contexto de los planes de estudio y entre padres y adolescentes componente de comunicación.

HIV Reduction Among Detained Adolescents (EE.UU.) ⇨ Reducir comportamientos sexuales de riesgo

Resultado: *Después de 3 y 6 y 12 meses, aumentar el uso sostenido del preservativo.*

Tipo de intervención: Diseñado para reducir comportamientos sexuales de riesgo, incluidos los relacionados con el alcohol, conductas sexuales de riesgo, y mayor uso del preservativo. Proporciona evidencia de que las intervenciones basadas en la teoría son eficaces en la reducción de prácticas sexuales de riesgo en esta población. Hubo pruebas limitadas de los efectos de la intervención sobre los resultados del consumo de alcohol.

Componentes: Intervención basada en modelos teóricos para la reducción de riesgo sexual. Componentes orientados a la reducción del consumo de alcohol, a promover la motivación del joven, y el suministro de información útil. Todas las intervenciones se presentaron en grupos del mismo sexo.

Focalización: Adolescentes detenidos

Intensidad: Una sola sesión, duración de 2 a 4 horas, basada en el grupo de intervención.

Lugar: Centros de detención juvenil.

Personal: Facilitadores capacitados en grupos pequeños.

Elementos innovadores: Contexto especializado adaptado a la población. Posibilidad de integrar contenido sobre los comportamientos sexuales de riesgo vinculados específicamente al consumo de alcohol en una teoría sobre la reducción del riesgo sexual.

Diseño: Experimental.

Más información: Angela D. Bryan, Sarah J. Schmiege, Michelle R. Broaddus. 2009. HIV Risk Reduction Among Detained Adolescents: A Randomized, Controlled Trial. American Academy of Pediatrics.

CLAVE: Posibilidad de integrar el contenido sobre riesgo sexual específicamente vinculado al consumo de alcohol para un contexto y población específicos.

Making Proud Choices! (EE.UU.) ⇨ Reducir comportamientos sexuales de riesgo

Resultado: *Después de 12 meses, mayor coherencia en el uso del preservativo. Fuerte impacto en los estudiantes que tenían experiencia sexual antes de la intervención. Disminución de relaciones sexuales sin protección y número de encuentros sexuales, en comparación con los grupos control.*

Tipo de intervención: Método de sexo seguro para prevenir VIH / SIDA y embarazo adolescente. Diseñado para aumentar el conocimiento sobre el VIH, enfermedades de transmisión sexual y prevención del embarazo, promover las habilidades de apoyo de la abstinencia y las prácticas de sexo seguro, y aumentar la capacidad de los adolescentes a usar correctamente el preservativo.

Componentes: Los módulos abordan datos, actitudes y creencias en torno al VIH / SIDA y embarazo adolescente. También enseñan habilidades para el uso de preservativos y técnicas de rechazo en la negociación. Las actividades del programa incluyen interpretación de roles y videos / actividades de observación. Es una adaptación y ampliación del currículo de Be Proud! Be Responsible!. Énfasis en las metas de los adolescentes y sus aspiraciones, y cómo el comportamiento sexual de alto riesgo y sus implicaciones tiene el potencial de frustrar esos sueños.

Focalización: Sdolescentes afroamericanos procedentes de familias de bajos ingresos en zonas urbanas deprimidas

Intensidad: Ocho (8) módulos adaptados a la cultura, de una hora de duración

Lugar: Escuelas

Personal: 6 a 24 sesiones de formación en función de los conocimientos previos del facilitador

Elementos innovadores: Esta intervención se diferencia de Be Proud! Be Responsible! en que trata no sólo el VIH / SIDA, sino también la prevención del embarazo. Reconoce que la abstinencia sexual es preferible, pero destaca el uso del preservativo como una forma de reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y el embarazo.

Diseño: Experimental.

Más información: Enlace al plan de estudios del programa: <http://www.selectmedia.org/curriculum.asp?curid=3>. Y ver: Jemmott, JB, Jemmott, LS, y Fong, GT 1998. Abstinence and Safer Sex HIV Risk-Reduction Interventions for African American Adolescents. Journal of the American Medical Association.

CLAVE: Reconoce que la abstinencia sexual es preferible. Énfasis en las metas de los adolescentes y sus aspiraciones y cómo el comportamiento sexual de alto riesgo tiene el potencial de frustrarlos.

Promoting Health Among Teens (EE.UU.) ⇒ Reducir comportamientos sexuales de riesgo

Resultado: Después de 3, 6, 12, 18 y 24 meses, menor concurrencia. La intervención de abstinencia sólo redujo de la edad de iniciación sexual.

