



LAS NIÑAS, EL VIH/SIDA Y LA EDUCACIÓN

Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef 

LAS NIÑAS, EL VIH/SIDA Y LA EDUCACIÓN

ÍNDICE

CAPÍTULOS

Capítulo 1	El rostro cambiante del VIH/SIDA.....	1
Capítulo 2	Niñas y mujeres amenazadas	8
Capítulo 3	El poder de la educación de las niñas.....	12
Capítulo 4	Una llamada a la acción.....	18

RECUADROS

Recuadro 1	Compromisos mundiales.....	5
Recuadro 2	El asedio a la educación	7
Recuadro 3	Una escuela acogedora.....	11
Recuadro 4	El comportamiento sexual varía según el nivel educativo.....	17
Recuadro 5	Iniciativas internacionales para mejorar la educación de las niñas	21
Recuadro 6	“25 para 2005”, una Estrategia para lograr la igualdad de género en la educación.....	23
Recuadro 7	Los niños y niñas de México tienen nuevas oportunidades	25
Recuadro 8	Una escuela que promueve la salud	25

GRÁFICOS

Gráfico 1	En 11 países de África subsahariana, más del 15% de todos los niños y las niñas habían quedado huérfanos en 2003.....	2
Gráfico 2	Hay menos posibilidades de que los huérfanos acudan a la escuela.....	3
Gráfico 3	Los huérfanos tienen menos posibilidades de estar en el nivel educativo adecuado	4
Gráfico 4	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que tienen un conocimiento amplio y correcto del VIH.....	6
Gráfico 5	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que han escuchado hablar del VIH/SIDA y conocen tres maneras de evitar la infección por VIH.....	13
Gráfico 6	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que saben que una persona que parezca saludable puede transmitir el VIH.....	13
Gráfico 7	Hombres jóvenes (de 15 a 24 años) que saben que una persona que parezca saludable puede transmitir el VIH	13

Gráfico 8	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que saben dónde hacerse la prueba del VIH	14
Gráfico 9	Mujeres casadas (de 15 a 49 años) que informan haber discutido el VIH/SIDA con su compañero	14
Gráfico 10	Mujeres (de 15 a 49 años) en Zimbabwe que creen que está justificado que una mujer rechace tener relaciones sexuales con su marido.....	15
Gráfico 11	Mujeres (de 15 a 49 años) en Camboya que procuraron tratamiento para una infección sexualmente transmitida.....	15
Gráfico 12	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que utilizaron un preservativo en la última actividad sexual de alto riesgo	16
Gráfico 13	Hombres jóvenes (de 15 a 24 años) que utilizaron un preservativo en la última actividad sexual de alto riesgo	16

TABLAS

Tabla 1	Porcentaje de mujeres (de 15 a 24 años) que tienen un conocimiento amplio y correcto del VIH, según su nivel educativo	27
Tabla 2	Hombres jóvenes (de 15 a 24 años) que tienen un conocimiento amplio y correcto del VIH, según su nivel educativo	27
Tabla 3	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que saben que una persona que parezca saludable puede transmitir el VIH, según su nivel educativo	28
Tabla 4	Hombres jóvenes (de 15 a 24 años) que saben que una persona que parezca saludable puede transmitir el VIH, según su nivel educativo	29
Tabla 5	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que saben dónde hacerse la prueba del VIH, según su nivel educativo	30
Tabla 6	Hombres jóvenes (de 15 a 24 años) que saben dónde hacerse la prueba del VIH, según su nivel educativo.....	30
Tabla 7	Mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que utilizaron un preservativo en la última actividad sexual de alto riesgo, según su nivel educativo	31
Tabla 8	Hombres jóvenes (de 15 a 24 años) que utilizaron un preservativo en la última actividad sexual de alto riesgo, según su nivel educativo.....	31

REFERENCIAS	32
--------------------------	-----------

EL ROSTRO CAMBIANTE DEL VIH/SIDA

“La educación es crucial para obtener resultados contra la pandemia. De hecho, el UNICEF sigue convencido de que hasta que no se encuentre un remedio eficaz, la educación es uno de los instrumentos más efectivos para detener el VIH/SIDA”.

