

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**  
**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ESTUDIOS SANITARIOS**

**PLAN PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE  
EDUCACIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE  
GUATEMALA**

**Presentado por:**

**Jorge Lionel Linares Avila**

**Trabajo de Fin de Máster para optar al título de:  
Máster Universitario en Salud Pública**

**Tutor: Dr. Francisco Guillén Grima**

**Pamplona, 2011**

El presente trabajo titulado “**PLAN PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE EDUCACIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA**” ha sido revisado y aprobado por el tutor: Dr. Francisco Guillén Grima.

---

Firma de tutor

Dr. Francisco Guillén Grima

Pamplona, 2011

## ÍNDICE

	Página
1. Introducción y justificación de la propuesta	
1.1 Perfil general de Guatemala.....	1
1.2 Sistema de salud de Guatemala.....	2
1.3 Embarazo adolescente.....	3
1.4 Salud sexual y reproductiva en la juventud guatemalteca.....	6
1.5 Infecciones de transmisión sexual.....	8
1.6 VIH/SIDA.....	12
1.7 Violencia intrafamiliar.....	16
1.8 Salud reproductiva.....	16
1.9 Educación para la salud.....	18
1.10 Educación sexual.....	20
1.11 Normativa.....	30
2. Objetivos	
2.1 Generales.....	33
2.2 Específicos.....	33
3. Desarrollo y ejecución del proyecto	
3.1 Población de referencia.....	34
3.2 Población del plan piloto.....	34
3.3 Cronograma de actuación.....	35
3.4 Actividades para alcanzar cada objetivo, evaluación y resultados.....	36
4. Descripción en detalle del proyecto.....	40
5. Recursos humanos, materiales y financieros	
5.1 Recursos humanos.....	44
5.2 Recursos materiales.....	46
5.3 Recursos financieros totales.....	47

	Página
6. Documentos de autorización	
6.1 Carta al Ministerio de Educación.....	49
6.2 Carta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	50
6.3 Nota de autorización de los padres de los alumnos.....	51
6.4 Carta al Fondo de Población de Naciones Unidas.....	52
7. Información y divulgación en la población	
7.1 Nota de prensa para los medios de comunicación.....	53
8. Bibliografía.....	54
9. Anexos	
9.1 Directrices para la completa educación sexual.....	60
9.2 Propuesta de cuestionario de satisfacción para estudiantes.....	62
9.3 Propuesta de cuestionario de satisfacción para maestros.....	64
9.4 Programa propuesto de una jornada docente en el Centro.....	66
10. Resumen.....	67

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

- Tabla 1. Cronograma de actuación.....	35
- Tabla 2. Actividades para alcanzar cada objetivo, evaluación y resultados.....	36
- Tabla 3. Recursos humanos.....	44
- Tabla 4. Propuesta de las funciones del personal.....	45
- Tabla 5. Recursos materiales inventariables y fungibles.....	46
- Tabla 6. Recursos materiales técnicos.....	47
- Tabla 7. Recursos financieros totales.....	47
- Figura 1. Organigrama propuesto para el Centro.....	44

# **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA**

## **1.1 Perfil general de Guatemala**

Guatemala cuenta con una extensión territorial de 108 889 kilómetros cuadrados y una población estimada de 14 713 763 habitantes de los cuales el 51% corresponde a la población femenina (1). La esperanza de vida al nacer es de 66 años para los hombres y de 73 años para las mujeres (2). Según Naciones Unidas, el índice de desarrollo humano en el 2010 fue de 0.56, encontrándose Guatemala en el puesto 116 de 169 países y por debajo del promedio de Latinoamérica y el Caribe que para el año 2010 reportó un índice de desarrollo humano de 0.706 (3). Se observan enormes contrastes socioeconómicos en el país: el 54% de la población viviendo en el área rural, 41% de la población es indígena, hay 31% de analfabetismo, más de la mitad de la población vive en condiciones de pobreza y cerca del 16 % por debajo de la línea de extrema pobreza. La estructura poblacional establece un índice de dependencia de 1 a 1 (4). La pirámide poblacional (2) de base ancha y ápice estrecho refleja una población predominantemente joven siendo más del 40% de habitantes menores de 15 años.

Guatemala está establecida como Estado libre, independiente, soberano y democrático. Cada período de Gobierno tiene una duración de 4 años, con elección de representantes del Poder Ejecutivo y Legislativo, así como alcaldes municipales. Guatemala se divide política y administrativamente en 22 departamentos y 332 municipios. Desde 1985 se estableció constitucionalmente como responsabilidad del Estado promover de forma sistemática la descentralización económica administrativa, para lograr un adecuado desarrollo regional del país. La firma de los Acuerdos de Paz en el año 1996 constituyó un hecho histórico, marcando un rumbo nuevo sobre la consolidación del Estado de Guatemala. Los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural han sido los instrumentos principales para hacer efectiva la Política de Descentralización con la participación de funcionarios del ejecutivo, las municipalidades y la sociedad civil. Desde 1994 se asigna a las municipalidades el 10% del presupuesto del Estado para los proyectos de desarrollo local (4).

La economía se basa principalmente en el comercio, agricultura, silvicultura, caza y pesca; la industria manufacturera tiene un aporte económico importante así como la actividad de transporte, almacén y comunicaciones. Otra actividad que genera ingresos

al país son las remesas que son enviadas a familiares por guatemaltecos residentes en otros países (4).

## **1.2 Sistema de salud de Guatemala**

El sistema de salud guatemalteco es complejo, de naturaleza mixta y fragmentado; el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) máxima autoridad gubernamental en salud, reporta una cobertura de 71.1% de la población para el 2005; el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el sector privado cubrían para esa fecha el 10.4 y 8.1% de la población respectivamente (4). El gobierno central tiene asignado 11% del gasto al sector salud (5).

El Ministerio de Salud ha desconcentrado la función de ejecución presupuestaria hacia las Direcciones de Área de Salud, quienes elaboran el plan operativo anual que incluye la presupuestación de las actividades de salud de su jurisdicción, que son consolidados a nivel central por las unidades de planificación y presupuesto. En el año de 1996 se inició la reforma institucional organizacional y de prestación de servicio que ha permitido el acceso a los programas básicos de salud de los grupos de población con mayor postergación (4).

La cobertura en atención en salud es baja en zonas rurales, en donde reside el 54% de la población guatemalteca y alcanza niveles críticos en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas; por otro lado, en donde hay acceso físico, a menudo existen barreras financieras, geográficas o culturales para el uso de los servicios. La limitante del factor lingüístico entre el prestador de servicios sanitarios y los pacientes también se presenta en estos sitios (4).

A pesar de que en los últimos años la reforma del sector salud ha permitido mejorar el acceso a los servicios sanitarios de la población más postergada, principalmente a través del primer nivel de atención con énfasis en la mujer, la niñez y riesgos ambientales, se estimó que un poco más del 10% de la población (aproximadamente 1.3 millones de habitantes) para el año 2005 no tenían acceso a ningún servicio de salud (4).

La concentración de recursos humanos en el área metropolitana y la escasez de médicos con especialidades básicas en los hospitales departamentales provocan un gran déficit

en la capacidad resolutoria a nivel ambulatorio y hospitalario. La distribución de los recursos humanos es un reflejo de un modelo asistencial centralizado y volcado hacia la atención médica curativa (4).

Históricamente ha existido una tendencia a la segmentación de la población por su capacidad de pago o su inserción en el proceso productivo (los pobres e indigentes atendidos por el MSPAS; los asalariados por el IGSS; y la población de mayores recursos por el sector privado. No existe pues una organización del sistema alrededor de funciones y de hecho cada una de estas instituciones regula, financia y provee servicios (6).

La población guatemalteca ha utilizado por muchos años incluso desde la época precolombina, las prácticas y medicinas tradicionales para la recuperación de su salud, lo cual todavía es un hábito cotidiano ante la falta de servicios y ante el abuso de los costos para acceder a las formas occidentales de curación (6).

### **1.3 Embarazo adolescente**

La adolescencia es un período de transición crítica desde la niñez a la edad adulta; hay cambios físicos, psicológicos, económicos y sociales. La niñez es dejada atrás y las presiones para convertirse en un adulto responsable son fuertes. Hay una necesidad imperiosa de formar una identidad y de desarrollar una personalidad; con esta transición vienen desafíos y decisiones fuertemente influenciados por las expectativas de género de la familia y de la sociedad. La capacidad de navegar por este período depende de cómo los adolescentes sean apoyados por sus familias y por la sociedad en general (7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adolescencia al período comprendido entre los 10-19 años que generalmente abarca el tiempo desde el inicio de la pubertad hasta la mayoría de edad legal que coincide con algunas estadísticas de población y que es útil para la planificación en salud (8).

A nivel mundial cerca de 16 millones de mujeres de 15-19 años de edad tienen un parto cada año. Se ha estimado que 95% de estos partos ocurren en países de mediana o baja renta. La media de tasas de nacimiento es 5 veces más alta en países de baja renta en comparación con los países de renta alta. La proporción de nacimientos en la

adolescencia es de cerca de 2% en China, 18% en Latinoamérica y más de 50% en el África subsahariana. El contexto en el que sucede el embarazo adolescente no es siempre el mismo; tener un hijo fuera del matrimonio es muy común en algunos países. Los embarazos de madres adolescentes y no casadas son en su mayoría no intencionales y muchos de ellos tienden a finalizar en abortos inducidos. El sexo forzado, reportado por el 10% de las mujeres que tienen sexo por primera vez antes de los 15 años contribuye a los embarazos adolescentes no deseados (9).

Un embarazo no deseado, que puede conducir a un aborto inseguro, en ocasiones causa problemas significativos como la adquisición de una infección del tracto reproductivo, infertilidad, dolor pélvico crónico, enfermedad inflamatoria pélvica o la muerte. Muchos adolescentes recurren al aborto inseguro o en condiciones no higiénicas por miedo, vergüenza o culpabilidad por su actividad sexual que es socialmente inaceptable (10).

Se estima que cerca de 2.5 millones de adolescentes tienen abortos inseguros cada año en el mundo y que las adolescentes están afectadas más seriamente por complicaciones que las mujeres de más edad. En Latinoamérica el riesgo de muerte materna es cuatro veces más elevado entre las adolescentes de menos de 16 años que entre las mujeres en los años veintes (9).

El embarazo adolescente como tal es peligroso para la madre. Las adolescentes de 10-19 años representan el 11% de los partos en todo el mundo, pero también figuran con el 23% de carga general de enfermedad (años de vida ajustados por discapacidad) debido al embarazo y parto (9).

De igual forma, las madres jóvenes están en mayor riesgo de presentar complicaciones relacionadas al parto como la desproporción cefalo-pélvica (10).

Muchos problemas de salud están también asociados a un resultado negativo del embarazo durante la adolescencia como por ejemplo anemia, malaria, HIV, otras enfermedades de transmisión sexual, hemorragia postparto y desórdenes mentales como depresión (9).



Cerca del 65% de mujeres con fístulas obstétricas desarrollan esta patología en su adolescencia acarreando consecuencias nefastas para su vida, física y socialmente.

El embarazo adolescente es peligroso también para el niño. Se estima que los óbitos fetales y la muerte durante la primera semana de vida son 50% más elevados en los bebés de madres de menos de 20 años que en los bebés de madres de 20-29 años de edad. Las embarazadas adolescentes son más susceptibles a fumar y consumir bebidas alcohólicas que las mujeres de mayor edad lo que puede afectar al feto de forma negativa (9).

El embarazo adolescente también afecta a la comunidad debido a que la embarazada tendrá que abandonar sus estudios escolares. Esto tiene implicaciones para ellas como individuos, para sus familias y para sus comunidades. Los estudios han demostrado que retrasar el parto adolescente puede significativamente reducir las tasas de crecimiento de la población, con potencial de generar mayores beneficios económicos y sociales además de mejorar la salud de las y los adolescentes (9).

Actualmente se reconoce que la educación de la futura madre juega un rol importante para la atención del parto. Un estudio realizado en Nicaragua en 2001 reveló que 95.8% de las mujeres con niveles de educación avanzados recibieron atención en el parto por personal de salud calificado, mientras sólo 34.2% de las mujeres sin instrucción formal recibieron tal atención (11).

Se sabe que el embarazo a edades tempranas puede tener como consecuencia la deserción del sistema de educación formal. En Guatemala, de enero a noviembre del 2010 se registraron 17.5% de muertes maternas en adolescentes (12), que pudieron ser prevenibles si estas jóvenes madres hubieran estado estudiando o si hubieran tenido poder de decisión en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

La educación en salud sexual es una estrategia importante para promover la toma de decisiones bien informada y prevenir los embarazos no intencionales y las enfermedades de transmisión sexual entre los y las adolescentes (13).

#### **1.4 Salud sexual y reproductiva en la juventud guatemalteca**

El 95% de todas las mujeres sexualmente activas de 15–24 años en Guatemala y sólo el 46% de los hombres en edades similares están casados, esto es, viven en unión consensual o legal; sin embargo, los matrimonios que involucran a mujeres adolescentes son mayormente uniones consensuales en lugar de legales (59% consensuales versus 41% legales). La proporción de mujeres adultas jóvenes que se casaron durante la adolescencia es mucho más alta entre las mujeres de menor escolaridad (66%), en grupos indígenas (64%) y con residencia rural (57%) que entre las mujeres de mayor escolaridad (26%), de grupos no indígenas (45%) y de residencia urbana (41%) (14).

En cuanto a la maternidad adolescente, el 44% de las adultas jóvenes dio a luz antes de los 20 años de edad. Esta proporción es más alta que el promedio en mujeres con bajo nivel socioeconómico (62%), menor escolaridad (58%) e indígenas (54%) (14, 15).

Según la limitada información disponible sobre las características de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos, una quinta parte tiene entre 15 y 19 años, lo cual sugiere que un número importante de adolescentes guatemaltecas recurre cada año al aborto inseguro (15).

Dar a luz a una edad temprana puede reducir la autonomía social y económica de una mujer a largo plazo, desviar sus perspectivas educativas y poner en peligro su salud y la de su recién nacido. Para abordar esta temática de forma efectiva es clave comprender el contexto en el cual tiene lugar la maternidad temprana. Por ejemplo, las mujeres que dan a luz siendo adolescentes probablemente son pobres y la maternidad temprana puede crear una mayor situación de desventaja económica y social. Es probable que tiendan a tener familias numerosas y a menudo las madres adolescentes son incapaces de salir de la pobreza. La maternidad temprana puede restringir seriamente las oportunidades educativas de las jóvenes y por consiguiente limitar sus perspectivas de empleo, además de empeorar las condiciones de salud en la misma madre o en la de su hijo cuando éstas ya son deficientes (15).