Tipo de intervención: Diseñada para mejorar el conocimiento sobre el VIH / ETS; la comprensión de cómo la abstinencia puede prevenir el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y el VIH; fortalecer las creencias y comportamientos que apoyan el uso regular del preservativo, y promover el desarrollo de habilidades de negociación y rechazo a través de un enfoque basado en la abstinencia, así como para el uso efectivo del preservativo.

Componentes: (1) "sólo" abstinencia; (2) práctica de sexo seguro; (3) intervención integral dirigida a un mayor uso de preservativos y promoción de la salud; y (4) intervención de control: promoción de salud en aspectos no relacionados con el comportamiento sexual.

Focalización: Estudiantes afro-americanos en sexto y séptimo grado.

Intensidad: 2 - 3 sábados, de 8 a 12 horas cada día

Lugar: Escuelas públicas urbanas.

Personal: Facilitadores, 2,5 días de formación.

Elementos innovadores: Componentes incluye la abstinencia, sexo seguro-y sólo una intervención integral.

Diseño: Experimental.

Más información: Jemmott III J.; Loretta Jemmott, and Geoffrey T. Fong. 2010. Efficacy of a Theory-Based Abstinence-Only Intervention Over 24 Months. A Randomized Controlled Trial With Young Adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med.

CLAVE: Intervenciones basadas en la teoría de abstinencia-solamente pueden tener un papel importante en la prevención de las relaciones sexuales adolescentes.

Reducing the Risk (EE.UU.) ⇒ Reduce sexual risk behaviors, STD/HIV education

Resultado: Después de 18 meses, retraso en la iniciación sexual. Los estudiantes sexualmente activos muestran mayor probabilidad de no contagio de ETS / VIH. Aumentó la comunicación entre padres e hijos sobre temas sexuales.

Tipo de intervención: Diseñada para influir el conocimiento, creencias, valores e intenciones en relación a la abstinencia, la actividad sexual sin protección, embarazo adolescente no deseado y el contagio de ETS entre estudiantes de secundaria.

Componentes: Currículo enfatiza el desarrollo de habilidades de rechazo y comportamientos alternativos que apoyan la abstinencia.

Focalización: Estudiantes de secundaria.

Intensidad: Dieciséis (16) sesiones, 45 minutos minutos.

Lugar: Escuelas.

Personal: Formación disponible bajo petición

Elementos innovadores: Énfasis en habilidades de rechazo y comportamientos alternativos que apoyan a la abstinencia.

Diseño: Cuasi-experimental.

Más información: Hubbard, B.; Mark Giese and Jacquie Rainey. 2009. A Replication Study of Reducing the Risk, a Theory-Based Sexuality Curriculum for Adolescents. Journal of School Health, Vol. 68

CLAVE: Énfasis en el desarrollo de habilidades de rechazo y comportamientos alternativos que apoyan la abstinencia y promueven la comunicación entre padres e hijos.

Riskers Health Advocacy Program ⇨ Reducir comportamientos sexuales de riesgo

Resultado: *Después de 5 meses, mayor consistencia en el uso del preservativo.*

Tipo de intervención: Diseñada para promover la capacidad de resolver problemas para la prevención del VIH / SIDA en jóvenes de alto riesgo, especialmente entre consumidores de drogas y jóvenes en centros penitenciarios.

Componentes: Una "terapia de resolución de problemas" enfoque, incluyendo habilidades para abordar, definir y formular un problema, generando soluciones alternativas, facilitando la toma de decisiones e implementación de una solución.

Focalización: Jóvenes en centros penitenciarios.

Intensidad: Cuatro (4) sesiones de 1 hora, a lo largo de 2 semanas

Lugar: Centros penitenciarios.

Personal: Facilitadores (hombres).

Elementos innovadores: Adaptado a poblaciones especiales. Los ajustes se centran en un enfoque de "resolución de problemas" a través de técnicas terapéuticas.

Diseño: Cuasi-experimental.

CLAVE: Enfoque terapéutico para la resolución de problemas.

Safer Sex (EE.UU.) ⇨ Reducir la concurrencia de parejas sexuales múltiples

Resultado: *Seis meses después de la intervención los participantes presentaron una menor propensión a tener otra pareja sexual (además de la principal) en los últimos seis meses.*

Tipo de intervención: Intervención clínica enfocada en la reducción de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, así como mejorar el uso del preservativo entre mujeres adolescentes de alto riesgo. El servicio es prestado por educadoras de salud en una clínica. Apoyo y servicio individualizado.

Componentes: Video, sesiones educativas, sesiones de apoyo, manual de intervención estandarizadas.

Focalización: Chicas adolescentes en alto riesgo de vulnerabilidad.