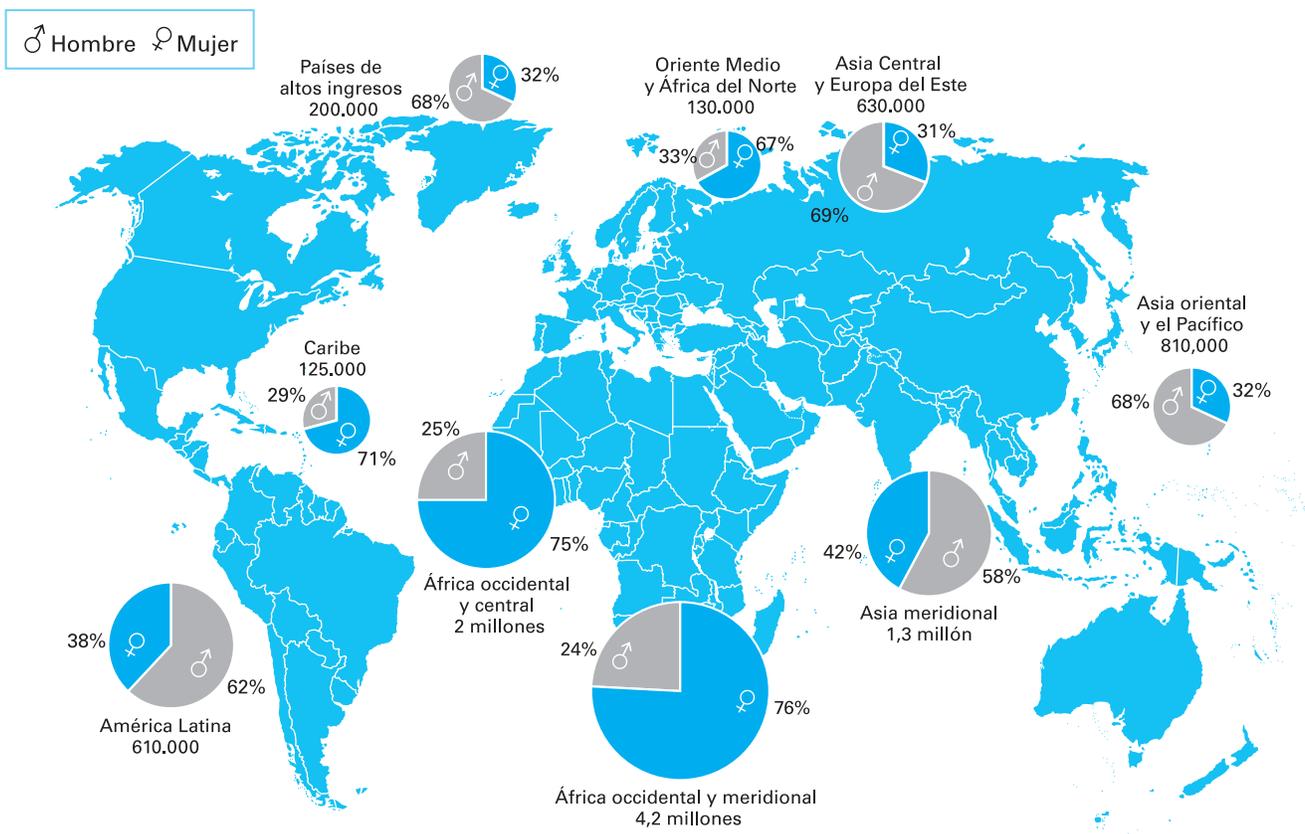
Carol Bellamy,
Directora Ejecutiva
UNICEF

En el centro de una tormenta que cobra cada vez más fuerza, los jóvenes de 15 a 24 años constituyen en la actualidad hasta una cuarta parte de los aproximadamente 38 millones de personas que viven con VIH/SIDA. Más de la mitad de los 5 millones de personas que contrajeron la enfermedad en 2003 tenían menos de 25 años. La mayoría de estas nuevas infecciones se produjeron entre mujeres jóvenes que, por razones que generalmente están más allá de su control, corren un mayor peligro de contraer el VIH, y quienes, por motivos que se explican sobre todo por las

desigualdades en materia de género, llevan la peor parte de la carga del VIH/SIDA.

Mientras que en Asia, Europa del Este y América Latina la mayoría de los jóvenes que son seropositivos siguen siendo varones, un 62% de las personas de 15 a 24 años que viven con VIH/SIDA en el mundo son mujeres (ver mapa más abajo). En África subsahariana, las mujeres jóvenes tienen tres veces más probabilidades que los hombres jóvenes de vivir con VIH/SIDA. En algunas zonas de la región, se sabe que más de una tercera parte de las mujeres jóvenes son seropositivas.

MÁS DE UN MILLÓN DE JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) VIVÍAN CON VIH/SIDA A FINALES DE 2003



Este mapa no refleja ninguna toma de posición por parte del UNICEF con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera.

Las líneas de puntos representan aproximadamente la Línea de Control en Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes no han llegado a ninguna resolución final sobre la situación de Jammu y Cachemira.

Fuente: UNICEF/ONUSIDA 2004

Pero la propagación de la pandemia no es una fuerza irreversible de la naturaleza que es preciso aceptar y a la que debemos adaptarnos. Sobre la base de análisis recientes de encuestas representativas de por lo menos 53 países, está claro que la educación, especialmente la educación de las niñas, puede dotar a los jóvenes de las actitudes, las aptitudes y los conocimientos necesarios para reducir el riesgo que corren. Los datos comparados entre países y regiones, y desagregados por niveles de educación, muestran que hay más probabilidades de que las mujeres y los hombres jóvenes con niveles superiores de educación tengan mayores conocimientos sobre el VIH/SIDA, una mejor comprensión de los métodos para evitar la infección y una posibilidad mayor de cambiar los comportamientos que les ponen en peligro de contraer la enfermedad.

Por tanto, está claro que, en ausencia de una vacuna, asegurar la calidad de la educación para todos los niños y las niñas es la mejor manera de proteger tanto los derechos como las vidas de los jóvenes amenazados por el VIH/SIDA.