La tasa global de fecundidad (TGF) es una medida sintética de los niveles de fecundidad que facilita las comparaciones. La TGF combina las tasas de fecundidad de todos los grupos de edad durante un período determinado y puede ser interpretada como el

promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva si las tasas de fecundidad por edad se mantuviesen invariables en el tiempo. La tasa global de fecundidad para Guatemala para el período 2004-2008 es de 3.6 hijos por mujer (siendo de 2.9 en el área urbana y de 4.2 en el área rural) (16).

Otro indicador de fecundidad es la tasa de fecundidad general (TFG), la cual muestra el número de nacimientos que anualmente ocurren, en promedio, por cada mil mujeres de 15 a 49 años. Este mismo indicador puede subdividirse tomando la tasa de fecundidad específica por edad; así, la tasa de fecundidad adolescente en Guatemala es de 78 nacimientos por 1 000 mujeres de 15–19 años en el área urbana y de 114 nacimientos por 1 000 mujeres en el área rural; esta última es una de las tasas más altas en América Latina y el Caribe, en donde el promedio regional es de 80 por 1 000 (4,5). La tasa de fecundidad adolescente para la capital es de 85 nacimientos por 1000 mujeres (16).

Comparando las tasas de fecundidad adolescente de la encuesta de salud materno infantil del 2002 con la del 2008/2009 se encuentra una disminución desde 114 a 98 en total, mostrando una mayor diferencia en el área rural que en el área urbana (disminución de 133 a 114 en el área rural y de 85 a 78 en el área urbana) (16).

Muchos nacimientos de madres adolescentes son imprevistos o no deseados; se estima que 29% de los nacimientos recientes en mujeres adolescentes fueron no planeados (14).

En Guatemala las edades de mayor fecundidad son de 20 a 34 años. Con diferencias marcadas entre área urbana y rural, así como entre regiones y departamentos. El nivel de educación alcanzado por las mujeres hace una gran diferencia en la fecundidad específica. En general, las mujeres sin ningún nivel de educación tienen 121 por ciento más nacimientos que las que poseen educación secundaria o superior (16).

En referencia a la educación, la Encuesta Nacional de Salud Materno infantil (ENSMI) 2008-2009 reportó que de las mujeres de 15 a 19 años, un 26.2% tenía estudios de primaria incompleta, 20.9 primaria completa, 40.7 secundaria incompleta, 3.6 secundaria completa y sin educación se reportó un 7% (16).

Al comparar el grupo de 15 a 19 años sin ninguna educación, con la ENSMI del 2002, se observa una reducción de 43% en el transcurso de 6 años (16).

En relación al uso de métodos anticonceptivos, la ENSMI del 2008/2009 reporta que el uso de métodos anticonceptivos predomina en la población urbana (65.7%) y en el grupo no indígena (63.3%); también se advierte una tendencia creciente con el uso de métodos anticonceptivos en relación al nivel de estudios. Se destaca que en la población adolescente de 15 a 19 años, sólo el 32.7% utiliza algún método anticonceptivo y el porcentaje restante no usa ninguno. Desglosando el porcentaje de las adolescentes que si utilizan algún método, se tiene el uso de anticonceptivos inyectables en 18.3%, la píldora en 3.9%, el preservativo en 3.3%, el dispositivo intrauterino (DIU) en 1.5% y la esterilización femenina en 0.1% (16).

Por aparte, se estima que el 53% de las mujeres casadas de 15–24 años tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna; las mujeres del más bajo nivel socioeconómico presentan el nivel de necesidad insatisfecha más alto (64%) (14).

La tasa de mortalidad infantil también se ve afectada por la edad de la madre, encontrándose mayores tasas en los extremos de la vida reproductiva; en la última ENSMI se reporta una tasa de mortalidad infantil de 34 por 1000 nacidos vivos en el grupo de mujeres de menos de 20 años, de 28 en mujeres de 20-29 años, de 31 en las mujeres de 30-39 años y de 48 en las mujeres de 40-49 años (16).

### **1.5 Infecciones de transmisión sexual**

Las infecciones de transmisión sexual son aquellas que se transmiten por el contacto sexual de persona a persona.

Se prefiere hablar de ITS (infecciones de transmisión sexual) y no ETS (enfermedades de transmisión sexual) para incluir a los portadores asintomáticos, que no se diagnostican, no reciben tratamiento, pueden cronificarse y además facilitar la propagación (17).

Las ITS están muy extendidas por todo el mundo. Cada año se producen más de 340 millones de nuevos casos por ITS curables (sífilis, gonorrea, *Chlamydia* y

tricomoniasis) y millones de ITS virales incurables. Las tasas más altas se encuentran en jóvenes menores de 25 años (17). Hay más de 30 microorganismos diferentes con capacidad de transmisión sexual. Algunos como el VIH o la sífilis pueden ser transmitidos de la madre al hijo durante el embarazo y parto o por el contacto con productos sanguíneos (18).

A continuación se describen los patógenos más frecuentemente encontrados en las enfermedades de transmisión sexual (18):

#### Infecciones bacterianas comunes:

- *Neisseria gonorrhoeae* (causa gonorrea o infección gonocócica)
- *Chlamydia trachomatis* (causa infección por clamidia)
- *Treponema pallidum* (causes sífilis)
- *Haemophilus ducreyi* (causes chancroide)
- *Klebsiella granulomatis* (previamente llamada *Calymmatobacterium granulomatis* causa el granuloma inguinal o donovanosis)

#### Infecciones virales comunes:

- Virus de inmunodeficiencia humana (causa SIDA)
- Herpes simple virus tipo 2 o VHS 2 (causa herpes genital)
- Papilomavirus humano o VPH (causal de verrugas genitales y algunos subtipos puede llegar a causar cáncer de cerviz en la mujer)
- Virus de Hepatitis B (causa hepatitis y en casos crónicos puede aparecer cáncer hepático)
- Citomegalovirus (causa inflamación en varios órganos incluyendo el cerebro, el ojo o el intestino)

#### Parásitos

- *Trichomonas vaginalis* (causa tricomoniasis vaginal)
- *Candida albicans* (causa vulvovaginitis en mujeres; inflamación del pene en el hombre)

La carga de enfermedad que suponen las ITS globalmente se desconoce, ya que las infecciones asintomáticas son frecuentes, las técnicas diagnósticas no siempre están disponibles y la vigilancia epidemiológica es inexistente o muy deficiente en muchos países (19).

En Estados Unidos en el 2009 se realizó un estudio de la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en mujeres adolescentes de 14 a 19 años; un total de 838 participantes fueron incluidas en el estudio. Se investigó la presencia de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, virus herpes simple tipo 2 y el papilomavirus. La prevalencia de cualquiera de las 5 enfermedades de transmisión sexual fue de 24.1% entre todas las participantes y de 37.7% en las adolescentes sexualmente activas. El virus del papiloma humano fue la infección de transmisión sexual más común (prevalencia de 18.3%), seguido de *C. trachomatis* (prevalencia de 3.9%). El estudio concluyó que la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual es sustancial y que los hallazgos encontrados apoyan la educación sexual temprana e integral, la vacunación para el papilomavirus a la edad de 11-12 años y el *screening* de *C. trachomatis* para las adolescentes sexualmente activas (20).

En los países en vías de desarrollo las ITS y sus complicaciones se encuentran entre las cinco causas más comunes de demanda de atención sanitaria. La OMS estima que en 1999 se produjeron en el mundo 340 millones de casos nuevos de las cuatro ITS más comunes: sífilis (12 millones), gonorrea (62 millones), infección por clamidia (92 millones) y tricomoniasis (174 millones). La incidencia suele ser mayor en personas que viven en áreas urbanas, solteras y jóvenes y el riesgo de infectarse por estos patógenos aumenta con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales (19).

La prevalencia generalizada de infecciones de transmisión sexual e infecciones del tracto reproductivo es también una causa importante de infertilidad (10).

La co-infección entre el VIH y otras ITS es muy frecuente. Debe ofertarse la prueba del VIH a toda persona que solicite asistencia por sospecha de ITS (19).

La transmisión de las infecciones es por contacto directo persona-persona (relación vaginal, anal o sexo oral), pudiendo transmitirse también por simple contacto piel-piel de genitales (ej: el VPH, VHS) (17).

Los jóvenes no sólo tienen dificultad en acceder a información o servicios de salud sexual (incluyendo las ITS y SIDA), sino que tienden a mantener su actividad sexual en secreto debido a las normas sociales. Su inexperiencia hace que la toma de decisiones seguras sea difícil; sus sentimientos y relaciones sexuales pueden ser más importantes que la seguridad (21).

Las medidas de prevención y control de las ITS se basan fundamentalmente en la educación sanitaria y la promoción del sexo seguro, la detección de infecciones sintomáticas y asintomáticas, la investigación de los contactos sexuales de los pacientes, la inmunización frente a las ITS para las que se dispone de vacuna y la vigilancia epidemiológica (19).

En 2004 se publicó un consenso internacional sobre la “estrategia ABC” de prevención del SIDA que se puede generalizar para la prevención de todas las ITS y en donde se propone (17, 22):

A, *Abstinence*: Alentar la abstinencia o el retraso del inicio de la actividad sexual en campañas dirigidas a jóvenes y a quienes no hayan empezado a tener relaciones sexuales.

B, *Be faithful*: Aconsejar a las personas que se han iniciado sexualmente al retorno a la abstinencia o a mantener relaciones sexuales mutuamente monógamas con una persona no infectada.

C, *Condom use*: Si se rechazan las recomendaciones anteriores, apoyar el uso correcto y sistemático del preservativo.

A y B evitan el riesgo y C lo reduce pero no lo elimina (17).

Por muchos años la mayoría de intervenciones conductuales para infecciones de transmisión sexual se han enfocado en el uso del preservativo como medio de reducción de riesgo; sin embargo, existen inconvenientes en este método como la protección limitada contra la transmisión de infecciones transmitidas por contacto piel a piel, tasas

de fallo mecánico o errores del usuario (particularmente en personas jóvenes) y problemas de cumplimiento (22).

Para hacer frente a la creciente crisis del VIH, se instituyó una campaña agresiva mediática en Uganda durante la década pasada con fuerte énfasis en el cambio de comportamiento en la población en general y enfocándose en el empoderamiento de las mujeres para tomar decisiones sexuales sanas. El programa logró un descenso de las tasas de adolescentes de 13 a 16 años involucrados en actividad sexual de 60% en 1994 a menos del 5% en el año 2001. Menos del 10% de mujeres solteras en Uganda, para todos los grupos de edad, reportaron tener múltiples parejas sexuales en contraste con el 20-65% de las mujeres en otros países africanos como Kenia o Malawi. Durante el mismo período, la prevalencia de VIH se redujo desde un 30% reportado en 1993 hasta cerca de 5% en el 2001. Las implicaciones potenciales para la salud pública de replicar los resultados de Uganda en otros países son evidentes. Se informó que el cambio en el comportamiento fue el principal factor responsable para la reducción pronunciada de las tasas de VIH en Uganda a diferencia de la simple adopción del condón (22).

El tratamiento oportuno de las infecciones de transmisión sexual impide la transmisión del VIH/SIDA debido a que las ITS facilitan la transmisión por vía sexual del VIH, en particular la sífilis, el chancroide o el herpes genital que producen úlceras genitales. Muchas infecciones, sin embargo, pasan desapercibidas, especialmente entre las mujeres que pueden no presentar síntomas o signos evidentes (11).

En Guatemala no hay datos reales de las diferentes infecciones de transmisión sexual por inconvenientes en el diagnóstico y en el sistema de vigilancia epidemiológica.

La OMS reportó en el 2004 para Guatemala una cifra de 1 año de vida perdido ajustado por discapacidad para hombres de 0-14 años para sífilis y de 5 años de vida perdidos por discapacidad para hombres de 0-14 años para VIH/SIDA (23).

## **1.6 VIH/SIDA**

La infección por VIH es una pandemia. Se estima que en 2009 hubo 2.6 millones de nuevas infecciones y que aproximadamente 33.3 millones de personas vivían con VIH, aunque sólo el 40% conocían su estatus VIH positivo. El 67% de todos los casos VIH



positivo están en el África subsahariana; las mujeres representan el 50% de las personas con VIH en todo el mundo. Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones. El SIDA es la sexta causa de muerte en el mundo y se proyecta que será la primera causa de años potenciales de vida perdidos ajustados por discapacidad en el 2030. El número total de personas VIH positivo ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, a los tratamientos y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos. Como es conocido, el aumento de la supervivencia incrementa la prevalencia (17).

Los jóvenes que ya viven con el VIH requieren de esfuerzos de salud pública focalizados que aborden sus necesidades únicas. Se cree que existen más de 4.3 millones de jóvenes en el mundo que viven con el VIH, y la mayoría de ellos no están conscientes de su condición de VIH. Las pruebas del VIH, junto con la consejería y el apoyo de calidad antes y después de las pruebas, son necesarias para los jóvenes que están infectados con el VIH para tener acceso a tratamiento, atención y apoyo relacionado con el VIH; sin embargo, la mayoría de jóvenes aún no tiene acceso a programas de salud sexual y reproductiva que les proporcionen información, habilidades, servicios, productos básicos y el apoyo social que requieren para prevenir el VIH. De hecho, muchas leyes y políticas llegan al extremo de excluir a los jóvenes del acceso a la salud sexual y a los servicios relacionados con el VIH, tales como las pruebas del VIH y la consejería, la entrega de preservativos y de una educación en sexualidad apropiada para la edad y que trate sobre prevención del VIH (24).

Los hombres jóvenes pueden estar bajo presión para demostrar su hombría al convertirse en personas sexualmente activas, al tener varias parejas o al involucrarse con trabajadoras sexuales. Incluso pueden haber tenido experiencias sexuales con otros hombres (21).

Por otro lado, en algunos lugares las mujeres jóvenes pueden llegar a tener seis veces más posibilidades de contraer el VIH en comparación con los varones jóvenes, ya sea por su vulnerabilidad fisiológica, la falta de poder o de habilidades de negociación para sexo seguro o porque puedan contraer matrimonio tempranamente o ser presionadas para tener relaciones sexuales con hombres de mayor edad o porque tengan que intercambiar sexo por dinero o bienes materiales (21).

Es ampliamente reconocido que el VIH no se previene mejor con programas únicos y aislados sino que a través de una combinación de métodos de prevención que: a) cambien las conductas individuales, b) garanticen el acceso a herramientas y tecnologías biomédicas que disminuyan la probabilidad de conductas de riesgo que lleven a la transmisión del VIH y c) alteren las normas sociales y culturales o el entorno físico para facilitar la reducción del riesgo y maximizar el alcance e impacto de los servicios de prevención (24).