Intensidad: Cuatro (4) sesiones individuales. Una sesión de 40 minutos, seguida de sesiones de refuerzo después de uno, tres y seis meses

Lugar: Clínicas.

Personal: Educadoras de salud (mujer). En la implementación original de la intervención, el diseñador del programa entrenó a las educadoras y les dio un manual de intervención estandarizado.

Elementos innovadores: Los participantes reciben la intervención de forma individual en una clínica, por personal femenino cualificado. Después de uno, tres y seis meses de iniciar la educación, los participantes son invitados a volver a la clínica para asistir a sesiones de refuerzo, durante las cuales, los participantes se reúnen con la educadora de salud para evaluar su nivel de riesgo sexual, hablar de la historia sexual, y revisar la cinta y los materiales del programa. A los participantes se les ofrecen preservativos y material escrito.

Diseño: Experimental. Los participantes fueron asignados al azar a un grupo de tratamiento que recibió la intervención y un grupo de control que recibió los servicios de la clínica habitual. Las encuestas fueron administradas antes de la intervención (línea basal), y durante las visitas de seguimiento 1, 3, 6 y 12 meses después de la intervención inicial.

Más información: Lydia.Shrier @ childrens.harvard.edu; http://www.hhs.gov/ophs/oah/prevention/research/programs/safer_sex.html.

CLAVE: Sesiones individuales adaptadas, y seguimiento personal por un facilitador capacitado.

It Is Your Game (IYG), Keep It Real ⇨ Retrasar la iniciación sexual

Resultado: *Menor probabilidad de iniciar relaciones sexuales en comparación con el grupo control (después de un año). Efecto especialmente significativo en adolescentes hispanos. Nota: la evaluación del estudio fue llevada a cabo con jóvenes de América Latina y África principalmente.*

Tipo de intervención: Intervención canalizada a través del acceso a medios informáticos. Enfocada para niños de escuela secundaria. Intervención desarrollada para prevenir el VIH, las ETS y el embarazo. Los niños asistieron a sesiones en el aula en las que se integraron actividades de grupo y actividades individuales a través de computadoras.

Componentes: 1) Basado en el aula - incluye actividades de interpretación de roles; diario y grupos de discusión; 2) Actividades de interacción padres e hijos - en el hogar; y 3) Actividades desarrolladas mediante el ordenador (incluye actividades interactivas, un centro comercial virtual, videos, concursos).

Focalización: Estudiantes de escuela secundaria. Estudiantes de habla inglesa y bajos ingresos en séptimo grado, en escuelas urbanas.

Duración: Dos (2) años, los grados séptimo y octavo.

Intensidad: Veinticuatro (24) lecciones, seis tareas para realizar en el hogar.

Lugar: Escuelas.

Personal: La intervención estructural completa permite acceder a cinco sesiones de formación (de tres horas cada una) para los ejecutores; y tres presentaciones para el personal de la escuela.

Elementos innovadores: Componentes diseñados para facilitar el diálogo entre padres e hijos y un componente informático que incluye actividades interactivas y un modelo de pares.

Diseño: Experimental. Cinco escuelas fueron seleccionadas al azar para implementar la intervención IYG y otras cinco fueron asignadas aleatoriamente a un grupo control que continuó impartiendo las clases habituales de salud. Las encuestas fueron administradas antes del programa (línea de base), después de que el programa terminase, en la primavera de 8º grado, y un año más tarde en la primavera de 9º grado.

Más información: Presentation at Sex:Tech 2009: http://www.sextech.org/downloads/presentations/Disseminating_an_evidence-based_HIV_prevention_program_for_middle_school_The_Its_Your_Game_curriculum_website.pdf

http://www.hhs.gov/ophs/oah/prevention/research/programs/its_your_game_keep_it_real.html

CLAVE: Se integran componentes individuales y de grupo. Utilización de medios informáticos, interpretación de roles y apoyo parental.

Project CHARM (Children's Health and Responsible Mothering) , (EE.UU.) ⇨ Reducir el riesgo de VIH en adolescentes embarazadas y madres jóvenes

Resultados: *Después de seis meses, las estudiantes reportaron un menor número de parejas sexuales. Aumento de conocimientos sobre el SIDA y las intenciones de usar preservativo.*

Tipo de intervención: Currículo para la reducción del VIH diseñado para adolescentes embarazadas y madres jóvenes.

Componentes: El currículo enfatiza el papel de la protección maternal para motivar a los adolescentes a reducir los comportamientos sexuales de riesgo, promueve habilidades de responsabilidad y la toma de los efectos del VIH / SIDA en las comunidades urbanas. Aborda el impacto del VIH / SIDA en las mujeres embarazadas y sus hijos, el VIH / SIDA durante el embarazo y el puerperio. El contenido esta orientado a madres jóvenes en riesgo de vulnerabilidad.