NIÑOS Y NIÑAS AFECTADOS POR EL VIH/SIDA

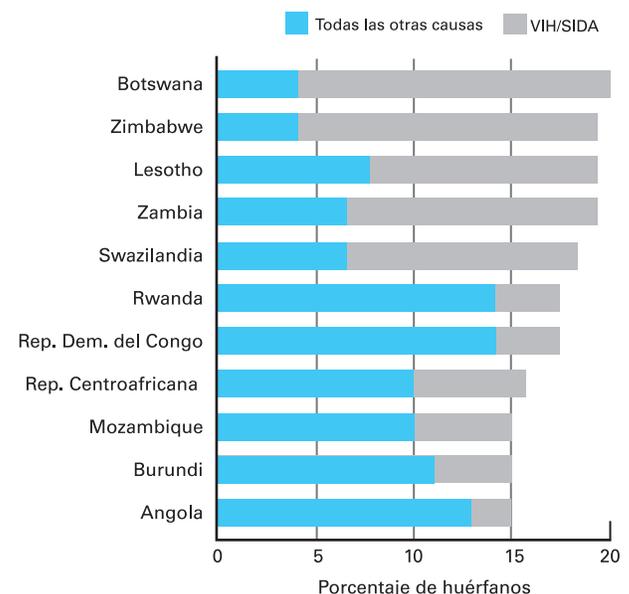
Otro aspecto que se deriva de los cambios demográficos del VIH/SIDA es el efecto que tiene la pandemia sobre la infancia. Además de los cerca de 2 millones de niños y niñas que viven con el virus, muchos millones más, aunque no son seropositivos, se encuentran en una situación vulnerable debido a la enfermedad, a medida que los miembros de sus familias y otros adultos que forman parte de sus vidas sucumben a los efectos del SIDA. Muy a menudo, estos niños y niñas tienen que abandonar la escuela para ocuparse de miembros enfermos de su familia o para aportar un ingreso suplementario en el hogar. Los niños y las niñas cuyos familiares están enfermos o agonizantes se encuentran traumatizados debido a ello y a menudo acaban abandonados con su dolor debido al aislamiento y el estigma que puede acompañar al SIDA.

La pandemia ha creado una generación de huérfanos. En todo el mundo, el número de huérfanos debido al SIDA aumentó drásticamente desde 11,5 millones en 2001

a 15 millones en 2003. El VIH/SIDA es especialmente catastrófico porque, al ser una enfermedad transmitida sexualmente, suele acabar con la vida de ambos progenitores. El número cada vez mayor de niños y niñas que han perdido a ambos progenitores amenaza el funcionamiento de los sistemas tradicionales de atención. Aunque muchos abuelos o hermanos y hermanas mayores están encargándose del cuidado de estos niños y niñas, muchos otros no tienen a menudo ningún pariente a quién recurrir y podrían sufrir hambre, pobreza y discriminación.

En África subsahariana viven alrededor de 12,3 millones de niños y niñas que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al VIH/SIDA. En 11 de los 43 países de la región, por lo menos un 15% de los niños y las niñas han quedado huérfanos¹ (ver Gráfico 1 más arriba). En 5 de estos 11 países, el SIDA es la causa de la muerte de los progenitores en más de un 50% de los casos². Para 2010, más de 18 millones de niños y niñas de esta región habrán perdido a uno o a ambos progenitores debido a la enfermedad³.

GRÁFICO 1
EN 11 PAÍSES DE ÁFRICA SUBSAHARIANA, MÁS DEL 15% DE TODOS LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS HABÍAN QUEDADO HUÉRFANOS EN 2003



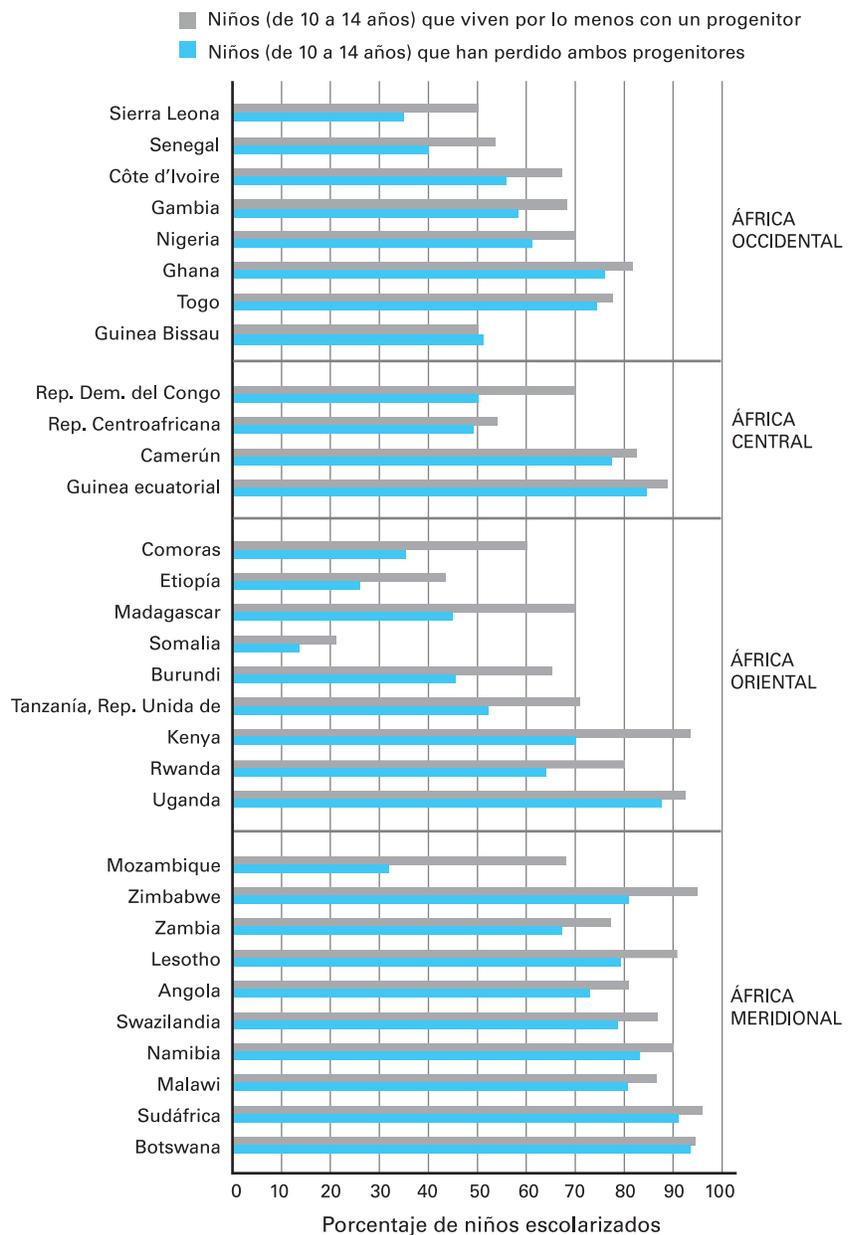
Fuente: ONUSIDA, UNICEF y USAID, *Niños al borde del abismo* 2004, julio 2004.