Un programa por ejemplo puede proveer de educación sexual y habilidades para la vida, trabajar para cambiar las prácticas nocivas, ayudar a los jóvenes para que tomen sus propias decisiones, realizar sesiones específicas, atraer a los jóvenes con videos, juegos y grupos de discusión educativa, alentar a los adolescentes para hablar con sus padres o persona de confianza sobre sus problemas de salud sexual y reproductiva, no mostrar desaprobación por sus estilos de vida o prácticas sexuales o establecer grupos de apoyo (21).

Es importante el diagnóstico precoz de la transmisión de la infección; los infectados no diagnosticados suponen un problema de salud pública. Al no beneficiarse de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA), su probabilidad de desarrollar SIDA y morir es mayor. Además, pueden transmitir la infección; algunos estudios muestra como el 54% de las nuevas infecciones que se producen son debidas al 25% de personas que desconocían que estaban infectadas (17).

Para la prevención de la transmisión sexual del VIH pueden tomarse las medidas generales para las ITS ya mencionadas. La circuncisión masculina reduce aproximadamente en un 60% la transmisión del VIH de la mujer a varón pero no hay suficiente evidencia para saber si también reduce la transmisión de varón a mujer. Para la prevención de la transmisión parenteral del VIH entre los usuarios de drogas se proponen programas de tratamiento para abandonar las drogas por vía parenteral o programas de intercambio de jeringuillas. Para la prevención de la transmisión del VIH por pinchazo accidental se sugiere la toma de medidas universales y la profilaxis postexposición. Para la prevención de la transmisión vertical del VIH se ha utilizado el

tratamiento antirretroviral de la embarazada y del recién nacido, la operación cesárea y la supresión de la lactancia materna (17).

Con respecto al tratamiento antirretroviral, al disminuir la carga viral se reduce en gran medida la infectividad aunque incluso con cargas virales indetectables no se puede descartar el riesgo de transmisión (17).

ONUSIDA reporta para el año 2009 y para Guatemala un número de aproximadamente 62 000 personas viviendo con VIH (24).

La principal vía de transmisión del VIH es por medio de relaciones sexuales (94.4%). En segundo lugar se encuentra la transmisión de madre a hijo(a) (4.9%). En algunos casos se desconoce la vía de transmisión (25).

El Ministerio de Educación guatemalteco, ha logrado incluir en el currículo nacional la temática de VIH. Así también realiza esfuerzos por capacitar a estudiantes de secundaria en la prevención del VIH; por otro lado, hay leyes que afectan los derechos de grupos vulnerables; por ejemplo en la población juvenil se limita el acceso a las pruebas a menores de edad requiriendo autorización por parte de sus padres (25).

En cuanto al conocimiento del VIH en la ENSMI 2008/09 se recolectaron datos en las mujeres en edad reproductiva sobre los conocimientos y actitudes acerca de las infecciones de transmisión sexual y SIDA. Se indagó también sobre las formas de prevención primaria en la transmisión de la enfermedad, si habían escuchado sobre la prueba del VIH y si se las habían realizado. En general, el conocimiento del SIDA fue reconocido por 88.8% de las mujeres guatemaltecas en edad reproductiva. Las mujeres jóvenes son las que espontáneamente conocen más sobre el SIDA pero al aumentar la edad de las mujeres refieren conocer la enfermedad pero es necesario dirigirlas para que la reconozcan. De las tres formas de prevención, 96% de las mujeres en edad reproductiva respondieron que tener un sólo compañero sexual previene la transmisión del VIH, 90% respondió que no tener relaciones sexuales y 83% comentó el uso de condones. El conocimiento del uso de preservativos como forma de prevención es mayor en el área urbana, en el grupo no indígena, con mayor nivel de educación y entre las edades más jóvenes de las mujeres (16). De las mujeres que conocían sobre el VIH,

el 67% habían escuchado sobre la prueba, 44.2% sabían donde se la podían hacer y 15.6% ya se la habían hecho en el momento de la encuesta. Las mujeres que se habían practicado la prueba diagnóstica del VIH es casi tres veces mayor en el área urbana que el área rural, cuatro veces mayor en el grupo no indígena que el grupo indígena y ocho veces mayor entre las mujeres con educación superior que las que no cuentan con educación (16).

### **1.7 Violencia intrafamiliar**

La ENSMI 2008-2009 reportó que en los últimos doce meses previos a la encuesta, casi una cuarta parte de las mujeres en edad reproductiva habían sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar. En el mismo período, tres de cada diez mujeres sufrieron violencia sexual, ocho de cada diez sufrieron violencia física y 21% sufrieron violencia verbal (16).

Las mujeres con un nivel educativo superior sufren más violencia física, las que tienen educación secundaria padecen mayor violencia verbal y las que no tienen ningún nivel de educación enfrentan mayor violencia sexual; independientemente del nivel de educación las mujeres sufren algún tipo de violencia (16).

La población agresora de violencia intrafamiliar de 12 a 19 años (adolescentes) representó el 3.2% del total de agresores y dentro de este grupo el 75% de agresores fueron de sexo masculino (16).

### **1.8 Salud reproductiva**

La salud reproductiva se define como: un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La salud reproductiva por lo tanto implica que las personas son capaces de reproducirse, de tener una vida sexual segura y satisfactoria y que poseen la libertad de decidir si, cuándo y con qué frecuencia hacerlo. Esta última condición lleva implícito el derecho de los hombres y mujeres a ser informados y de tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la planificación familiar así como otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad y el derecho de acceso a servicios de salud

adecuados que permitan a las mujeres llevar un embarazo y parto seguros y que den a las parejas las máximas posibilidades de tener un bebé sano (26).

La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, de discriminación y de violencia. Para lograr y mantener la salud sexual se debe de proteger, respetar y cumplir los derechos sexuales de todas las personas (10).

La Convención de la ONU sobre los derechos del niño establece que las y los niños y la gente joven tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, acceso a los servicios de salud y acceso a la información que les permita tomar decisiones acerca de su salud incluyendo la planificación familiar (27).

Los derechos sexuales abarcan ciertos derechos humanos que están ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales de derechos humanos y otras declaraciones de consenso y engloba los siguientes aspectos (10):

- el nivel más alto posible de salud sexual, incluyendo el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- el buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad
- educación sobre la sexualidad
- respeto a la integridad corporal
- elección de pareja
- decisión de ser sexualmente activo o no
- relaciones sexuales consensuales
- el matrimonio consensual
- la decisión y el tiempo para tener hijos
- llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera

Al considerar el desarrollo sexual de los adolescentes se debe reconocer la diversidad de esta población y las diferentes formas en que el desarrollo sexual es vivido e interpretado. La diversidad incluye sexo, estado civil, clase socioeconómica, lugar de residencia, edad, etnia, orientación sexual, nivel y tipo de experiencia sexual (voluntaria

o involuntaria), motivaciones para la actividad sexual (afecto, condición, necesidad) y el estado de salud (10).

A menudo, la sociedad no acepta que los adolescentes sean sexualmente activos. Como resultado, las personas jóvenes, especialmente chicas tienen que esconder su sexualidad y actividad sexual además de someterse a las restricciones y el control. Es probable que por estas restricciones sociales, culturales y religiosas las mujeres jóvenes tengan menos acceso a los servicios de salud y a la información (10).

En relación al desarrollo sexual de los adolescentes surgen 3 cuestiones importantes: primero, el desarrollo cognitivo y la toma de decisiones, luego está la identidad de género y finalmente el contexto socioeconómico del desarrollo físico (10).

### **1.9 Educación para la salud**

En todo el mundo los comportamientos y estilos de vida insanos son el principal determinante de salud. Dentro de las estrategias de promoción de la salud, reviste especial énfasis la Educación para la salud que debe desarrollarse contando siempre con la participación activa de personas que son capaces de cambiar su conducta. La Educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos conducentes a la salud (17).

El PRECEDE (*Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*) es un modelo de educación para la salud que sigue la filosofía pragmática; incluye seis fases y la sugerencia de evaluar siempre la efectividad que tuvo la intervención (17):

- Realizar un diagnóstico preciso de las necesidades prioritarias de salud.
- Diferenciar los problemas de salud que están relacionados con el comportamiento y los que no lo están.
- Determinar los factores predisponentes, los facilitadores y los reforzadores.
- Establecer los objetivos.
- Analizar los recursos disponibles.
- Llevar a cabo la intervención educativa.

El *US Preventive Task Force* es su empeño por modificar o reorientar conductas poco saludables sugiere (17):

- Adaptar las enseñanzas impartidas a las percepciones del sujeto.
- Informar con la máxima claridad posible de los propósitos y efectos que se espera lograr, así como de la duración del cambio. La adhesión al programa educativo aumenta si el educador informa explícitamente tanto de las metas que se quieren lograr, como de los plazos en los que éstas deberán alcanzarse.
- Comentar los posibles efectos adversos que se pueden producir, señalando en qué momentos estaría indicado interrumpir la participación en el programa.
- Sugerir inicialmente cambios pequeños, en lugar de marcarse modificaciones demasiado bruscas y difíciles de llevar a la práctica. Una persuasión eficaz consiste no sólo en incrementar la confianza de una persona en sus propias capacidades, sino también en hacer partícipe al educando de los éxitos logrados.
- Elegir mensajes específicos y concretos. Por ejemplo, si se quiere recomendar una actividad física regular se debería concretar el tipo de ejercicio que le resulte más cómodo al educando así como el tiempo que debería dedicar y el mejor horario.
- A veces es más fácil añadir nuevos comportamientos que eliminar comportamientos poco saludables fuertemente arraigados. En esas circunstancias es mejor empezar por incorporar la conducta saludable, para ir, poco a poco, aproximándose al abandono incorrecto. Por ejemplo puede ser más fácil empezar por hacer ejercicio físico suave (caminar a diario) que proponer inicialmente una pérdida de peso.
- Relacionar los comportamientos nuevos con el repertorio de conductas ya existentes. Por ejemplo, sugiriendo el utilizar las escaleras para subir y bajar durante el trabajo.
- Aprovechar la autoridad que da la profesión médica. Hay que dar al paciente mensajes simples y directos. Por ejemplo: “Quiero que deje de fumar ya”, porque son más efectivos que los indirectos.
- Pedir al paciente que manifieste por escrito cuál va a ser su nuevo comportamiento y su compromiso para conseguir interiorizar esa conducta. Este compromiso anima mucho a los educandos a superar las dificultades que pueden ir apareciendo.
- Usar cuantos métodos didácticos sean necesarios.
- Involucrar a cuantos profesionales se requiera y si fuese necesario, remitir al paciente a los profesionales o servicios más preparados en un determinado campo.

- Por último, es igualmente importante seguir de cerca y de modo periódico el proceso de cambio, realizando cuantas modificaciones se estimen oportunas sobre la planificación inicialmente apropiada.

### **1.10 Educación sexual**

En la actualidad las necesidades emocionales, sociales y de salud de los jóvenes no se cubren a cabalidad; cada año a nivel mundial por lo menos 111 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la mitad de todas las nuevas infecciones por VIH ocurren entre la población juvenil y cerca de 4.4 millones de chicas adolescentes de 15-19 años recurren al aborto, la mayoría realizados en condiciones de inseguridad. Se estima que 10% de los nacimientos en todo el mundo son de madres adolescentes que experimentan tasas más altas de mortalidad materna que las mujeres de mayor edad. Las tasas de abuso sexual reportados en 19 países varían desde 7-34% en las niñas y 3-29% en los niños. Cada cinco minutos una persona joven se suicida, a menudo debido a problemas emocionales y sociales relacionados con la salud sexual y reproductiva, tales como la violencia sexual y la ruptura de relaciones. Los jóvenes de hoy enfrentan presiones cada vez mayores con respecto al sexo y la sexualidad. El sexo por un lado, es visto desde una perspectiva negativa y se asocia con culpa, miedo y enfermedad; por otro lado, a través de medios de comunicación y amigos el sexo se presenta como positivo y deseable, creando mensajes confusos. Estas presiones tienden a continuar por falta de información precisa, de habilidades, de conocimiento de sus derechos y de expectativas de género (28).

Muchos jóvenes carecen de información en parte debido a que carecen de experiencia. La juventud es un tiempo de vivir experiencias con la intención de adquirir información sobre comportamientos, elecciones y consecuencias así como para formar un sentido de identidad y pertenencia. Las personas, sean jóvenes o viejas, elijen conductas por el placer y beneficio que producen; sin embargo, este placer resulta efímero pero los costos persisten. La vivencia experimentada por un joven puede llevar a la formación de malos hábitos y adicciones que pueden ser destructivas y sumamente difíciles de romper. Las preferencias pueden ser inconsistentes en el tiempo y las conductas pueden acarrear consecuencias irreversibles (11).



En los programas de salud se da baja prioridad a cuestiones relacionadas con cuidados preventivos de la salud, como por ejemplo el estado de salud sexual y se le da mayor énfasis a la enfermedad que a la salud en sí. Los modelos de salud preventiva deben ser adaptados a los mensajes de salud sexual y se deben establecer políticas y leyes para apoyar estrategias específicas dirigidas a un cambio de conducta sexual (10).

Muchas asociaciones miembros de la Federación Internacional de Planificación Familiar han identificado la necesidad de vincular la prevención y educación relativas al VIH con la educación en sexualidad, de forma que se atiendan las necesidades específicas de la gente joven. Hay también evidencia que demuestra que los programas basados exclusivamente en la abstinencia son inefectivos a pesar de que algunas organizaciones continúan promoviéndolos (27).

Un programa de educación sexual dirigido a jóvenes ya sea implantado en la escuela o a través de los medios de comunicación puede aumentar el conocimiento de hombres y mujeres jóvenes y la evidencia de las evaluaciones de impacto de un programa de esta naturaleza sugiere que la educación sexual puede ser eficaz en el cambio de comportamiento de la población objetivo. En Kenia por ejemplo, una evaluación del impacto de una intervención que brindaba educación sexual a las mujeres escolares de nivel primario y que incluía información acerca del riesgo de contraer VIH por tener relaciones sexuales con hombres mayores, redujo el embarazo adolescente (11).