Focalización: Adolescentes latinas y afroamericanas embarazadas y madres jóvenes.

Intensidad: Una (1) sola sesión. Ocho horas de instrucción interactiva, adaptados a la cultura.

Lugar: Internados para mujeres embarazadas o madres menores de edad o jóvenes.

Personal: Facilitadores capacitados.

Elementos innovadores: Enfatiza el papel de la protección maternal en adolescentes embarazadas y madres jóvenes.

Diseño: Experimental, internados para embarazadas menores de edad y el programa para madres jóvenes fueron asignados al azar para poner en práctica bien el currículo de CHARM, o una intervención de promoción de la salud (control).

Más información: <http://www.childtrends.org/lifecourse/programs/charm.htm>

CLAVE: Intervención a medida para madres adolescentes (solo mujeres), afro-americanas, hispanas o latinas.

Draw the Line/ Respect the Line (EE.UU) ⇒ Comportamientos sexuales entre adolescentes en educación secundaria

Resultados: *Después de 36 meses, retraso en la iniciación sexual entre los adolescentes. Mayor conocimiento y actitudes más positivas hacia la abstinencia sexual, y menor probabilidad de involucrarse en comportamientos de riesgo sexuales.*

Tipo de intervención: Currículo basado en teoría, diseñado para aumentar la edad de debut sexual y el uso de preservativos entre aquellos que tienen relaciones sexuales. Asimismo, el programa fue diseñado para influir en indicadores intermedios del cambio conductual (por ejemplo, actitudes, normas percibidas).

Componentes: Sesiones interactivas en escuelas: currículo adaptado al edad para alumnos en sexto grado (fijación de límites y habilidades de rechazo), séptimo grado (las relaciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, las habilidades interpersonales), octavo grado (VIH, preservativos y otros métodos, habilidades de rechazo). El programa de estudio incluye los conceptos básicos de la cultura latina.

Focalización: Jóvenes de sexto, séptimo y octavo grado. Predominantemente latinos

Intensidad: Currículo para 3 años. 20 sesiones secuenciales: 5 en sexto, 8 en séptimo y 7 en octavo grado.

Lugar: Escuelas.

Personal: Educadores con experiencia en el ámbito de la salud y en estrategias de enseñanza (por ejemplo, discusiones en grupos pequeños y grandes, práctica de habilidades en parejas y grupos pequeños, historias, actividades individuales).

Elementos innovadores: Plan de estudios específico para cada grado y conceptos básicos para los estudiantes latinos.

Diseño: Experimental. Participaron 19 escuelas del norte de California. Se hizo seguimiento a una cohorte de 2.829 estudiantes de sexto grado a los 36 meses.

Más información: Coyle et al (2004).

CLAVE: **Sesiones interactivas edad específicas – en la escuela.**

ANEXO 4: CRITERIOS METODOLÓGICOS PARA LA CONSIDERACIÓN DE ESTUDIOS DE EFECTIVIDAD

Este documento fue desarrollado a través del análisis de seis revisiones sistemáticas: Advocates for Youth, 2005; Advocates for Youth, 2007; Kirby Emerging Answers, 2007; Kirby et al., 2007; Cochrane Collaboration, 2010; y Mathematica, 2010. Asimismo, fueron revisadas intervenciones destacadas bajo la iniciativa “Mejores Prácticas en Políticas y Programas de Juventud en América Latina y el Caribe”, y páginas web de relevancia para el estudio (ver links abajo). Adicionalmente, este documento actualiza el conocimiento riguroso disponible en el área de estudio; apoyándose en evidencia empírica comprobada y enriquecido con las últimas tendencias en investigación en salud sexual y reproductiva, neurociencia y economía del comportamiento. Los resultados expuestos están acorde con la estrategia social y marco conceptual de juventud del BID.

A fin de facilitar un más fácil análisis, los autores seleccionaron evidencia sobre intervenciones que demostraron contar con impactos directos en resultados de salud reproductiva, incluyendo la reducción efectiva de la probabilidad de reportar un embarazo precoz y maternidad/paternidad adolescente; reducción de ETS y/o comportamientos sexuales de alto riesgo (incluyendo el uso de contraceptivos o la reducción de parejas sexuales). Asimismo, se consideran intervenciones probadas para reducir comportamientos sexuales de alto riesgo caracterizadas generalmente por ser intervenciones de efectos sostenidos de corto plazo, generalmente también relacionadas con impactos sobre actitudes y creencias.