Una reducción de la atención y la protección que ofrecen los progenitores, además de representar un empeoramiento inevitable de las dificultades económicas para estas familias, significa que los niños y las niñas vulnerables, incluidos los huérfanos, suelen quedar privados de la posibilidad de recibir una educación. No acudir a la escuela podría impedirles aprender acerca del VIH/SIDA y sobre cómo evitar la infección. También podrían quedar más expuestos al abuso y la explotación, lo que aumenta aún más el riesgo de que contraigan la enfermedad.

Datos recientes procedentes de África subsahariana señalan que los niños y niñas de 10 a 14 años que habían perdido a ambos progenitores tenían menos probabilidades de acudir a la escuela que sus coetáneos que vivían por lo menos con un progenitor (ver Gráfico 2). Estudios de Kenya, la República Unida de Tanzania y Zambia llegaron a la conclusión de que incluso cuando los huérfanos asisten al escuela, tienen menos probabilidades de encontrarse en el grado adecuado para su grupo de edad que los que no son huérfanos (ver Gráfico 3 en la página 4).

La ironía es que los huérfanos no suelen recibir una educación de calidad, que es precisamente lo que necesitan para protegerse contra el VIH.

GRÁFICO 2
HAY MENOS POSIBILIDADES DE QUE LOS HUÉRFANOS ACUDAN A LA ESCUELA



Fuente: Encuestas demográficas y de salud, 1997-2001.

UN COMPROMISO INTERNACIONAL

Ante la magnitud de estos problemas, la comunidad internacional ha tratado de formular estrategias y preparar medidas para combatir el VIH/SIDA. La Declaración de Compromiso, aprobada por 189 gobiernos durante el período extraordinario de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en 2001,

estableció metas de prevención y puntos de referencia que será preciso cumplir en 2015 para cambiar el curso de la pandemia (ver Recuadro 1 en la página 5).

Una meta fundamental relacionada con los jóvenes –que tengan acceso a la información y las aptitudes que necesitan para reducir el

riesgo de infección– se mide sobre la base de los conocimientos que los hombres y las mujeres jóvenes tienen sobre el VIH/SIDA. De los 47 países con datos disponibles para este indicador, ninguno tiene probabilidades de alcanzar la primera meta, lograr que un 90% de los las personas de 15 a 24 años tengan un conocimiento correcto y amplio del VIH/SIDA en 2005. En la mayoría de los países, las personas que tienen menos capacidad para confrontar el VIH son inevitablemente aquellos que tienen el nivel más bajo de educación (ver Gráfico 4 en la página 6).

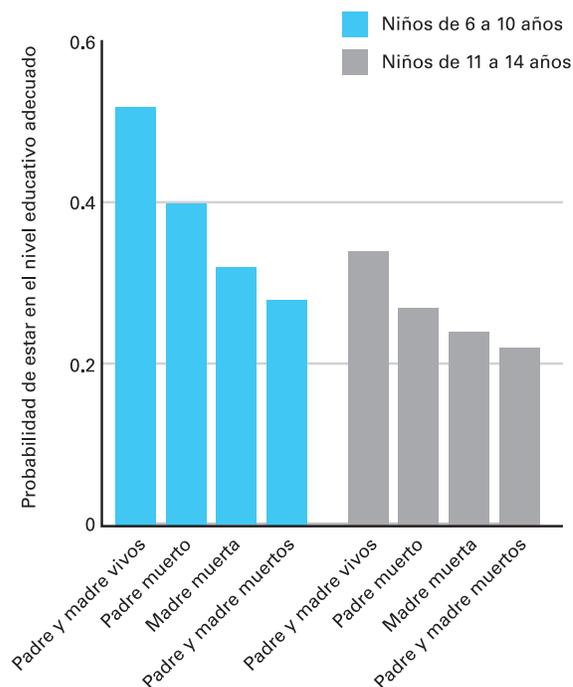
UNA RESPONSABILIDAD PARA LOS EDUCADORES

Los datos que reflejan la relación entre el nivel de educación y la prevalencia del VIH/SIDA subrayan algo que la gente ya sabía de manera intuitiva: que la educación es una de las mejores defensas contra la infección por VIH. Para cambiar el rumbo de la pandemia, es preciso que tanto las niñas como los niños disfruten por igual de una educación básica de buena calidad y una educación basada en las enseñanzas para una vida práctica que tenga en cuenta la prevención del VIH/SIDA. Es preciso ampliar la escala de las actividades que han dado resultados, asegurando a las niñas el derecho a una educación.

Nunca antes la educación de calidad había sido una fuerza tan poderosa para quebrar el dominio de una epidemia mortal. Los educadores disponen de una oportunidad extraordinaria –y tienen la responsabilidad de aprovecharla– para proporcionar a los niños, las niñas y los jóvenes un espacio seguro en el que comprender y salir adelante en un mundo dominado por el VIH/SIDA. La educación representa la mejor oportunidad no solamente para difundir información crucial sobre el VIH/SIDA, sino también para dejar atrás la ignorancia y el temor, y las actitudes y las prácticas que perpetúan la infección. Pero la educación en sí misma se encuentra asediada (ver Recuadro 2 en la página 7).