Una buena educación sexual es esencial para ayudar a los jóvenes a prepararse para llevar una vida sana y plena; brindarles información de alta calidad y educación integral en sexualidad puede dotarlos con el conocimiento, habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones importantes en el presente o futuro, aumentar su independencia y autoestima y a disfrutar de una vida sexual en una forma positiva y placentera (29). La educación sexual debe buscar la promoción de la salud y el bienestar así como también los derechos sexuales (10); hay una gran cantidad de investigaciones que muestran que los programas de educación sexual de alta calidad, integrales y basados en derechos pueden retrasar el inicio de la actividad sexual y las relaciones sexuales sin protección pero también disminuir el número de parejas sexuales, el aumento del uso de anticonceptivos, el uso del condón y por lo tanto, disminuir los embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes.

La educación sexual integral se define como “un proceso de vida de adquisición de información y formación de actitudes, creencias y valores acerca de la identidad, las relaciones y la intimidad” (30). El término integral indica que este enfoque en la educación de la sexualidad abarca gran variedad de información, de adquisición de habilidades, actitudes y valores que permitan a los jóvenes a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y a tomar decisiones sobre su salud y su sexualidad (28, 29). Es importante entender que este tipo de educación ofrece a los jóvenes una gama completa de posibilidades para la práctica de relaciones sexuales más seguras y no sólo promueve mensajes sobre la abstinencia. El objetivo de este tipo de aprendizaje es el uso de ejercicios que faciliten las nuevas experiencias y que ayuden a niños y jóvenes a comprender estas nuevas experiencias utilizando todos sus sentidos y empleando diferentes medios de comunicación. Se busca que los jóvenes aprendan acerca de sus intereses por medio de actividades innovadoras (por ejemplo mediante el dibujo, teatro, música, escritura, discusión, etc.) y que cada persona guíe su propio proceso de aprendizaje. La enseñanza de esta manera hace que la misma sea una opción para todos independientemente de su formación previa o de sus capacidades. De igual forma, los niños y jóvenes aprenden unos de otros y se les anima a valorar sus diferencias y vulnerabilidades (29).

La educación sexual integral cubre aspectos físicos, biológicos, emocionales y sociales de la sexualidad; esta adaptada por edades y etapas de desarrollo del grupo diana; reconoce y acepta a todas las personas como seres sexuales y profundiza en temas diversos y no sólo en la prevención de enfermedades o embarazos (28).

En general, hay siete componentes esenciales propuestos para un programa de educación sexual integral (27):

1. Género: exploración de los roles y atributos de género; comprensión de las percepciones de masculinidad y feminidad dentro de la familia y a través del ciclo de vida; normas y valores cambiantes en la sociedad; manifestaciones y consecuencias de los prejuicios, estereotipos y desigualdad de género.

2. Salud sexual y reproductiva incluyendo VIH: comprensión de las ITS y VIH, qué son y cómo prevenirlas; opciones e información sobre el embarazo; respuesta sexual; viviendo con VIH; cómo usar los condones; anatomía; sexualidad y el ciclo de vida (ejemplo: pubertad, menopausia, problemas sexuales).

3. Derechos sexuales: conocimiento de los derechos humanos internacionales y de las políticas, leyes y estructuras nacionales; comprensión de que la cultura es dinámica; disponibilidad de servicios y recursos y la forma de tener acceso a ellos; participación; prácticas y normas; defensa y promoción; derecho a decidir; protección; consentimiento y el derecho de tener relaciones sexuales sólo cuando la persona esta lista para ello.

4. Placer: comprensión de que el sexo debe ser agradable y no forzado; que es mucho más que el coito; que la sexualidad es parte de la vida de cada persona; biología y emociones que están detrás de la respuesta sexual; género y placer; masturbación; amor, deseo y relaciones; comunicación interpersonal; la diversidad de la sexualidad; la primera experiencia sexual; consentimiento, alcohol y drogas, y las implicaciones de su uso.

5. Violencia: exploración de los diferentes tipos de violencia hacia el hombre y la mujer, y la forma en que se manifiestan; derechos y leyes; opciones de apoyo disponibles y búsqueda de ayuda; normas comunitarias (poder, género) y mitos; prevención, incluyendo planes de seguridad personal; técnicas de defensa personal; comprensión de la dinámica de víctimas y atacantes; mecanismos de referencia apropiados para sobrevivientes.

6. Diversidad: reconocimiento y comprensión de la amplitud de la diversidad de nuestras vidas (ej. fe, cultura, origen étnico, estatus socioeconómico, capacidad/discapacidad, estatus VIH y orientación sexual); una opinión positiva de la diversidad; reconocimiento de la discriminación, sus efectos dañinos y capacidad para lidiar con ellos; desarrollo de una creencia en la igualdad; apoyo a la gente joven para que vaya más allá de solamente la tolerancia.

7. Relaciones: diferentes tipos de relaciones (ej. familiares, amistosas, sexuales, románticas, etc.), emociones, intimidad (emocional y física), derechos y

responsabilidades, dinámica de poder y reconocimiento de las relaciones saludables, enfermizas y coercitivas (sexuales, de amigos, familiares, etc.).

En el anexo 9.1 puede observarse una descripción de los conceptos claves y los diferentes temas que propone el Consejo de educación e información sexual de Estados Unidos (31). Idealmente un programa de educación integral debería cubrir todos los tópicos enumerados en el anexo 9.1, sin embargo, se debe de priorizar los temas en base a la disponibilidad de recursos materiales, humanos, de tiempo, de presupuesto, etc. A partir de este esquema pueden seleccionarse los temas a ofrecer tomando en cuenta la edad de la población a la que va dirigida.

Contrariamente a lo que a menudo se argumenta, la educación integral en salud sexual y reproductiva no pretende sustituir los valores familiares tradicionales; más bien su papel es ayudar a los jóvenes a identificar sus propios valores y aumentar el conocimiento de todas las opciones disponibles y que sean apropiadas a sus necesidades (28, 29).

Para la aplicación efectiva de la educación sexual es fundamental utilizar métodos de aprendizaje y debates interactivos. Esto asegura que la enseñanza sea pertinente a la realidad de los jóvenes y les permite preguntar y formar sus propios valores y actitudes. La enseñanza interactiva se diferencia de la tradicional en que esta última pretende inculcar conocimientos y normas, mientras que el método interactivo promueve un proceso de aprendizaje en que el adolescente o joven tiene el control sobre su propio desarrollo. El objetivo de este tipo de aprendizaje se basa en el hecho de usar ejercicios que faciliten la adquisición de nuevas experiencias (valiéndose de la observación) y ayudar a que los jóvenes entiendan estas nuevas experiencias (utilizando la reflexión), estimulando todos sus sentidos y empleando variedad de medios de comunicación y actividades innovadoras. Este método también permite que los jóvenes aprendan unos de otros y que valoren sus diferencias y vulnerabilidades (29).

En el año 2009 se publicó un artículo que mostró los cambios en el comportamiento sexual luego de la instauración de un programa de educación sexual en las escuelas públicas de Brasil. El propósito fue contribuir a la reducción del embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual; se desarrollaron actividades relacionadas con sexualidad a lo largo de un año escolar, tanto fuera como dentro del aula tales como

debates, la elaboración de programas de radio, periódico escolar, teatro, talleres y proyectos de investigación; utilizando un diseño cuasi-experimental, se analizaron 4 795 encuestas entre los adolescentes escolares. El programa mostró ser exitoso en la utilización consistente del preservativo y en la utilización de algún método anticonceptivo en la última relación sexual. El programa también resultó efectivo en generar cambios de conductas sexuales en adolescentes y a la vez no estimulándolos a la práctica sexual, corroborando los hallazgos de otros estudios de que los programas de educación sexual no aumentan las prácticas de actividad sexual. Es relevante recalcar que este programa no estimuló particularmente la abstinencia sino que el comportamiento sexual responsable; los resultados mostraron el efecto positivo de invertir en la implementación de educación sexual (31).

Expertos en educación vivencial han establecido que las personas retienen (32):

- el 20% de lo que escuchan
- el 30% de lo que ven
- el 50% de lo que escuchan y ven
- el 70% de lo que escuchan, ven y dicen (discutir)
- el 90% de lo que escuchan, ven, dicen y hacen

El aprendizaje vivencial incluye las siguientes etapas:

- A. Experimentar: implica participar en ejercicios o actividades en conjunto y/o compartir experiencias y sentimientos personales (hacer).
- B. Procesamiento: abarca la “digestión” del ejercicio o actividad y compartir observaciones de la etapa previa (analizar y pensar).
- C. Generalizar: consiste en extraer un significado de la experiencia vivida, comparar con otras experiencias e identificar principios generales o patrones (concluir).
- D. Aplicar: involucra el desarrollo de un plan o acción, más allá del ejercicio realizado, utilizando los elementos de comprensión ganados en las etapas previas (planear un cambio o acción) (32).

El Consejo de educación e información sexual de los Estados Unidos menciona que la educación sexual es más efectiva cuando las personas jóvenes no sólo reciben información pero también cuando se les brinda la oportunidad de explorar sus propias

actitudes y valores, desarrollando y fortaleciendo sus habilidades sociales. Hay una amplia variedad de métodos de enseñanza y actividades que pueden fomentar el aprendizaje, tales como los debates interactivos, el *role play*, la investigación individual o grupal, ejercicios de grupo o la asignación de tareas (30).

Diferentes guías reconocen que los objetivos de la educación sexual se engloban en cuatro áreas (30):

1. Información: La educación sexual tiene por objeto proporcionar información precisa sobre el ser humano, la sexualidad (incluyendo el crecimiento y desarrollo), la reproducción humana, la anatomía y fisiología, la masturbación, la vida familiar, el embarazo, el parto, la maternidad, la respuesta y orientación sexual, la identidad de género, la anticoncepción, el aborto, el abuso sexual, el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

2. Actitudes, valores y puntos de vista: La educación sexual trata de proveer una oportunidad para la gente joven de cuestionar, explorar y evaluar tanto la actitud comunitaria como la propia acerca de la sociedad, el género y la sexualidad. Esto puede ayudar a que los jóvenes comprendan los valores familiares, que desarrollen sus propios valores, que mejoren sus habilidades de pensamiento crítico, que aumenten su autoestima y que desarrollen una visión sobre de las relaciones con los miembros de la familia, las parejas sexuales y la sociedad en general. La educación sexual puede ayudar a las personas jóvenes a entender sus obligaciones y responsabilidades para con la familia y la sociedad.

3. Relaciones y habilidades interpersonales: La educación sexual trata de ayudar a los jóvenes a desarrollar habilidades interpersonales incluyendo la comunicación, la toma de decisiones, la asertividad, habilidades para rechazar a una pareja, así como la capacidad para crear relaciones recíprocas y satisfactorias. Los programas de educación sexual también deberían de preparar a los estudiantes para comprender la sexualidad de manera efectiva y creativa en los roles de adulto; esto incluye ayudar al joven a desarrollar la capacidad de tener relaciones íntimas y sexuales no coercitivas y mutuamente placenteras.

4. Responsabilidad: La educación sexual busca que los jóvenes ejerzan su responsabilidad en relación a las relaciones sexuales abordando cuestiones como la abstinencia, cómo resistir presiones para que se involucren en relaciones sexuales no deseadas o tempranas y el uso de métodos anticonceptivos.

En relación a los programas de salud reproductiva, algunos están dirigidos hacia la mujer, dejando al hombre en segundo plano. Los chicos pueden sentir que la educación sexual no es relevante para ellos y se pueden encontrar con mucha vergüenza de hacer preguntas acerca de las relaciones o del sexo, incluso al querer preguntar a sus padres. Es por ello que los programas de educación sexual deben centrarse en ambos sexos (29). La comprensión de cómo las normas e inequidad de género afectan la forma de vivir, amar y relacionarse con los demás es la clave para la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva incluyendo el control sobre el VIH. Los programas de salud sexual y reproductiva que incorporan a hombres y niños no deben promover solamente el uso del preservativo y la asistencia a los servicios de salud, sino que deben ser transformadores de género. Los hombres y niños deben ser ayudados a comprender el impacto de sus actitudes y comportamientos y los beneficios que trae consigo el tener una sociedad más igualitaria, basada en la no discriminación (33).

En Suecia que tiene una de las tasas más bajas de embarazos no deseados y de abortos en el mundo, la educación sexual ya está prevista en todas las escuelas a partir de los años de primaria y aunque hoy en día la educación sexual es una norma en Suecia, el camino hacia su aceptación fue muy largo (más de 20 años) y en ocasiones difícil (10).

Aquellos que se dedican a la educación en salud sexual y reproductiva de niños y jóvenes pueden encontrarse con la dificultad de tocar temas tales como el sexo fuera del matrimonio, la homosexualidad, la anticoncepción y prácticas sexuales más seguras o el aborto, sobretodo en comunidades religiosas tradicionales. Es posible que estos educadores se preparen para defenderse de ataques en lugar de crear oportunidades para el diálogo que inicialmente puede resultar incómodo pero que si se lleva a cabo adecuadamente puede resultar en una educación en salud sexual y reproductiva integrada con principios de fe y perspectivas seculares (34). Pueden realizarse modificaciones y adecuar los programas de acuerdo a las necesidades de los jóvenes

pero también tomando en cuenta la opinión de los padres, de autoridades educativas o comunitarias.

Otras revisiones de programas eficaces de educación sexual han encontrado características comunes y beneficiosas para la salud sexual de la población juvenil. Estas incluyen (Blake y Katrak 2002) (29).

- Un fuerte enfoque en la reducción de los comportamientos específicos de riesgo.
- Una mejor comprensión de los elementos que influyen en las decisiones y comportamientos sexuales de las personas.
- Tener mensajes claros, adecuados a la edad y reforzados continuamente sobre el comportamiento sexual y la reducción de riesgos, incluidos los conocimientos, habilidades, valores, actitudes, comunicación y normas.
- Proporcionar información precisa sobre los riesgos asociados con la actividad sexual, la anticoncepción y control de la natalidad y sobre las diferentes maneras de evitar o posponer el coito.
- Hacer frente a la presión de pares y otras presiones sociales de la juventud.
- Proporcionar oportunidades para practicar habilidades de comunicación, negociación y asertividad.
- Utilizar variedad de métodos de enseñanza y aprendizaje que involucre a los jóvenes y los ayude a personalizar la información
- Utilizar métodos de enseñanza y aprendizaje que sean adecuados a la edad, la experiencia y antecedentes culturales del joven.
- Tener buena conexión con los servicios de anticoncepción, de enfermedades de transmisión sexual y de VIH/SIDA.

A menudo, los que proporcionan educación sexual pese a sus limitaciones (falta de conocimientos, habilidades o nivel de comodidad) son los médicos y es por ello que los programas de educación médicos deberían incluir formación en sexualidad, género y derechos humanos dentro de su curriculum (10).