Las “prácticas o intervenciones prometedoras” consideradas en este estudio fueron seleccionadas de acuerdo a los siguientes criterios: (1) fueron identificadas por las revisiones sistemáticas analizadas en este documento; (2) sus efectos comprobados se encuentran alineados con el marco lógico y objetivos del programa; (3) están sujetas a especificaciones o adaptaciones culturales (por ejemplo: tienen el potencial de ser replicadas en Latinoamérica); (4) metodología de medición se considera robusta (no se incluye resultados de análisis basados en entrevistas a terceros e información sujeta a alta subjetividad)

Los criterios metodológicos para el peso y selección de programas, deriva principalmente de 4 fuentes:

- **Mathematica, 2010:** *Evaluation of Adolescent Pregnancy Prevention Approaches*. Esta revisión identificó 28 programas en total, reflejando un amplio espectro de modelo de programas y poblaciones meta. Se revisaron varios estudios previos, páginas web de organizaciones de diseño de política o investigación o agencias federales que cuenten con alguna especialización o estén establecidas en el área de el embarazo adolescente y la transmisión de enfermedades sexuales en jóvenes y se hizo una convocatoria a 43 organizaciones de investigación, asociaciones profesionales y centros de investigación afiliados a universidades para identificar estudios que no hubiesen sido publicados. Fueron analizados alrededor de 1.000 estudios potencialmente relevantes. Se exigió que la intervención objeto de estudio estuviese enfocada en la prevención de embarazo adolescente, excluyéndose estudios con otro tipo de objetivo (reducir abandono temprano de estudios, visitas de apoyo a madres adolescentes etc.) y que se midiese el impacto sobre al menos un indicador de comportamiento sexual de riesgo o sus consecuencias sobre la salud (iniciación y frecuencia de la actividad sexual, número de compañeros sexuales, uso de anticonceptivos, tasa de ETS, embarazos o partos). Asimismo, a los estudios se les exigió: (i) diseño experimental (siguiendo los estándares para el control del desgaste muestral total y diferencial establecidos por el Departamento de Educación de EEUU en el marco de *What Works Clearinghouse*) o cuasi-experimental con grupo de comparación; (ii) equivalencia estadística entre grupos de intervención y control o comparación en la línea de base (en características observables); (iii) que cada grupo o brazo del estudio contasen con más de dos sujetos y que no existiesen diferencias sistemáticas en el método de recolección de datos entre los distintos grupos de tratamiento y comparación o control.

• **Advocates for Youth, 2008:** El estudio *Science & Success. Sex Education and Other Programs that Work to Prevent Teen Pregnancy, HIV and STIs* incluye programas que hayan mostrado reducir el embarazo adolescente o enfermedades de transmisión sexual, o bien que hayan logrado un impacto positivo en al menos dos comportamientos sexuales de riesgo. Criterios de inclusión: Se exigió a todos los estudios: (i) haber sido publicados en revistas con proceso de revisión (peer-reviewed journals); (ii) haber sido evaluados mediante diseño experimental o cuasi-experimental; (iii) incluir al menos 100 individuos en los grupos de tratamiento y comparación o control; (iv) haber recolectado información sobre el impacto del programa en ambos grupos al menos 3 meses después del inicio de la intervención; (v) haber demostrado que el programa produjo al menos dos cambios positivos en el comportamiento de los jóvenes en el grupo de tratamiento con respecto al de control (retraso de la iniciación sexual, menor frecuencia de relaciones sexuales, menor número de parejas sexuales y/o monogamia, incremento en la consistencia y frecuencia de uso de preservativo u otros métodos anticonceptivos efectivos, menor incidencia de relaciones sexuales sin protección); (vi) o bien haber demostrado reducir las tasas de embarazo adolescente, ETS/HIV.

• **Kirby, 2007:** *Emerging Answers*. Se revisaron 10 bases de datos online (PubMed, PsychInfo, Popline, Sociological Abstracts, Psychological Abstracts, Bireme, Dissertation Abstracts, ERIC, CHID and Biologic Abstracts), 16 revistas científicas y entrevistas con investigadores y autores que habían realizado revisiones de literatura previas sobre este tema. Criterios de inclusión: (i) no se exige que el estudio estuviese publicado en revistas con proceso de revisión; (ii) diseño experimental o cuasi-experimental con grupos de tratamiento y comparación razonablemente bien apareados; (iii) tamaño mínimo de muestra no inferior a 100 individuos; (iv) línea de base y seguimiento recolectadas; (v) medir el impacto sobre el comportamiento sexual (iniciación sexual, frecuencia de sexo, número de compañeros sexuales) o (vi) medidas compuestas de riesgo sexual (como la frecuencia con que se practica sexo desprotegido), uso de anticonceptivos o preservativos, tasas de embarazo adolescente, nacimientos y /o ETS; (vii) mide el impacto sobre algún comportamiento que puede cambiar a muy corto plazo durante al menos 3 meses (frecuencia de sexo, número de compañeros sexuales, uso de preservativo, uso de anticonceptivos etc.); o (viii) mide el impacto sobre comportamientos que cambian con menor rapidez durante al menos 6 meses (iniciación sexual, tasas de embarazo o ETS); y (ix) realiza un análisis estadístico apropiado.