GRÁFICO 3 LOS HUÉRFANOS TIENEN MENOS POSIBILIDADES DE ESTAR EN EL NIVEL EDUCATIVO ADECUADO

Probabilidad de encontrarse en el nivel educativo adecuado en Kenya, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe, 1998 y 1999



Fuente: Bicego, G., S. Rutstein y K. Johnson. 'Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa', *Social Science & Medicine*, vol. 58, no. 6, marzo de 2003, págs. 1235-1247.

COMPROMISOS MUNDIALES

Objetivos de desarrollo del Milenio relacionados con el VIH/SIDA, la educación y las niñas (septiembre de 2000):

- Lograr la enseñanza primaria universal. Velar por que todos los niños y niñas puedan terminar para 2015 un ciclo completo de enseñanza primaria.
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para 2015.
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA. Detener y comenzar a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Marco de Acción de Dakar relacionado con la educación de las niñas (abril de 2000):

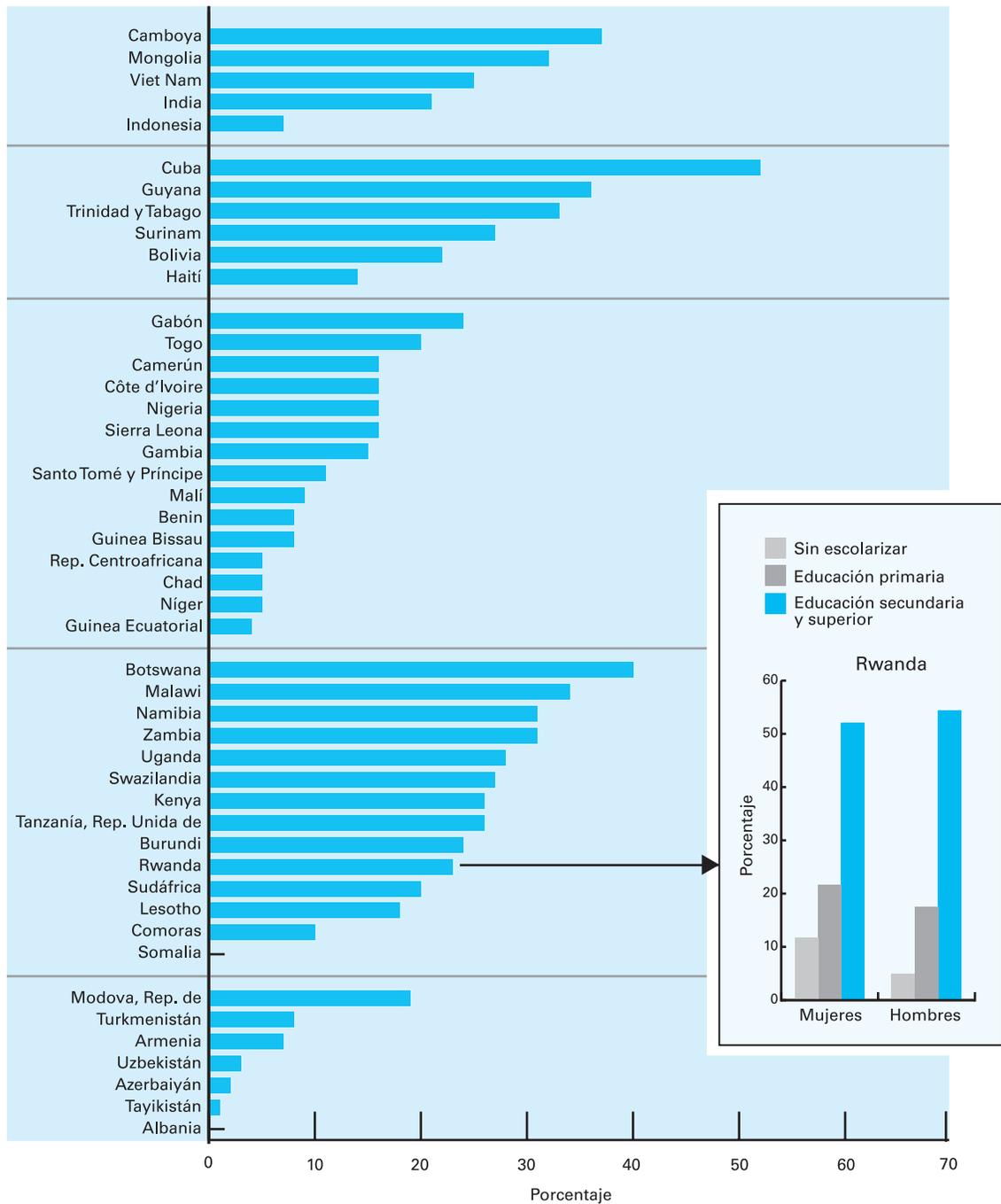
- Velar por que antes del año 2015 todos los niños, y sobre todo las niñas y los niños que se encuentran en situaciones difíciles y los que pertenecen a minorías étnicas, tengan acceso a una enseñanza primaria gratuita y obligatoria de buena calidad y la terminen.
- Velar por que sean atendidas las necesidades de aprendizaje de todos los jóvenes y adultos mediante un acceso equitativo a un aprendizaje adecuado y a programas de preparación para la vida activa.
- Suprimir las disparidades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria de aquí al año 2005 y lograr antes del año 2015 la igualdad entre los géneros en relación con la educación, en particular garantizando a las niñas un acceso pleno y equitativo a una educación básica de buena calidad, así como un buen rendimiento.