Un estudio llevado a cabo en el 2009 en Estados Unidos buscaba evaluar la percepción de residentes de pediatría, de ginecología y obstetricia y de medicina de familia en relación a su responsabilidad, entrenamiento y experiencia en proveer cuidados de salud integrales a adolescentes. Se obtuvo información a partir de una encuesta; en total 87



participantes entraron en el estudio; los resultados mostraron que los residentes de los 3 campos mencionados necesitaban un mayor entrenamiento y experiencia en relación a adolescentes y manejo de programas de abuso de sustancias así como de abuso sexual y físico. Además los residentes de ginecología y obstetricia reportaron deficiencias en su entrenamiento con respecto a consejería preventiva y servicios de salud en general; los residentes de pediatría por su parte refirieron tener deficiencias en el entrenamiento y experiencia relacionado con servicios de salud sexual. El estudio concluyó que en vista de los resultados obtenidos, los residentes de estas especialidades no están óptimamente preparados para proveer una amplia gama de servicios preventivos y clínicos a adolescentes (35).

Independientemente de quién se encargue de la educación sexual integral, lo ideal es que se tengan en cuenta los siguientes elementos (28):

- que se disponga de información adecuada, capacitación, herramientas, habilidades y cualidades de enseñanza
- que se comprenda a los jóvenes de la actualidad
- que se tenga la intención de instruir, transformar y preparar a otros
- que sea alguien en quien los jóvenes confíen y se sientan cómodos bajo un entorno propicio
- que se imparta el conocimiento y facilite el desarrollo de habilidades
- que sea accesible y sin prejuicios

Los que imparten educación sexual, ya sea uno a uno o en grupos, necesitan la información, habilidades y actitudes con el fin de hacerlo de manera efectiva. La formación, el apoyo continuo, la supervisión y el acceso a los recursos y materiales necesarios son esenciales para ello (28).

Los padres deberían ser los educadores principales en sexualidad y si bien diferentes instituciones u organizaciones comunitarias o escuelas pueden jugar un importante papel, a menudo se necesita complementar o manejar estos temas de forma global. Además, cuando muchos actores están involucrados en la entrega de mensajes, el riesgo de contradicción o de dar información incorrecta puede aumentar y la calidad puede perderse (10).

En algunos contextos, la educación sexual puede ser vista como ofensiva o incluso puede crear conflictos entre personas u organizaciones. Hoy en día la enseñanza efectiva de la salud sexual en Gran Bretaña toma en cuenta las creencias y culturas de los niños y jóvenes y se cuenta con políticas gubernamentales de apoyo. Se considera que los niños y jóvenes necesitan de oportunidades para comprender las leyes y temas de salud en relación al sexo, la sexualidad y la salud sexual, de tal forma que si por ejemplo una doctrina religiosa prohíbe el sexo prematrimonial o el uso de anticonceptivos, los jóvenes puedan saber y comprender las implicaciones legales y sanitarias de estas conductas así como las diferentes perspectivas religiosas. También se ha reparado en el hecho que el respeto por la diversidad y las prácticas antidiscriminatorias deberían ser parte de los valores curriculares escolares. Se ha enfatizado en la creación de un marco dentro de un contexto seguro en el que tanto los padres como representantes religiosos y otros miembros de la comunidad comprendan más acerca de la educación sexual y sean capaces de discutir sus puntos de vista, sus creencias y que se sientan involucrados en el proceso del desarrollo de una educación sexual a los jóvenes (36).

### **1.11 Normativa**

La constitución política de la República de Guatemala establece el principio de igualdad para todos los habitantes, mujeres y hombres sin ningún tipo de discriminación; la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la plataforma de acción de la IV conferencia mundial de la mujer, Beijing de 1995, determinan que los países signatarios deben modificar los patrones socioculturales de conductas de hombres y mujeres con el fin de alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres; la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW indica que los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres; la convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer señala que los estados partes están obligados en adoptar por todos los medios apropiados y sin dilataciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la

violencia contra la mujer; la ley de dignificación y promoción de la mujer establece que el Estado garantizará a las mujeres la educación nacional en condiciones de equidad en todas las etapas del proceso educativo; favorecerá el respeto y la valoración de las identidades culturales sin afectar la unidad de la nación; la ley de desarrollo social Decreto 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala regula que el Ministerio de Educación (MINEDUC) en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), incorporará en sus políticas educativas y de desarrollo las medidas y previsiones necesarias para incluir la materia de población en todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional, comprendiendo cuando menos las temáticas relativas a desarrollo, población, salud, familia, calidad de vida, ambiente, género, sexualidad humana, derechos humanos, multiculturalidad e interculturalidad, maternidad y paternidad responsable y salud reproductiva; la declaración ministerial “Prevenir con Educación” aprobada por unanimidad el 1 de agosto de 2008 en la primera reunión del MSPAS y el MINEDUC para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y el Caribe, toma en cuenta que la sexualidad es una dimensión constituyente del ser humano que se expresa durante toda la vida y que la niñez y la adolescencia son etapas significativas para potenciar el desarrollo de las personas y los países, por lo que es necesario proporcionar educación de la sexualidad como derecho humano y como estrategia de calidad de vida actual y futura. Incluye entre otros puntos, “implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral de la sexualidad y promoción de la salud sexual que incluya la prevención del VIH e ITS”; la ley contra el femicidio y otras formas de violencia contra la mujer establece que el Estado de Guatemala deberá promover y monitorear campañas de sensibilización y generación de espacios de discusión para la concertación e impulso de políticas públicas para la prevención de la violencia contra la mujer y del femicidio y que requiere de la coordinación interinstitucional como condición básica para su eliminación; la ley de protección integral de la niñez y adolescencia, Decreto 27-2003 del Congreso de la República establece que el interés superior del niño es una garantía que se aplicará en toda decisión que se adopte con relación a la niñez y la adolescencia, que deberá asegurar el ejercicio y disfrute de sus derechos, respetando sus vínculos familiares, origen étnico, religioso, cultural y lingüístico, teniendo siempre en cuenta su opinión en función de su edad y madurez; el reglamento de la ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva, determina que el MINEDUC en coordinación con el MSPAS revisará,

actualizará e implementará al menos cada cinco años el currículo de los niveles primario y medio para garantizar el cumplimiento de lo establecido en la ley de desarrollo social y la del acceso universal y equitativo de los servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva; la ley general para el combate del VIH y del SIDA y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y SIDA señala que las acciones de promoción, educación e información para la salud en la prevención de ITS, VIH, SIDA en la población guatemalteca estarán bajo la coordinación y supervisión del MSPAS a través del programa nacional de prevención de ITS, VIH/SIDA y del MINEDUC y la política nacional de promoción y desarrollo integral de las mujeres; el plan de equidad de oportunidades 2008-2023 establece acciones estratégicas para el fortalecimiento de la sinergia entre las instituciones públicas en el avance de los compromisos relativos a salud y educación (37).

En el año 2005 el estado de Guatemala promulga el decreto número 87-2005 que tiene por objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Se establecen además mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales. En el decreto se especifica también la creación de la comisión nacional de aseguramiento de anticonceptivos que tendrá como objeto velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar y al mismo tiempo se establecen las funciones de dicha comisión y su forma de integración (38).

## **2. OBJETIVOS:**

### **2.1 Generales**

Crear un centro para brindar educación integral en salud sexual y reproductiva en la ciudad de Guatemala.

### **2.2 Específicos**

#### **2.2.1. A corto plazo**

- a. Integrar la visita realizada al centro de educación integral en salud sexual y reproductiva al currículo educativo de la ciudad capital.
- b. Mejorar el nivel de conocimientos de los y las adolescentes escolares en temas de salud sexual y reproductiva.
- c. Ofrecer educación de calidad y actualidad utilizando un método innovador de enseñanza.
- d. Capacitar a maestros en educación integral en salud sexual y reproductiva.

#### **2.2.2. A mediano plazo**

- a. Servir como centro de referencia nacional para la educación integral en salud sexual y reproductiva.

#### **2.2.3. A largo plazo**

- a. Contribuir en la población escolar de la ciudad capital a la disminución de:
  - embarazos adolescentes
  - enfermedades de transmisión sexual
  - VIH/SIDA
  - violencia de pareja y familia

### **3. DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO:**

#### **3.1 Población de referencia**

El plan está dirigido a la población adolescente escolar de ambos sexos de 4°. a 6°. De primaria y de nivel básico (secundaria) y diversificado de las escuelas públicas y privadas de la ciudad de Guatemala. Esto correspondería a chicos y chicas de 10 a 12 años que cursan 4°. a 6°. de educación primaria, adolescentes de 13 a 15 años que cursan el nivel de 1°. a 3°. de básicos y a jóvenes de 16 a 18 años que estudian en el ciclo diversificado.

Según cifras del Ministerio de educación guatemalteco (39) en la ciudad capital hay cerca de 138 912 estudiantes de 4°. a 6° de primaria, 192 357 de nivel básico y 105 785 de nivel diversificado. El plan abarcaría en total a 437 054 adolescentes escolares.

#### **3.2 Población del plan piloto**

Después de iniciar las operaciones del centro se realizará una prueba piloto que durará dos meses. La prueba piloto servirá para identificar las dificultades de comprensión de algunas preguntas, la lógica de las respuestas y la revisión de pases y filtros que permitan establecer indicadores de control de calidad, así como la reacción y sugerencias de los adolescentes y maestros que visiten el centro. La población piloto tomará en cuenta cerca de 13 200 estudiantes de nivel de primaria, básico y diversificado de escuelas tanto públicas como privadas de la ciudad capital.

### 3.3 Cronograma de actuación

**A. Tabla 1.** Cronograma de actuación del proyecto en donde se muestran las actividades y el tiempo (en meses) para su ejecución.

Actividades	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación del proyecto	X											
Formalización y compromiso ministerial		X										
Revisión del contenido temático	X	X	X									
Selección del lugar y presupuestación		X	X									
Adaptación/remodelación del centro			X	X	X	X	X	X	X			
Reunión ministerial y del equipo del proyecto para discutir sobre materiales			X	X								
Adquisición de materiales y equipo			X	X								
Contratación de personal		X	X	X								
Capacitación de personal				X	X	X	X	X	X			
Inicio de operaciones/prueba piloto										X		
Evaluación y propuestas de mejora												X
Promoción del centro										X	X	X
Presentación de informe final												X

### 3.4 Actividades para alcanzar cada objetivo, evaluación y resultados

**Tabla 2.** Actividades a alcanzar para cada objetivo específico del proyecto, el indicador a evaluar y los resultados esperados.

<b>2.2.1. Objetivos a corto plazo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador a evaluar</b>	<b>Resultados</b>
a. Integrar la visita realizada al centro de educación integral en salud sexual y reproductiva al currículo educativo de la ciudad capital	- Reunión con el Ministerio de Educación y con el de Salud Pública para presentación del proyecto y su posterior formalización	- Compromisos ministeriales firmados	- Visita al centro de educación sexual integrado en el currículo escolar para los estudiantes de la ciudad capital
b. Mejorar el nivel de conocimientos de los y las adolescentes escolares de la ciudad capital en temas de salud sexual y reproductiva	<p>- Reunión con autoridades del Ministerio de Educación y de Salud Pública para revisar el contenido temático del plan de salud sexual del Ministerio de Educación y crear/modificar una guía escolar</p> <p>- Seleccionar y habilitar un centro de educación sexual dentro del perímetro capitalino</p> <p>- Remodelación y adaptación del lugar designado</p> <p>- Realizar actividades educativas integrales, coherentes y sistemáticas en temas de sexualidad, salud sexual, planificación familiar, salud reproductiva, prevención de ITS incluyendo VIH/SIDA</p>	<p>- Número de puntos temáticos clave discutidos y mejorados</p> <p>- Contrato de renta/alquiler del lugar</p> <p>- Facturas de remodelación del centro</p> <p>- Evaluación después de cada actividad, dependiendo de la actividad realizada puede ser un cuestionario o test</p>	<p>- Guía del plan escolar de salud sexual del Ministerio de Educación mejorada y actualizada</p> <p>- Centro de educación integral en salud sexual y reproductiva instalado, remodelado, adaptado y funcionando</p> <p>- 80% de los escolares con conocimientos en temas de salud sexual y reproductiva mejorados</p>



<b>2.2.1. Objetivos a corto plazo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador a evaluar</b>	<b>Resultados</b>
<p>c. Ofrecer educación de calidad y actualidad utilizando un método innovador de enseñanza</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seleccionar y capacitar al personal para el centro</li>   <li>- Reunión mensual con el personal para discusión de posibles cambios o mejoras</li>   <li>- Compra de equipo didáctico en salud sexual y reproductiva de calidad y actualidad</li>   <li>- Compra de equipo fungible</li>   <li>- Cuestionario de satisfacción entre escolares al finalizar la actividad</li>   <li>- Cuestionario de satisfacción entre maestros al finalizar la actividad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de anuncios de prensa para la convocatoria de recursos humanos</li> <li>- Contratos de recursos humanos firmados</li> <li>- Diploma del personal (sobretudo educadores) mostrando la formación recibida</li>   <li>- Actas de reuniones</li>   <li>- Facturas de equipo tangible comprado</li>   <li>- Facturas de equipo fungible</li>   <li>- Preguntas de evaluación del cuestionario</li>   <li>- Preguntas de evaluación del cuestionario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal para el centro contratado y capacitado en un 95%</li>   <li>- Procesos de mejora analizados y realizados</li>   <li>- Material didáctico en salud sexual y reproductiva comprado y siendo utilizado</li>   <li>- Equipo fungible comprado y siendo utilizado</li>   <li>- 70% de los escolares satisfechos con la atención recibida y con el material y actividades realizadas</li>   <li>- 80% de los maestros satisfechos con la capacitación recibida</li> </ul>

<b>2.2.1. Objetivos a corto plazo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador a evaluar</b>	<b>Resultados</b>
d. Capacitar a maestros en educación integral en salud sexual y reproductiva	- Realizar actividades en materia de educación sexual y salud reproductiva específicamente orientadas a la capacitación de maestros	- Evaluación después de cada actividad, dependiendo de la actividad realizada puede ser un cuestionario o test	- 80% de maestros con mejora en sus conocimientos en cuanto a temas de educación integral en salud sexual y reproductiva
<b>2.2.2. Objetivos a mediano plazo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador a evaluar</b>	<b>Resultados</b>
a. Servir como centro de referencia nacional para la educación integral en salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir un listado básico de medios de comunicación</li> <li>- Promoción en prensa, radio y T.V.</li> <li>- Creación de una página de Internet para consultas</li> <li>- Creación de una biblioteca con material en salud sexual y reproductiva</li> <li>- Apoyo técnico y colaboración con otras instituciones de base comunitaria, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, a nivel local o internacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de medios de comunicación listados</li> <li>- Número de anuncios en prensa, radio y en TV</li> <li>- Número de consultas telemáticas realizadas</li> <li>- Número de libros adquiridos y factura de los mismos</li> <li>- Número de materiales didácticos adquiridos</li> <li>- Número de gestiones con otras instituciones realizadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado básico de medios de comunicación creado</li> <li>- Al menos 5 anuncios publicados (ya sea en radio, TV o radio)</li> <li>- Página Web del centro creada y funcionando</li> <li>- Biblioteca del centro creada y funcionando</li> <li>- Apoyo técnico y alianzas con otras instituciones formadas</li> </ul>