Los efectos se consideraron relevantes cuando: (a) se registraron cambios estadísticamente significativos en los indicadores de impacto a un nivel $p < 0,05$ (salvo en caso de contar con un tamaño de muestra suficientemente grande y que los autores hubiesen fijado el nivel de significancia en $p < 0,01$, en cuyo caso se considero este nivel); y (b) que esta significancia fuese encontrada en la totalidad de la población objeto de estudio o en un subgrupo que comprendiese al menos un tercio de ésta (por ejemplo, grupos étnicos o raciales, poblaciones sexualmente inexperimentadas etc.)

• **Cochrane Collaboration, 2010:** *Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents*. Este estudio analiza y resume los efectos de intervenciones para reducir el embarazo adolescente con respecto a: (i) conocimientos y actitudes relacionadas a los riesgos de embarazos no deseados, (ii) retraso en la iniciación o debut sexual, (iii) uso consistente de métodos de planificación familiar, y (iv) reducción de embarazo adolescente. A fin de reducir los sesgos de publicación (Cook 1993, Dickerson 1990), los autores consideran todas las evaluaciones aleatorizadas publicadas y no publicadas, en cualquier idioma, relativos a países desarrollados o en desarrollo, y que demuestran efectividad de las intervenciones para reducir embarazos entre adolescentes.

Otras investigaciones de interés

1. Advocates for Youth. 2008. *Science and Success*, 2nd edition. Washington, DC: Advocates for Youth.
2. Guide to Community Preventive Services. Prevención de HIV/Sida, ETS y embarazos: intervenciones grupales para adolescentes basadas en abstinencia. (http://www.thecommunityguide.org/hiv/abstinence_ed.html).
3. Guide to Community Preventive Services. Prevención de HIV/Sida, ETS y embarazos: intervenciones grupales para adolescentes basadas en un marco comprehensivo de reducción de riesgos. (<http://www.thecommunityguide.org/hiv/riskreduction.html>).
4. Kim, C., & R. Rector. 2008. *Abstinence education: Assessing the evidence*. Washington, DC: The Heritage Foundation. (<http://www.heritage.org/research/reports/2008/04/abstinence-education-assessing-the-evidence>)

5. Kirby, D. (2007). *Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
6. Oringanje, C., M. Meremikwu, H. Eko, E. Esu, A. Meremikwu, and J. Ehiri. 2009. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4): CD005215.
7. Scher, L., R. Maynard, and M. Stagner. 2006. Interventions intended to reduce pregnancy-related outcomes among adolescents. *Campbell Systematic Reviews*, Number 12.
8. Cochrane Collaboration (www.cochrane.org)

Páginas Web recomendables:

- Advocates for Youth; www.advocatesforyouth.org
- Centers for Disease Control and Prevention (HIV/STD Prevention Research Synthesis); www.cdc.gov
- Guttmacher Institute; www.guttmacher.org
- Healthy Teen Network; www.healthyteennetwork.org
- National Abstinence Clearinghouse; www.abstinence.net
- National Abstinence Education Association; www.abstinenceassociation.org
- National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; www.thenationalcampaign.org
- Sociometrics (Program Archive on Sexuality, Health, and Adolescence); www.socio.com
- Child Trends (LINKS database); www.childtrends.org/links
- Mejores Prácticas en Políticas y Programas de Juventud en América Latina y el Caribe; <http://youthpractices.ucol.mx/english/index.php>

OTRAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Todas las intervenciones contempladas en esta revisión cuentan con una evaluación de impacto que cumple con: (i) diseño experimental o cuasi-experimental, (ii) resultados publicados en revistas científicas con comités de revisión y (iii) tamaño muestral mayor a 100 individuos en cada uno de los brazos de estudio; (iv) captura información sobre Indicadores de impacto de las intervenciones de referencia:

- **Enfermedades de Transmisión Sexual.** Variable objetivo (prioritaria). Historial de embarazos o paternidad/maternidad. Variable objetivo (prioritaria).
- **Historia de embarazo o paternidad/maternidad.** Variable objetivo (prioritaria).
- **Número de parejas sexuales o concurrencia.** Se considera que esta variable es un catalizador potencial de enfermedades de transmisión sexual (ETS), (Rosenberg et al. 1999)
- **Uso de preservativos u otro tipo de anticonceptivos.** Variable intermedia ampliamente aceptada como determinante de la salud sexual y resultados reproductivos (UNICEF, UNAIDS, WHO and UNFPA,2009).