Período extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, metas más importantes (junio de 2001):

- Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, y para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a la información, la educación, incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en plena colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud.
- Para 2003, elaborar y para 2005, poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de: establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y a las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, y asegurándoles escolarización y acceso a vivienda, buena nutrición y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños; y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho de sucesión.

GRÁFICO 4

MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE TIENEN UN CONOCIMIENTO AMPLIO Y CORRECTO DEL VIH*



*Un conocimiento amplio y correcto implica que pueden identificar dos métodos para evitar la transmisión del VIH (limitar los compañeros sexuales y utilizar preservativos) y conocen tres errores sobre la transmisión del VIH.

Fuentes: Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples, Encuestas Demográficas y de Salud, y otras encuestas representativas a nivel nacional, 1998-2003.

EL ASEDIO A LA EDUCACIÓN

La pandemia del VIH/SIDA ha destruido el sector educativo en muchos países, privando a las escuelas de recursos fundamentales, tanto humanos como económicos.

En los países más afectados por el VIH/SIDA, la disponibilidad de las escuelas ha descendido enormemente. Un número considerable de maestros están enfermos, agonizantes o tienen que ocuparse de miembros enfermos de sus familias. A finales de los años 1990, por ejemplo, más de 100 escuelas tuvieron que cerrar en la República Centroafricana debido a las muertes relacionadas con el SIDA. En 2000, el SIDA fue responsable de un 85% de las muertes de 300 maestros en ese país, según se informó⁴.

La calidad de la educación ha descendido también en muchas regiones. La enfermedad y la muerte del personal cualificado amenaza la gestión del sistema educativo. Las escuelas rurales pierden a menudo a sus empleados debido a que los maestros afectados por el VIH se trasladan a las zonas urbanas para que ellos o los miembros enfermos de sus familias puedan estar más cerca de los hospitales y de otros servicios de atención de la salud. En Malawi, por ejemplo, la relación entre alumno y maestro en algunas escuelas aumentó a 96 por 1, como resultado de las enfermedades relacionadas con el SIDA⁵. La calidad es una víctima más en las clases repletas de alumnos, con recursos limitados y con maestros y administradores que no disponen de la calificación necesaria.

Es preciso fortalecer el sector educativo para abordar estas cuestiones y proporcionar una educación de buena calidad a todos los niños y las niñas.

NIÑAS Y MUJERES AMENAZADAS

“¿Por qué son las mujeres más vulnerables a la infección? ¿Por qué es así, incluso cuando no son ellas quienes tienen más compañeros sexuales fuera del matrimonio ni suelen ser más proclives que los hombres a inyectarse drogas? Por lo general, porque las desigualdades de la sociedad las colocan en situación de riesgo, un riesgo injusto y desmesurado.”

Kofi A. Annan
Secretario General
Naciones Unidas

No es posible explicar toda la historia de por qué el VIH/SIDA se propaga a través de una comunidad analizando únicamente las cifras. El acceso a la educación no conseguirá cambiar el rumbo de la pandemia si no sirve para habilitar a las mujeres jóvenes ni para asegurar que todos los niños y las niñas tengan los mismos derechos.

Las disparidades de género se encuentran entre los factores más importantes que aumentan el riesgo de las mujeres de contraer el VIH y les obligan a llevar la peor parte de la enfermedad. Los desequilibrios de género son responsables de que los riesgos y las consecuencias de contraer el VIH difieran de forma muy considerable para las niñas y los niños y para las mujeres y los hombres jóvenes, debido a una serie de factores biológicos, sociales y económicos que se combinan en una red compleja reforzada por la pobreza.

Debido a que las niñas y las mujeres tienen más probabilidades de ser más pobres y haber recibido menos instrucción que los hombres, también tienen más posibilidades de estar sometidas a los hombres financiera y socialmente. Este desequilibrio de poder reduce las opciones de que disponen las mujeres jóvenes para entablar una relación con un hombre en pie de igualdad, para decidir si deben tener relaciones sexuales y en qué momento, e incluso para opinar sobre si las relaciones sexuales son seguras. Además, la pobreza impide a las mujeres pobres recibir una atención de la salud y una educación adecuadas, dos elementos esenciales para evitar el VIH/SIDA.

UN MAYOR RIESGO

El riesgo de contraer la infección mientras practican relaciones sexuales sin protección es cuatro veces mayor para las mujeres que para los hombres⁶. Para las niñas, el riesgo puede ser incluso más grande. El tracto genital femenino que no se ha desarrollado bien aún puede desgarrarse fácilmente durante la actividad sexual, especialmente si es por la fuerza o violenta, aumentando las posibilidades de una exposición a las infecciones.

En muchas sociedades, las normas y las expectativas en materia de género llevan a que las mujeres estén poco informadas sobre sus cuerpos y su salud sexual. Muy a menudo carecen de acceso a servicios de salud,

especialmente de atención de la salud de la reproducción, lo que les impide recibir el tratamiento y la información necesarios sobre los peligros del VIH. Además, las costumbres culturales pueden alentar el que los hombres tengan muchas compañeras sexuales. El resultado es que la compañera de un hombre sigue corriendo el riesgo de contraer el VIH incluso cuando le es fiel⁷.

CON CONSECUENCIAS MÁS GRAVES

Los desequilibrios en el poder son el elemento central de la violencia contra las niñas y las mujeres, y esto agrava más aún las repercusiones del VIH/SIDA sobre sus vidas. Las mujeres jóvenes no se encuentran seguras ni siquiera en sus propios hogares. El alcance de la violencia familiar, especialmente del abuso sexual, es difícil de cuantificar. Existe una conspiración de silencio que permite que el abuso físico y sexual de las niñas y de las mujeres jóvenes se mantenga a puertas cerradas. Se calcula que 40 millones de niños y de niñas son objeto de abuso todos los años en todo el mundo⁸. Pero la mayor parte de los casos siguen manteniéndose ocultos.