<b>2.2.3. Objetivos a largo plazo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicador a evaluar</b>	<b>Resultados</b>
a. Contribuir en la población escolar de la ciudad de Guatemala a la disminución de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- embarazos adolescentes</li> <li>- ITS</li> <li>- VIH/SIDA</li> <li>- violencia de pareja y familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunión con el Ministerio de Salud Pública en la fase inicial del proyecto y posteriormente a los 5 años para evaluar conjuntamente indicadores antes y 5 años después de la puesta en marcha del proyecto; se comparará con otra ciudad que no haya recibido la intervención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporción de embarazos adolescentes</li> <li>- Proporción de ITS</li> <li>- Proporción de casos de VIH/SIDA</li> <li>- Proporción de casos de violencia de pareja o familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazos adolescentes escolares reducidos en al menos 50%</li> <li>- ITS reducidas en al menos 70%</li> <li>- VIH/SIDA reducido en al menos 70%</li> <li>- Violencia de pareja o de familia reducida en al menos 50%</li> </ul>

#### **4. Descripción en detalle del proyecto**

Inicialmente se realizará una reunión con miembros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Ministerio de Educación para la presentación del proyecto. En una segunda reunión se formalizará y firmará el compromiso ministerial; dentro del mismo se propondrá la incorporación de la visita al Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva al curriculum educativo de la ciudad capital. El documento en mención también involucrará la selección y contratación del personal para el centro, su capacitación, la compra o donación de equipo didáctico y el aspecto presupuestario (ver sección 5 y tablas 3, 5, 6 y 7), de tal forma que el centro sea sostenible en el tiempo. Después se gestionarán los permisos correspondientes (sección 6.1 y 6.2).

Se revisará posteriormente el contenido temático propuesto por el Centro para que los mismos coincidan con los ya contemplados por el Ministerio de Educación. Se tratará de identificar vacíos conceptuales en la propuesta curricular y mejorar el plan original del Ministerio de Educación plasmándolo en una guía para el Centro.

Una vez realizada la etapa anterior se procederá a la selección del lugar en donde funcionará el Centro y se iniciará la adaptación y remodelación del mismo, así como las gestiones de alquiler. Se comprarán materiales de construcción y se requerirá la subcontratación temporal de personal específico para remodelar el Centro.

En total se requerirá de ocho aulas con capacidad de albergar aproximadamente a 30 estudiantes cada una; estas aulas servirán para la proyección de material audiovisual, debates interactivos, *role play* o para pasar cuestionarios entre otras funciones y habrá un educador responsable de la actividad en cada aula.

Se necesitarán también 4 diferentes salas en donde se mostrarán 3 diferentes espacios o módulos: un espacio contendrá materiales referentes a anatomía y desarrollo humano; un segundo espacio mostrará material de sexualidad en general y de género y en un tercer espacio se expondrá la temática del embarazo adolescente y de la planificación familiar. En los temas abordados se tomarán en cuenta los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.

Para el personal del Centro se requerirá además de 8 oficinas en total. Se ubicará un espacio aparte para el área de biblioteca.

Al tiempo en que se esté remodelando y adaptando el centro, se iniciará con la compra de equipo necesario y con la selección y contratación del personal. Importante será la selección de los educadores, los cuales deberán tener de preferencia un perfil sanitario con formación en sexualidad; de cualquier manera, los educadores deberán capacitarse para poder llevar a cabo su trabajo. Se propone que los educadores realicen un curso en línea a nivel de diplomado para formación docente en Educación Integral en Sexualidad como mínimo. Para el resto del personal se ofrecerá igualmente formación de acuerdo al puesto de trabajo respectivo.

La visita al centro será gratuita y contará con la autorización de los padres o encargado legal del alumno; se ha creado un formato de autorización dirigido a padres de familia o tutores legales de los alumnos (sección 6.3); Se dividirán los temas en base a las edades de los adolescentes. Habrá un programa para los adolescentes de 4°. a 6°. de primaria y otro diferente para los adolescentes del nivel básico y diversificado.

Existen fuentes en el mercado que brindan materiales de educación sexual ya elaborados. El material para el Centro será seleccionado del catálogo de materiales, medios y documentos para la Educación de la Sexualidad producidos con el apoyo de UNFPA (40), pero también de otras fuentes como del Programa de Educación para la Salud de adolescentes y jóvenes de Atención Primaria del servicio Madrileño de Salud (41) y material que ya es utilizado en la actualidad por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su programa. Se ha realizado una propuesta de carta dirigida a UNFPA para la adquisición de materiales tanto para alumnos como para la formación en educación integral en salud sexual y reproductiva para maestros (ver sección 6.4); es importante mencionar que los materiales, medios y documentos de UNFPA ya han sido probados en otros países latinoamericanos; están en español y los procesos están ya validados. El personal del proyecto conjuntamente con los Ministerios de Salud Pública y de Educación se reunirá para discutir la selección del material requerido que se adaptará a la población local.

Se abordarán 4 bloques temáticos en una jornada docente para los alumnos:

Para los estudiantes de primaria: desarrollo sexual y anatomía, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, habilidades personales y relaciones familiares y de pareja y temas de género.

Para los estudiantes de nivel básico y diversificado: sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, habilidades personales y género, embarazo adolescente y planificación familiar.

Para los maestros se trabajará un bloque similar al de los estudiantes de básicos y diversificado.

Las actividades docentes propuestas pueden ser: la exposición de una película con un debate interactivo posterior, talleres de sexualidad o de salud reproductiva o *role play* para sensibilizar acerca de las relaciones de pareja o familiares. Las actividades propuestas contarán con indicadores para su medición. Se pasará un test al inicio y al final de la jornada entre los alumnos.

Se pasará también un cuestionario de satisfacción al final de la sesión tanto entre los alumnos, como entre los maestros (ver modelo de cuestionario de elaboración propia, creado específicamente para el proyecto en anexos 9.2 y 9.3; se elaboró tomando de ejemplo los cuestionarios de satisfacción al usuario de varias instituciones, entre ellas, la Universidad de Murcia).

Se iniciará una fase de prueba piloto que durará dos meses en donde el equipo evaluará cambios o modificaciones en el plan original.

Al mismo tiempo de iniciar el funcionamiento del centro, se promocionará el mismo a través de diferentes medios de comunicación.

Se tiene contemplado que el Centro funcione de lunes a viernes en horario de 8 a 12:30 y de 14 a 18:30 horas y atenderá a la población escolar de la ciudad capital durante el ciclo escolar que va de enero a octubre; se estima un número de 440 alumnos por día y el centro tendría que funcionar al menos 5 años para satisfacer la demanda de estudiantes de la ciudad capital. Durante el período vacacional de los estudiantes se

programará una capacitación en educación integral de salud sexual y reproductiva dirigida a maestros en horario de 8 a 12:30 horas de lunes a viernes. Los maestros serán seleccionados por el Ministerio de Educación y el centro contará con capacidad de recibir a cerca de 220 maestros por día.

Para los estudiantes, las sesiones docentes de cada grupo estudiantil durarán desde las 8 a las 12:30 horas, con una pausa intermedia de 30 minutos. Cada alumno llevará su propia comida para el receso entre sesiones. Un timbre alertará al momento del receso. Por la tarde el horario será de 14 a 18:30 horas e igualmente con una pausa de 30 minutos. Se tienen planeadas 4 dinámicas diferentes por la mañana y 4 por la tarde. Se coordinará con anticipación para que los estudiantes estén 15 minutos antes de la hora de inicio en el Centro y con conocimiento del aula que les corresponde (ver anexo 9.4 en donde se muestra una propuesta de una jornada docente por la mañana).

Una vez al mes se tendrá una reunión con todo el personal para el procesamiento y análisis de la información y retroalimentación del equipo. Se llevará un registro o acta de las reuniones y de los acuerdos o modificaciones alcanzadas.

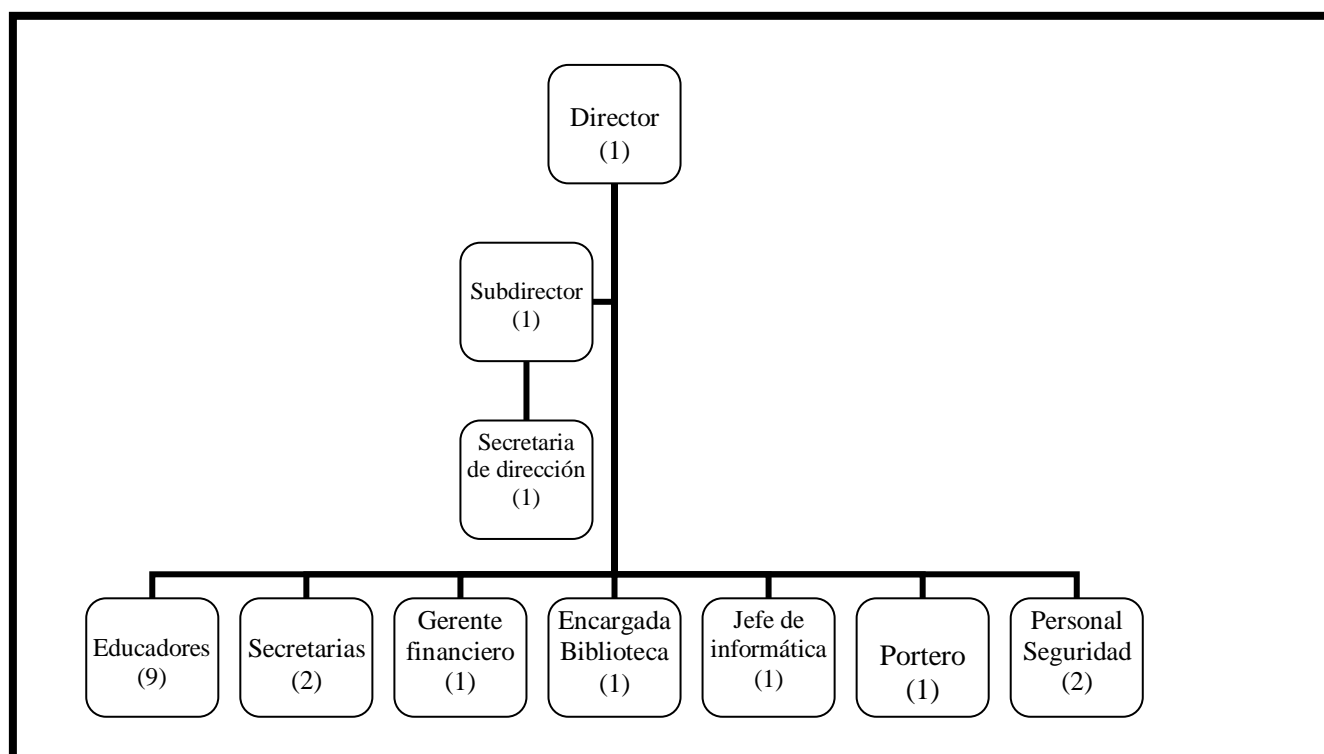
Al finalizar un año desde la puesta en marcha del proyecto, se redactará un informe final del mismo. El proyecto seguirá el cronograma propuesto en la Tabla 1.

## 5. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS

### 5.1 Recursos humanos:

**Tabla 3.** Recursos humanos propuestos para el Centro de Educación integral en Salud sexual y Reproductiva con los salarios mensuales y anuales (en euros del 2011).

Puesto	Cantidad	Jornada laboral	Salario mensual propuesto (euros/persona)	Salarios anuales totales (euros)
Director(a)	1	Completa	1 500	18 000
Vice-director	1	Completa	1 200	14 400
Gerente financiero	1	Completa	1 200	14 400
Secretaria de Dirección	1	Completa	500	6 000
Secretarias(os)	2	Completa	400	9 600
Jefe de informática	1	Completa	800	9 600
Educadores	9	Completa	800	86 400
Bibliotecaria	1	Completa	350	4 200
Portero	1	Completa	210	2 520
Personal de seguridad	2	Completa	210	5 040
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>		<b>7 170</b>	<b>170 160</b>



**Figura 1.** Organigrama propuesto para el Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva (entre paréntesis el número de personas).



**Tabla 4.** Propuesta de las funciones del personal para cada puesto:

<b>Puesto</b>	<b>Principales funciones</b>
Director(a) del centro	Responsable legal del funcionamiento del centro. Ayuda en reclutamiento y gestión del personal a su cargo; supervisa y colabora en la elaboración de actividades relacionadas con el centro; mantiene constante comunicación con el Ministerio de Salud Pública y con el Ministerio de Educación; análisis de estadísticas mensuales; ayuda en la elaboración de presupuestos y guías; verifica y controla el cumplimiento de objetivos; desarrolla e implementa normas para la prestación del servicio educativo con calidad.
Vice-director	Asiste al director; realiza las funciones del director cuando éste se encuentra ausente; colabora en la elaboración de documentos; coordina las actividades con el personal.
Gerente financiero	Prepara el presupuesto anual; se encarga del sistema de gestión financiera del centro; realiza proyecciones de las necesidades financieras futuras; investiga sobre métodos de financiación alternativos y razonables para el centro.
Secretaria de Dirección	Administra documentos y agenda de la Dirección; coordina actividades; administración en general.
Secretarias(os)/estadígrafas(os)	Administración de acuerdo a su puesto; coordinación de actividades; realiza reportes y estadísticas.
Jefe de informática	Brinda soporte técnico; investiga nuevas tecnologías; responsable del equipo eléctrico/electrónico del centro.
Educadores	Responsables de las actividades docentes asignadas; colaboran en la elaboración de documentos y en la mejora de las actividades. De acuerdo a un calendario de rotaciones, un educador deberá atender las consultas en línea.
Bibliotecaria	Responsable de la biblioteca; gestión de materiales educativos.
Portero	Encargado de las funciones inherentes a su puesto.
Personal de seguridad	Responsables de la seguridad del centro.