Programa	Impactos en el riesgo adolescente de embarazo, VIH y/o ETS											Contexto y población meta									
	Retraso en la iniciación sexual	Reducción de frecuencia sexual	Reducción de parejas sexuales	Mayor prob. de tener una única pareja sexual	Inciden- cia de relaciones sexuales desprote- gidas	Incremento en el uso de preservati- vos	Incremento en el uso de anticoncep- tivos	Mayor Cumplimien- to tratamien- tos médicos	Reducción de inciden- cia en ETS	Reducción del número o tasa de embarazo adolescente	Urbana	Sub-urbana	Rural	Comunidad	Escuela	Clinica	Niños 3-17	Adolescentes 12-17	Jóvenes 18-24	Hispanos	Género
AIDS prevention for adolescents in school			★	★											X				X	X	Ambos
Reducing the Risk	★				★				★		★				X			X		X	Ambos
School/Community program for Sexual Risk reduction among Teens	★					★									X	X	X	X	X	X	Ambos
Self-Center – School (Linked Reproductive health Care)	★				★				★		★				X		X	X			Ambos
Teen Outreach Program															X			X	X	X	Ambos
Abecedarian project															X						Ambos
Be Proud! Be responsible!; A Safer sex curriculum		★	★			★									X		X	X			Masculino
California's Adolescent Sibling pregnancy Prevention Mon Program	★										★				X		X	X	X	X	Ambos
Children's Aid Society – CAS-Carrera Program	★ (Sexually active)										★				X				X		Femenino
Cuidate!		★	★												X			X			Ambos
Making Proud Choices!	★	★		★											X						Ambos
HIV Risk reduction for African American and Latin Adolescent Women			★		★										X	X			X		Femenino
Project Safe (Sexual Awareness for Everyone)			★	★											X	X				X	Femenino
SIHLE (Sisters Informing, Healing, Living, and Empowering)			★												X						Femenino
Tailoring Family Planning Services to the Special Needs of Adolescents											★				X				X		Femenino

Programa	Impactos en el riesgo adolescente de embarazo, VIH y/o ETS													Contexto y población meta								
	Retraso en la iniciación sexual	Reducción de frecuencia sexual	Reducción de parejas sexuales	Mayor prob. de tener una única pareja sexual	Inciden- cia de relaciones sexuales desprote- gidas	Incremento en el uso de preservati- vos	Incremento en el uso de anticoncep- tivos	Mayor Cumplimien- to tratamien- tos médicos	Reducción de inciden- cia en ETS	Reducción del número de embarazo adolescente	Urbana	Sub-urbana	Rural	Comunidad	Escuela	Clinica	Niños 3-11	Adolescentes 12-17	Jóvenes 18-24	Hispanos	Género	
All4You!		★			★	★														X	X	Ambos
Be Proud! Be Responsible! Be Protective!			★																X	X	Femenino	
FOCUS: Preventing STD and Unwanted Pregnancies among Young Women			★																X	X	Femenino	
HORMZONS						★												X			Femenino	
Project TALC (Teens and Adults Learning to Communicate)																				X	Ambos	
Promoting Health Among Teens! Comprehensive Abstinence and Safer Sex Intervention	★		★																	X	Ambos	
Raising Healthy Children (formerly known as the Seattle Social Development Project)	★		★																	X	Ambos	
Rikers Health Advocacy Program (RHAP)						★													X	X	Masculino	
Safer Sex																				X	Femenino	
Sisters Saving Sisters			★	★		★														X	Femenino	
What Could You Do?	★																			X	Femenino	
Becoming a responsible teen (BART)	★	★				★														X	Ambos	
Cuidate! (safer sex program) México.	★					★														X	Ambos	
Draw the Line/ Respect the Line	★																			X	Ambos	
Peer-led sex education (England).		★																			Ambos	
It's Your Game: Keep It Real (IYG).	★																			X	Ambos	