Dentro y fuera del hogar, las niñas y las mujeres confrontan la discriminación y el peligro. Una encuesta amplia de carácter nacional realizada entre alumnas de escuela secundaria en Kenya observó que un 40% de todas aquellas que dijeron haber tenido una relación sexual, indicaron que su primera experiencia había sido por la fuerza o que "les engañaron para tener relaciones sexuales⁹". En algunas regiones, los hombres seropositivos obligan a las niñas a tener relaciones sexuales con ellos porque creen, erróneamente, que tener una relación sexual con una mujer virgen puede curar el SIDA.

La falta de poder y la desigualdad conducen a que las mujeres tengan menos posibilidades de saber cómo pueden protegerse contra la infección y, si lo saben, sean menos capaces de exigir la utilización de un preservativo o de procurar servicios de la salud de la reproducción. Un estudio en Botswana realizado en 12 escuelas de cuatro distritos descubrió que un 48% de las mujeres jóvenes sexualmente activas no habían utilizado nunca un preservativo durante una relación sexual¹⁰.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS ESCUELAS

La educación es un instrumento importante en la lucha contra el VIH/SIDA. Pero aunque la mayoría de las escuelas son acogedoras para la mayoría de los niños y las niñas, otras escuelas no logran proporcionar la protección necesaria para que sus pupilos progresen y, de hecho, podrían exponer a los jóvenes –especialmente a las niñas– a la violencia.

Algunos ambientes escolares pueden contribuir a la violencia de género. A menudo, en las clases abundan los estereotipos de género y las desigualdades, y en ellas se espera un comportamiento y una función diferentes de las niñas que de los niños. La violencia de género en la escuela tiene muchas facetas. El hostigamiento sexual, los avances sexuales agresivos o no deseados, los tocamientos, los manoseos, la intimidación, el abuso verbal o los asaltos sexuales son formas explícitas de violencia de género que pueden ocurrir en los entornos escolares.

Las escuelas que no son seguras o que promueven la disparidad en materia de género fomentan desigualdades que duran toda la vida. Estos entornos hostiles socavan la educación para la prevención del VIH/SIDA debido a que el programa de estudios enseña una cosa y el ambiente promueve todo lo contrario.

En un entorno educativo en el Ecuador, un 22% de las niñas adolescentes informaron que habían sufrido abusos sexuales en la escuela¹¹. Un estudio de Human Rights Watch sobre la violencia en 8 escuelas sudafricanas en KwaZulu-Natal, Gauteng y en el Cabo occidental, descubrió que en muchas escuelas abundaban los casos de abuso sexual y hostigamiento de las niñas por parte tanto de los maestros como de otros estudiantes. Las niñas eran víctimas de violaciones en los urinarios, dormitorios y en las aulas vacías de la escuela¹².

Quienes cometen actos de violencia de género en la escuela son por lo general compañeros mayores, pero también hay maestros entre los culpables. Un estudio realizado en 2003 en Dodowa (Ghana) reveló que los maestros eran responsables de un 5% de estos asaltos. Además, una tercera parte de los maestros entrevistados dijeron que conocían por lo menos a un maestro que había tenido una relación sexual con estudiantes¹³.

Hay varias medidas en marcha para contrarrestar la violencia de género en las escuelas. Por ejemplo, el Estudio sobre la violencia contra los niños, encargado por el Secretario General de las Naciones Unidas, se basará en todos los datos que ya se conocen sobre este fenómeno y tratará de definir intervenciones para eliminar esta amenaza contra los jóvenes. El estudio analiza todas las instituciones que puedan lograr cambios en esta esfera, especialmente las escuelas y otros entornos educativos¹⁴.

UNA EDUCACIÓN PARA TRANSFORMAR LAS RELACIONES ENTRE LOS GÉNEROS

La educación puede o bien reproducir los desequilibrios sociales y las desigualdades, o bien transformar las sociedades.

A fin de eliminar la pandemia del VIH/SIDA, la comunidad internacional debe, para comenzar, cumplir con la promesa de lograr una educación universal. Pero es preciso avanzar más allá de la simple obligación de proporcionar un acceso equitativo a la educación, y asegurar la misma calidad en el proceso, el contenido y la experiencia de la educación.

Aunque el acceso a las clases de educación para una vida activa, y su disponibilidad, son importantes para poner fin a la propagación del VIH/SIDA, también lo es un entorno escolar que sea acogedor para los alumnos, que promueva la igualdad y la equidad, y que proteja los derechos de todos los niños y las niñas por igual (*ver el Recuadro 3 en la página 11 y el Capítulo 4 en la página 18*).

Para cambiar el rumbo de la pandemia, los jóvenes deben recibir una educación de buena calidad en un entorno seguro que incluya vínculos con los servicios escolares y comunitarios. Todos estos ingredientes permitirán a los jóvenes obtener conocimientos, aprender destrezas, cambiar sus actitudes y, en última instancia, adquirir los comportamientos necesarios para protegerse de la infección.

Y a su vez, los beneficios de la educación se propagarán más allá de las paredes de la escuela y conseguirán eliminar las disparidades sociales que de otro modo seguirían dejando a las mujeres jóvenes en peligro de contraer el VIH/SIDA.