## 5.2 Recursos materiales:

**Tabla 5.** Recursos materiales inventariables y fungibles con el costo estimado en euros del 2011.

<b>Concepto</b>	<b>Costo total estimado (euros)</b>
Pizarra	120
Pupitres	5 000
Escritorios	800
Mesas	400
Sillas	800
Archivos	1 300
Libreras	400
Cañoneras/proyectores	1 000
Ordenadores	7 000
Teléfonos	200
Pantallas de proyección	200
Lápices	300
Bolígrafos	500
Sacapuntas	35
Hojas	50
Fotocopiadora	2 000
Libros	20 000
Timbres	20
Películas	150
Micrófonos	40
Bocinas	600
Carteles/afiches	150
Equipo de oficina (juego)	200
Remodelación del centro	15 000
<b>TOTAL</b>	<b>56 265</b>

**Tabla 6.** Recursos materiales técnicos con el costo estimado en euros del 2011.

<b>Concepto</b>	<b>Costo total estimado (euros)</b>
Equipo didáctico de: - capacitación en educación sexual para docentes - prevención de VIH/SIDA - violencia de género - anatomía y desarrollo humano - salud reproductiva y planificación familiar	5 000
Capacitación a educadores	3 000
Capacitación a otro personal	1 000
Creación, funcionamiento y mantenimiento de página Web	1 000
Anuncios en prensa	500
Promoción del centro	1 000
Alquiler del lugar	12 000
Luz	4 200
Agua	1 200
Teléfono+internet	1 800
Recolección de basura	120
<b>TOTAL</b>	<b>30 820</b>

### **5.3 Recursos financieros totales:**

**Tabla 7.** Recursos financieros para la totalidad del proyecto

<b>Concepto</b>	<b>Costo total estimado en euros del 2011</b>
Recursos humanos	170 160
Recursos materiales inventariables y fungibles	56 265
Recursos materiales técnicos	30 820
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>257 245</b>

## **6. DOCUMENTOS DE AUTORIZACION**

6.1. Carta al Ministerio de Educación

6.2 Carta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

6.3 Nota de autorización de los padres de los alumnos

## 6.1. Carta al Ministerio de Educación:

Guatemala, x del mes de x del 20xx

Sr. XXXX  
Ministro de Educación  
Guatemala ciudad  
Su despacho.

Estimado Sr. Ministro:

Le saludo cordialmente. Por este medio deseo presentar el Plan para la Creación de un Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva en la ciudad de Guatemala que ha sido diseñado para integrarse al Plan de Educación Sexual ya existente en el Ministerio a su cargo.

La población objetivo de este plan abarca los adolescentes escolares de 4°. a 6°. de primaria, así como los estudiantes de básicos y diversificado de las escuelas públicas y privadas de la ciudad capital.

El Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva será importante en el desarrollo del adolescente estudiantil, promoverá su pensamiento crítico, le dotará de habilidades de vida y le brindará educación en derechos humanos. También integrará temas sociales, culturales, morales y de salud que serán de vital importancia para el desarrollo de participación ciudadana de forma positiva.

El centro en mención ofrecerá un método innovador e interactivo de enseñanza, basado en evidencia científica y que ha probado ser efectivo en el aprendizaje.

Por este medio solicito autorización para formalizar la Creación del Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

Sírvase extender la presente solicitud a las instancias correspondientes.  
Adjunto envío una copia del plan.

Sin otro particular y agradeciendo la atención a la presente,  
Quedo de Ud.

Atentamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

## 6.2 Carta al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

Guatemala, x del mes de x del 20xx

Sr. XXXX  
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social  
Guatemala ciudad  
Su despacho.

Estimado Sr. Ministro:

Le saludo cordialmente. Por este medio deseo presentar el Plan para la Creación de un Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva en la ciudad de Guatemala que ha sido diseñado para integrarse al Plan de Educación Sexual ya existente en el Ministerio de Educación.

La población objetivo de este plan abarca los adolescentes escolares de 4° a 6° de primaria, así como los estudiantes de básicos y diversificado de las escuelas públicas y privadas de la ciudad capital.

El Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva será importante en el desarrollo del adolescente estudiantil, ayudará a la creación de vínculos entre la salud reproductiva, salud sexual, derechos humanos y prevención de VIH.

El centro en mención ofrecerá un método innovador e interactivo de enseñanza, basado en evidencia científica y que ha probado ser efectivo en el aprendizaje. Contribuirá como parte de las estrategias para la prevención de los embarazos adolescentes así como de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y la violencia de pareja y familia.

Por este medio solicito autorización para formalizar la Creación del Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

Sírvase extender la presente solicitud a las instancias correspondientes.  
Adjunto envío una copia del plan.

Sin otro particular y agradeciendo la atención a la presente,  
Quedo de Ud.

Atentamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

### 6.3 Nota de autorización de los padres de los alumnos

#### Visita al centro de educación integral en salud sexual y reproductiva

En \_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ se tiene programada una visita **al Centro de Educación Integral en Salud sexual y Reproductiva** y su hijo(a) está invitado a participar en esta actividad como parte del curriculum escolar nacional.

Con esta visita se pretende brindar información de alta calidad y educación integral en temas de salud sexual y reproductiva a su hijo(a) para dotarlos con el conocimiento, habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones importantes en el presente o futuro, aumentar su independencia y autoestima así como para alimentar los valores positivos.

Para la aplicación efectiva de la educación sexual integral se utilizarán métodos de aprendizaje innovadores y debates interactivos. Habrá un programa dependiendo de la edad y nivel educativo del escolar. Se tocarán temas como prevención del VIH, enfermedades de transmisión sexual o el embarazo adolescente pero también se abordaran temas de género, relación en pareja, sexualidad y comunicación familiar.

Cabe destacar que esta actividad no promoverá la promiscuidad sexual; por el contrario, investigaciones en este campo han evidenciado que la educación integral en salud sexual y reproductiva puede retrasar el inicio de la actividad sexual y promover una conducta sexual más segura.

Al finalizar la actividad se pasará una encuesta entre los alumnos, la cual será anónima y confidencial solamente utilizada para propósitos de investigación y estadísticos.

#### **ESTA VISITA NO TENDRÁ COSTO ALGUNO.**

Ud. tiene derecho a decidir si quiere que su hijo participe o no en esta actividad; no habrá ningún tipo de sanción o represalias por ello.

---

#### **AUTORIZACION**

Por este medio autorizo a que mi hijo(a) \_\_\_\_\_, participe (  ) no participe (  ) (marcar con una X alguna de las opciones anteriores) en la visita al Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

\_\_\_\_\_  
Firma y nombre de Padre/Madre /Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### **6.4 Carta al Fondo de Población de Naciones Unidas:**

Guatemala, x del mes de x del 20xx

Sres(as). del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)  
Su despacho.

Estimados Sres(as):

Les saludo cordialmente. Por este medio hacemos de su conocimiento que se tiene contemplado la formulación de un Plan para la Creación de un Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva en la ciudad de Guatemala conjuntamente con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala; dicho Centro ha sido diseñado para integrarse al Plan de Educación Sexual ya existente en el Ministerio de Educación.

La población objetivo de este plan abarca los adolescentes escolares de 4°. a 6°. del nivel educativo de primaria, así como los estudiantes de básicos y diversificado de las escuelas públicas y privadas de la ciudad capital que en su conjunto representan 437 054 adolescentes escolares.

El Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva será importante en el desarrollo del adolescente estudiantil, ayudará a la creación de vínculos entre la salud reproductiva, salud sexual, derechos humanos y prevención de enfermedades de transmisión sexual incluyendo al VIH/SIDA.

El centro en mención pretende ofrecer un método innovador e interactivo de enseñanza que haya probado ser efectivo en el aprendizaje.

El motivo de la presente es para solicitarles su colaboración a fin de proveer de materiales educativos al Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

La adquisición de materiales ofrecidos por su institución contribuirá como parte de las estrategias para la prevención de los embarazos adolescentes así como de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA y la violencia de pareja y familia e la ciudad de Guatemala.

Sírvanse extender la presente solicitud a las instancias correspondientes.  
Adjunto envío una copia del plan y un listado del material solicitado\*.

Sin otro particular y agradeciendo la atención a la presente,  
Quedo de Ud.

Atentamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

\* Con el visto bueno del Ministerio de Salud y Asistencia Social y del Ministerio de Educación.



## **7. INFORMACIÓN Y DIVULGACIÓN EN LA POBLACIÓN**

### **7.1 Nota de prensa para los medios de comunicación**

#### **INAUGURACIÓN DEL CENTRO DE EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA CAPITAL.**

Próximamente se inaugurará el Centro de Educación en Salud Sexual y Reproductiva en la ciudad de Guatemala destinado a la población escolar del área metropolitana.

Este centro formará una alianza estratégica en colaboración con el Ministerio de Educación, con el Ministerio de Salud Pública y otras entidades para ofrecer intervenciones educativas integrales, coherentes y sistemáticas en temas de sexualidad, planificación familiar y salud reproductiva en el adolescente escolar.

La visita al Centro será una actividad contemplada dentro del curriculum escolar para escuelas públicas y privadas de la ciudad capital y dirigida específicamente a escolares de 4°. a 6°. de primaria, secundaria y bachillerato.

La creación y funcionamiento del centro será financiado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y por el Ministerio de Educación.

El centro contará con educadores especialmente formados en temas de salud sexual y reproductiva y se desarrollarán diferentes actividades planificadas de acorde a la edad y nivel educativo; con ello se pretende brindar información y empoderar al adolescente escolar para que pueda llevar una vida sexual de forma sana, placentera y plena y a que tome decisiones concientes y responsables basadas en sus derechos reproductivos; de esta manera se le ayudará a ser un adulto sano y sexualmente responsable. Las actividades estarán orientadas a la prevención de embarazos adolescentes, de enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA o violencia de pareja y familiar, pero también se abordarían temas de género y sexualidad.

Cabe destacar que la información y las actividades llevadas a cabo en este centro no promoverán la promiscuidad sexual; investigaciones en este campo han evidenciado que la educación integral en salud sexual y reproductiva puede retrasar el inicio de la actividad sexual y que promueve una conducta sexual más segura.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. INE.gob.gt. Censo de Población-Población de Guatemala [Internet]. Guatemala; 2011. [Consultado 23/6/2011]. Disponible en:  
<http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm>
2. Organización Mundial de la Salud. Países: Guatemala [Internet]. OMS 2011 [Consultado 25/7/2011]. Disponible en:  
<http://www.who.int/countries/gtm/es/>
3. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. International Human Development indicators. PNUD 2010 report [Internet]. 2010. [Consultado 25/6/2011]. Disponible en:  
<http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/GTM.html>
4. PAHO.org. Perfil de los Sistemas de Salud Guatemala [Internet]. Washington: OPS; 2007: 1-53. [Consultado 28/6/2011]. Disponible en:  
[http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Guatemala.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/Perfil_Sistema_Salud-Guatemala.htm)
5. UNICEF.org. Panorama: Guatemala [Internet]. 2010. [Consultado 28/6/2011] Disponible en:  
[http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/guatemala\\_statistics.html#76](http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/guatemala_statistics.html#76)
6. Cottom H. Análisis crítico del sistema nacional de salud en Guatemala. Universidad Rafael Landívar [Internet]. Guatemala; 2004. [Consultado 22/6/2011]. Disponible en:  
<http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/03/archivos/Analisis%20Critico%20del%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud%20en%20Guatemala..pdf?sm=c53>
7. UNFPA. Framework for Action on Adolescents and Youth; Opening Doors with Young People: 4 Keys [Internet]. Nueva York; 2007. [Consultado 28/6/2011]. Disponible en:  
<http://www.unfpa.org/public/publications/pid/396>
8. World Health Organization. Young people's health- a challenge for society [Internet]. Ginebra; 1986. [Consultado 19/7/2011]. Disponible en:  
[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf)
9. World Health Organization. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? WHO Factsheet [Internet]. Ginebra; 2008. [Consultado 19/7/2011]. Disponible en:  
[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf)

10. World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health [Internet]. Ginebra; 2002: 1-35 [Consultado 22/7/2011]. Disponible en:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
11. The World Bank. World Development report 2007: Development and the Next Generation [Internet]. Washington; 2006. [Consultado 02/7/2011]. Disponible en:  
<http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2007/Resources/1489782-1158107976655/overview.pdf>
12. Ministerio de Educación. Estrategia de educación Integral en Sexualidad [Internet]. Guatemala; 2011. [Consultado 18/7/2011]. Disponible en:  
<http://www.osarguatemala.org/userfiles/Educacion%20Sexual%202011.pdf>
13. Fagen M, Stacks J, Hutter E, Syster L. Promoting Implementation of a School District Sexual Health Education Policy Through an Academic-Community Partnership. Public Health Reports [Internet]. 2010: 125. [Consultado 26/6/2011]. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821868/?tool=pubmed>
14. Guttmacher Institute. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de la juventud guatemalteca [Internet]. Nueva York; 2008. [Consultado 23/6/2011]. Disponible en:  
[http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb\\_Guatemala.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb_Guatemala.pdf)
15. Figueroa W, López F, Remez L, Prada E, Drescher J. Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante [Internet]. Instituto Guttmacher. Nueva York; 2006: 5. [Consultado 23/6/2011]. Disponible en:  
<http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/rib-Guatemala.pdf>
16. INE.gob.gt. V Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil 2008-2009 [Internet]. Guatemala; 2009. [Consultado 22/6/2011]. Disponible en:  
[http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe\\_ENSMI2008\\_2009.pdf](http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf)
17. Martínez González M, Seguí Gómez M, Carlos Chillerón S. Compendio de Salud Pública. 2a ed. Pamplona: Ulzama; 2011.
18. World Health Organization. Sexually transmitted infections [Internet]. Factsheet; 2007: 110. [Consultado 28/6/2011]. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
19. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Rev. esp. sanid. Penit [Internet]; Barcelona; 2011: 13: 2. [Consultado 28/6/2011].

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202011000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202011000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

20. Forhan S, Gottlieb S, Sternberg M, Xu F, Datta S, McQuillan *et al.* Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*; 2009; 124(6):1505-12. [Internet]. [Consultado 28/6/2011].

Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/124/6/1505.long>.