Programa	Impactos en el riesgo adolescente de embarazo, VIH y/o ETS													Contexto y población meta								
	Retraso en la iniciación sexual	Reducción de frecuencia sexual	Reducción de parejas sexuales	Mayor prob. de tener una única pareja sexual	Inciden- cia de relaciones sexuales desprote- gidas	Incremento en el uso de preservati- vos	Incremento en el uso de anticoncep- tivos	Mayor Cumplimien- to tratamien- tos médicos	Reducción de inciden- cia en ETS	Reducción del número de embarazo adolescente	Urbana	Sub-urbana	Rural	Comunidad	Escuela	Clinica	Niños 3-11	Adolescentes 12-17	Jóvenes 18-24	Hispanos	Género	
Adolescencia Tiempo de Decisiones (Chile)	★					★			★						X MB							Ambos
Women's Health Project			★						★							X		X				Femenino
Project CHARM (Children's Health and Responsible Mothering)			★							★					MB							Femenino

P: Escuela Primaria (5-10 años)

M: Escuela Media (10-13 años)

B: Bachillerato (13-18 años)

Objetivos y Metas	Línea de Base (1990)	Avances	Progreso si la tendencia permanece constante
META 1:	Erradicación de la Pobreza Extrema y el Hambre		
Reducir la pobreza extrema a la mitad 1/	11.3	6.3 (2010)	Se espera alcanzar
Empleo productivo y trabajo decente 2/	13.4	6.9 (2009)	Insuficiente
Reducir el hambre a la mitad 3/	12.0	8.0 (2007)	Insuficiente
META 2:	Lograr Educación Primaria Universal		
Educación Primaria Universal 4/	85.7	95.0 (2009)	Insuficiente
META 3:	Promover la Igualdad de género y el empoderamiento de la mujer		
Matriculación de mujeres en primaria 5/	0.98	0.97 (2009)	Muy cerca
Participación salarial de la mujer 6/	36.4	43.0 (2009)	Suficiente
Representación equitativa en Parlamento 7/	11.9	23.0 (2011)	Insuficiente
META 4:	Reducir la mortalidad infantil		
Reducir en dos tercios la mortalidad Infantil 8/	52	23 (2009)	Muy cerca
META 5:	Mejorar la salud materna		
Reducir en tres cuartos la mortalidad materna 9/	140	85 (2008)	Insuficiente
Acceso universal a la atención de la salud reproductiva 10/	62.0	72.9 (2008)	Insuficiente
META 6:	Combatir el VIH/SIDA, Malaria y otras enfermedades		
Detener y reducir la propagación del VIH/SIDA 11/	0.3	0.5 (2009)	Insuficiente
Detener y reducir la propagación de Tuberculosis 12/	13.0	3.3 (2009)	Cumplida
META 7:	Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente		
Revertir las pérdidas forestales 13/	52	47.4 (2010)	Insuficiente
Reducir a la mitad el % de personas sin acceso a agua potable 14/	85	93 (2008)	Cumplida
Reducir a la mitad el % de personas sin acceso a alcantarillado 15/	69	80 (2008)	Se espera conseguir
Mejorar la vida de habitantes en barrios marginales 16/	37.7	23.5 (2010)	Insuficiente

Objetivos y Metas	Línea de Base (1990)	Avances	Progreso si la tendencia permanece constante
META 8:	Fomentar una alcanza mundial para el desarrollo		
Usuarios de Internet 17/	0.1	32.9 (2009)	Cumplida

Fuente: BMD, Sector Social (SCL). Basado en datos de las Naciones Unidas, "MDG Report 2010", "MDG Report Statistical Annex 2010" y "MDG Progress Chart 2010".

1/ % de personas que viven con menos de \$1.25 (paridad de poder de compra PPP – 2005) por día (actualizado usando tendencias estimadas de ECLAC-SEDLAC).
2/ Personas empleadas viviendo con menos de \$1.25 (PPP) por día, como porcentaje del empleo total.
3/ % de desnutrición en la población total
4/ Tasa neta de matriculación en educación primaria: nivel primario y secundario matriculado por 100 niños con la edad de matricularse.
5/ Tasa bruta de matriculación en primaria de mujeres respecto a hombres
6/ % de empleados con salarios no agrícolas que son mujeres.
7/ % de puestos parlamentarios ocupados por mujeres (sólo Congreso)
8/ Mortalidad infantil, menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.
9/ Mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos.
10/ % uso de contraceptivos entre mujeres entre 15-49 casadas o en pareja.
11/ Estimaciones (%) de la prevalencia de VIH/Sida en adultos (15-49)
12/ Número de muertes por 100,000 personas (excluyendo infectados con VIH)
13/ % de tierra forestal
14/ % de población que usa fuente de agua potable
15/ % de población que usa servicios de alcantarillado
16/ % de población urbana que vive en barrios marginales
17/ Número de usuarios de Internet por cada 100 personas.