21. International Planned Parenthood Federation. Program guidance on counselling for STD/HIV prevention in sexual and reproductive health settings [Internet]. Londres; 2002: 1-60 [Consultado 23/7/2011]. Disponible en:

[http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/CDB3B150-D4F2-4681-8A83-A7AEF26E7E31/0/Counselling\\_STIHIV.pdf](http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/CDB3B150-D4F2-4681-8A83-A7AEF26E7E31/0/Counselling_STIHIV.pdf)

22. Genus S J, Genus S K. Primary prevention of sexually transmitted disease: applying the ABC strategy. *Postgrad Med J* [Internet]. 2005; 81(955): 299–301. [Consultado 28/7/2011]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743270/pdf/v081p00299.pdf>

23. World Health Organization. Mortality and burden of disease estimates for WHO member states in 2004. Department of Measurement and Health information [Internet]. 2009. [Consultado 29/7/2011]. Disponible en:

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/gbddeathdalycountryestimates\\_male\\_age\\_2004.xls](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbddeathdalycountryestimates_male_age_2004.xls)

24. ONUSIDA. Podemos empoderar a los jóvenes para que se protejan del VIH. [Internet]. Ginebra; 2010: 1-16. [Consultado 17/6/2011]. Disponible en:

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/2010-12-16\\_JC1830\\_young\\_people\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/2010-12-16_JC1830_young_people_es.pdf)

25. UNAIDS.org. Guatemala: estimaciones sobre el VIH y el SIDA (2009) [Internet]. [Consultado 17/6/2011]. Disponible en:

<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/guatemala/>

26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el seguimiento a la declaración de compromiso sobre el VIH y SIDA - UNGASS Guatemala [Internet]. Guatemala; 2007. [Consultado 18/6/2011].

Disponible en:

<http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/2008progressreportssubmittedbycountries/file,58018,es.pdf>

27. World Health Organization. Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002 Geneva [Internet]. Ginebra; 2006. [Consultado 23/6/2011]. Disponible en:

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

28. International Planned Parenthood Federation. Marco de la IPPF para la Educación Integral en Sexualidad [Internet]. Londres; 2006.

[Consultado 18/7/2011]. Disponible en:

<http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/D48D8C50-0B93-4593-9111-4B41A44BFC91/0/sexedSP.pdf>

29. International Planned Parenthood Federation. IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education [Internet]. Londres; 2010. [Consultado 11/6/2011]. Disponible en:

<http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/CE7711F7-C0F0-4AF5-A2D5-1E1876C24928/0/ComprehensiveSexEducation.pdf>

30. International Planned Parenthood Federation. From evidence to action: Advocating for comprehensive sexuality education [Internet]. Londres; 2009. [Consultado 11/6/2011]. Disponible en:

<http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/FB127CA3-4315-4959-BF99-F23BAB9F5AB4/0/SexEdAdvocacy.pdf>

31. National Guidelines Task Force. Guidelines for Comprehensive Sexuality Education [Internet]. 3<sup>rd</sup> ed. Nueva York. SIECUS (Sexuality Information and Education Council of the United States); 2004. [Consultado 13/6/2011]. Disponible en:

[http://www.siecus.org/\\_data/global/images/guidelines.pdf](http://www.siecus.org/_data/global/images/guidelines.pdf)

32. Siqueira H, Brito M, Sousa M. Changes in sexual behavior following a sex education program in Brazilian public schools. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. Rio de Janeiro; 2009; 25(5). [Consultado 14/6/2011]. Disponible en:

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500023&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

33. Centre for Development and Population Activities (CEDPA). Adolescent sexual & Reproductive health: A training manual for Program managers [Internet]. Catalyst consortium; 2003: 1-216. [Consultado 15/7/2011]. Disponible en:

<http://www.cedpa.org/content/publication/detail/662>

A74E5B89EFE0/0/TruthAboutMenBoysSexHighres.pdf

34. International Planned Parenthood Federation. The truth about men, boys and sex. Gender-transformative policies and programmes [Internet]. Londres; 2009. [Consultado 13/6/2011]. Disponible en:

<http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/F51FA844-86CD-439A-B824->

35. Kershner R, Hooper C, Gold M, Norwitz E, Illuzzi J. Adolescent Medicine: Attitudes, Training, and Experience Of Pediatric, Family Medicine, and Obstetric-Gynecology Residents. Yale J Biol Med [Internet]; 2009; 82(4): 129–141. [Consultado 25/6/2011]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2794488/?tool=pubmed>

36. National Children's Bureau. Faith, values and sex & relationships education [Internet]. National Children's Bureau for the Sex Education Forum. Londres; 2004: 1-6. [Consultado 15/6/2011]. Disponible en:

[http://www.ncb.org.uk/dotpdf/open%20access%20-%20phase%201%20only/ff\\_faith02\\_sef\\_2005.pdf](http://www.ncb.org.uk/dotpdf/open%20access%20-%20phase%201%20only/ff_faith02_sef_2005.pdf)

37. Gobierno de la República de Guatemala. Prevenir con educación: carta acuerdo entre el Ministerio de Educación y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala; 2010.

38. Congreso de la República de Guatemala. Decreto 87-2005. Diario de Centroamérica [Internet]. Guatemala; 2006. 17. [Consultado 19/6/2011]. Disponible en:

<http://docs.costa-rica.justia.com/nacionales/leyes/decreto-no-87-2005-nov-16-2005.pdf>

39. MINEDUC.gob.gt. Estadísticas Educativas [Internet]. Guatemala. [Consultado 18/7/2011]. Disponible en:

<http://www.mineduc.gob.gt/PORTAL/index.asp>

40. UNFPA. Catálogo de materiales, medios y documentos para la educación de la sexualidad producidos con el apoyo del UNFPA [Internet]. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe; México, D.F. 2007. [Consultado 29/7/2011]. Disponible en:

[http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/131/ed\\_sex\\_catalogo\\_m01.pdf?sequence=1](http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/131/ed_sex_catalogo_m01.pdf?sequence=1)

41. Barquero H, Huerta L, Jorge P. Programa de Educación para la Salud en adolescentes y jóvenes [Internet]. Comunidad de Madrid; Madrid. 2007. [Consultado 29/7/2011]. Disponible en:

[http://www.semmap.org/docs/areas\\_sanitarias/area6/ProgramaAdolescentes.pdf](http://www.semmap.org/docs/areas_sanitarias/area6/ProgramaAdolescentes.pdf)

## **9. ANEXOS**

### **9.1 Directrices para la completa educación sexual: conceptos clave y temas (31).**

Concepto clave 1: Desarrollo humano

Tema 1: Anatomía sexual y Reproductiva y Fisiología

Tema 2: Pubertad

Tema 3: Reproducción

Tema 4: Imagen del cuerpo

Tema 5: Orientación sexual

Tema 6: Identidad de género

Concepto clave 2: Relaciones

Tema 1: Las familias

Tema 2: Amistad

Tema 3: El amor

Tema 4: Las relaciones románticas y citas

Tema 5: El matrimonio y el compromiso

Tema 6: La crianza de los niños

Concepto clave 3: Habilidades personales

Tema 1: Valores

Tema 2: La toma de decisiones

Tema 3: Comunicación

Tema 4: Asertividad

Tema 5: Negociación

Tema 6: En busca de ayuda

Concepto clave 4: Comportamiento sexual

Tema 1: La sexualidad durante toda la vida

Tema 2: La masturbación

Tema 3: Comportamiento sexual compartido

Tema 4: La abstinencia sexual

Tema 5: Respuesta sexual humana

Tema 6: Fantasías sexuales



Tema 7: Disfunción sexual

Concepto clave 5: Salud sexual

Tema 1: Salud reproductiva

Tema 2: La anticoncepción

Tema 3: El embarazo y el cuidado prenatal

Tema 4: Aborto

Tema 5: Enfermedades de transmisión sexual

Tema 6: El VIH y el SIDA

Tema 7: El abuso sexual, violencia y el acoso

Concepto clave 6: Sociedad y cultura

Tema 1: Sexualidad y sociedad

Tema 2: Roles de género

Tema 3: La sexualidad y la ley

Tema 4: Sexualidad y religión

Tema 5: Diversidad

Tema 6: Sexualidad y medios de comunicación

Tema 7: La sexualidad y las artes

## 9.2 Propuesta de cuestionario de satisfacción para estudiantes

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer tu grado de satisfacción con la formación recibida en el Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva a fin de tomar las decisiones pertinentes para mejorarlo.

Tu opinión es anónima pero muy importante y será tomada en cuenta. Los datos generales que solicitamos al inicio del cuestionario son sólo para el análisis más completo de los resultados.

**INSTRUCCIONES (preguntas 1-4):** A continuación encontrarás una serie de preguntas. Responde con una X sobre la opción que te parezca adecuada:

1. Edad: 9-12 (\_\_\_)  
13-15 (\_\_\_)  
16-19 (\_\_\_)
2. Sexo: Masculino (\_\_\_)  
Femenino (\_\_\_)
3. Escuela o colegio: Público (\_\_\_)  
Privado (\_\_\_)
4. Grado que cursas: Primaria (\_\_\_)  
Básicos (\_\_\_)  
Diversificado (\_\_\_)

**INSTRUCCIONES (Preguntas 5- 13):**

Lee cuidadosamente cada pregunta y responde señalando con una X la opción que mejor refleje tu grado de satisfacción. Existen 4 opciones de respuesta y sólo puedes marcar una. Existe una casilla por si no sabes o no quieres contestar (NS/NC). Al final puedes escribir algún comentario si quieres.

5. Te ha gustado la visita realizada?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

6. Te han gustado los recursos utilizados?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

7. Te han gustado la forma de enseñar de los educadores?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

8. Quien de los educadores te ha gustado más y quien menos?

Educador	Menos	1	2	3	4	Más	NS/NC
Nombre 1							
Nombre 2							
Nombre 3							
Nombre 4							

9. Has aprendido acerca de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

10. Has aprendido acerca de anatomía, desarrollo humano o sexualidad en general?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

11. Has aprendido sobre el embarazo adolescente (si aplica)?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

12. Has aprendido sobre la planificación familiar (si aplica)?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

13. Has aprendido sobre las relaciones familiares y de pareja?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

14. Has aprendido sobre habilidades personales?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

15. Has aprendido sobre temas de género?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

**Sugerencias:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¡Gracias por tu participación!

### 9.3 Propuesta de cuestionario de satisfacción para maestros

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer tu grado de satisfacción con la formación recibida en el Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva a fin de tomar las decisiones pertinentes para mejorarlo.

Tu opinión es anónima pero muy importante y será tomada en cuenta. Los datos generales que solicitamos al inicio del cuestionario son sólo para el análisis más completo de los resultados.

**INSTRUCCIONES (preguntas 1-4):** A continuación encontrarás una serie de preguntas. Responde con una X sobre la opción que te parezca adecuada:

1. Edad: 20-30 (  )  
31-40 (  )  
41-50 (  )  
51-60 (  )  
Más de 60 (  )
2. Sexo: Masculino (  )  
Femenino (  )
3. Trabaja en escuela o colegio: Público (  )  
Privado (  )
4. Grado en que trabaja: Primaria (  )  
Básicos (  )  
Diversificado (  )

**INSTRUCCIONES (Preguntas 5- 13):**

Lee cuidadosamente cada pregunta y responde señalando con una X la opción que mejor refleje tu grado de satisfacción. Existen 4 opciones de respuesta y sólo puedes marcar una. Existe una casilla por si no sabes o no quieres contestar (NS/NC). Al final puedes escribir algún comentario si quieres.

5. Te ha gustado la visita realizada?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

6. Te han gustado los recursos utilizados?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

7. Te han gustado la forma de enseñar de los educadores?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

8. Quien de los educadores te ha gustado más y quien menos?

Educador	Menos	1	2	3	4	Más	NS/NC
Nombre 1							
Nombre 2							
Nombre 3							
Nombre 4							

9. Has aprendido acerca de la prevención de enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

10. Has aprendido acerca del desarrollo humano y sexualidad en general?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

11. Has aprendido sobre el embarazo adolescente?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

12. Has aprendido sobre la planificación familiar?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

13. Has aprendido sobre las relaciones familiares y de pareja?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

14. Has aprendido sobre habilidades personales?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

15. Has aprendido sobre temas de género?

Poco	1	2	3	4	Mucho	NS/NC

**Sugerencias:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¡Gracias por tu participación!

#### **9.4 Programa propuesto de una jornada docente en el Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva (en AM)**

##### **(Hora y actividad)**

7:45 Llegada de estudiantes y distribución en aulas

8:00 Test pre-evaluación

8:20 Proyección de una película: sexualidad

8:45 Discusión acerca de la película (debate interactivo)

9:15 Receso de 5 min.

9:20 Proyección de película: VIH/SIDA

9:40 Discusión acerca de la película (debate interactivo)

10:10 Receso

10:40 Taller embarazo adolescente y planificación familiar

11:45 *Role Play*: Habilidades personales/género

12:30 Fin de la sesión y cuestionario de satisfacción

12:45 Test post-evaluación

13:00 Fin de la jornada

## 10. RESUMEN

**Palabras clave:** Centro, educación integral en salud sexual y reproductiva, adolescentes, escuelas, Guatemala.

El propósito del presente plan es la creación de un Centro de Educación Integral en Salud Sexual y Reproductiva enfocado hacia la población escolar adolescente de la ciudad de Guatemala. Con ello se pretende mejorar el nivel de conocimientos de los y las adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva, capacitar a maestros en este campo, ofrecer educación de calidad y actualidad utilizando un método innovador de enseñanza y servir como centro de referencia nacional para la educación integral en salud sexual y reproductiva. A largo plazo la visita al Centro contribuirá con la mejora de algunos indicadores sanitarios de la ciudad capital. El Centro ofrecerá intervenciones educativas coherentes y sistemáticas con el objetivo de brindar información y de empoderar al adolescente escolar para que pueda llevar una vida sexual de forma sana, placentera y plena y para que pueda tomar decisiones concientes y responsables; se abordarán temas de género, sexualidad, desarrollo humano, planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA o violencia de pareja y de familia. Se involucrará a los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social y de Educación con el proyecto de tal forma que la visita al Centro quede incluida dentro del currículo escolar para los estudiantes de la ciudad capital. Se revisará el contenido temático y se redactará una guía para el Centro; se administrará luego el presupuesto correspondiente al tiempo en que se busque el lugar adecuado para la instalación del Centro. Después de ello se harán las adaptaciones requeridas. Se contratará posteriormente al personal pertinente y se harán las gestiones para la compra o adquisición de material y equipo necesarios. Se capacitará al personal y se pondrá en marcha un plan piloto que durará 2 meses. La visita al centro contará con la autorización escrita de cada alumno por parte de los padres de familia o del encargado legal y se promocionará el Centro en diferentes medios de comunicación. Se pasarán encuestas de satisfacción entre los escolares así como entre los maestros que visiten el Centro y luego de 2 meses el equipo de trabajo realizará una evaluación del funcionamiento; por último se redactará un informe general final.