RECUADRO 3

UNA ESCUELA ACOGEDORA

- Es sensible en materia de género tanto para las niñas como para los niños
- Protege a los niños y las niñas; no hay castigos corporales, ni trabajo infantil ni hostigamiento físico, sexual o mental
- Integra a los niños y las niñas en una aprendizaje activo y participativo
- Integra a todos los niños y las niñas, a las familias y las comunidades; es especialmente sensible hacia los problemas de los niños y niñas más vulnerables, a quienes protege
- Es sana; dispone de agua potable y saneamiento adecuado, con retretes separados para las niñas
- Enseña a los niños y a las niñas aptitudes para la vida activa y cuestiones sobre el VIH/SIDA

EL PODER DE LA EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS

“Un estudio tras otro nos ha revelado que no hay un instrumento para el desarrollo más eficaz que la educación de las niñas. Ninguna otra política tiene las mismas probabilidades de aumentar la productividad económica reducir la mortalidad infantil y derivada de la maternidad, mejorar la nutrición y promover la salud, inclusive ayudar a evitar la propagación del VIH/SIDA.”

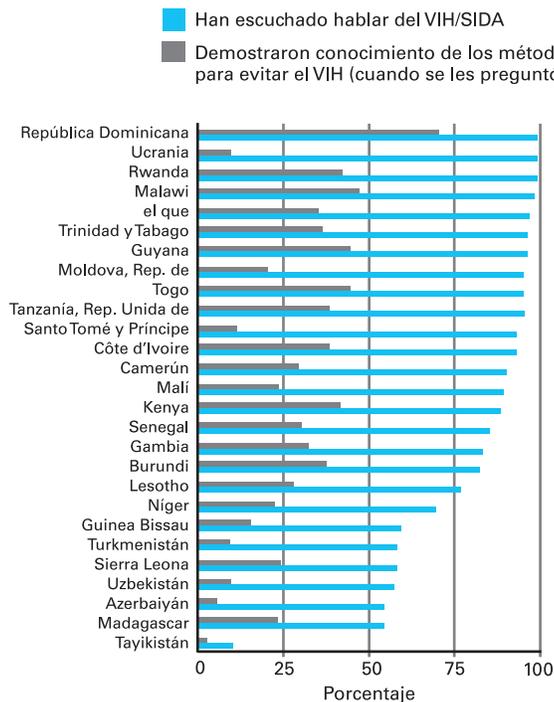
Kofi A. Annan
Secretario General
Naciones Unidas

OBTENER CONOCIMIENTOS

El principio fundamental de la educación para la prevención del VIH/SIDA es que todas las personas tienen el derecho a saber qué es el VIH, cómo se trasmite y cuál es el mejor método para evitar la infección, y que es preciso tomar medidas dirigidas a quienes son más vulnerables y tienen mayores probabilidades de lograr cambios: los jóvenes en general y especialmente las niñas.

Resulta alarmante que la mayoría de los jóvenes en el mundo en desarrollo sepan muy poco sobre los tres métodos principales para evitar la infección. Aunque muchas mujeres han escuchado hablar del SIDA, menos de la mitad de las mujeres jóvenes entrevistadas en 26 de 27 países eran capaces de definir estos tres métodos: la abstinencia, la fidelidad por parte de ambos compañeros y la utilización de los preservativos (ver Gráfico 5, más abajo).

GRÁFICO 5
MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE HAN ESCUCHADO HABLAR DEL VIH/SIDA Y CONOCEN TRES MANERAS DE EVITAR LA INFECCIÓN POR VIH*

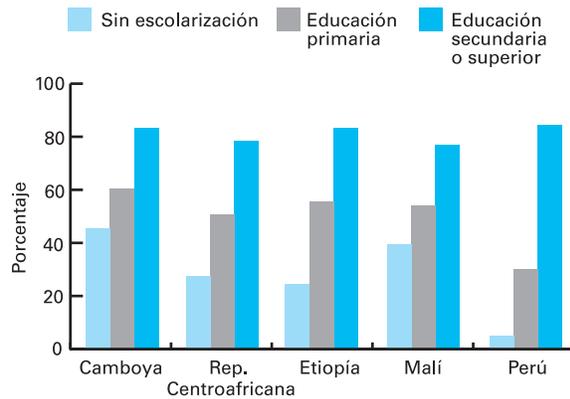


* Abstinencia, fidelidad y preservativos.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, y otras encuestas representativas a nivel nacional, 2000-2002.

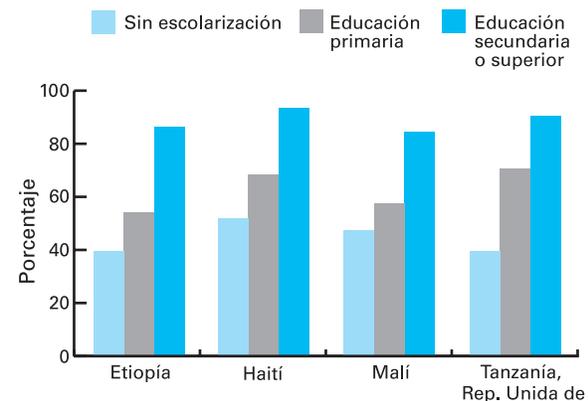
Una serie de datos analizados recientemente han permitido establecer un vínculo directo entre la educación y un conocimiento adecuado acerca del VIH. En Etiopía, más de cuatro de cada cinco mujeres jóvenes de 15 a 24 años que habían recibido una educación sabían que una persona cuyo aspecto parece saludable puede ser seropositiva, en comparación con menos de una cuarta parte de las mujeres que no habían recibido ninguna educación (ver Gráficos 6 y 7 más abajo). Las mujeres jóvenes que habían recibido una educación tenían también más

GRÁFICO 6
MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE SABEN QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE PUEDE TRANSMITIR EL VIH



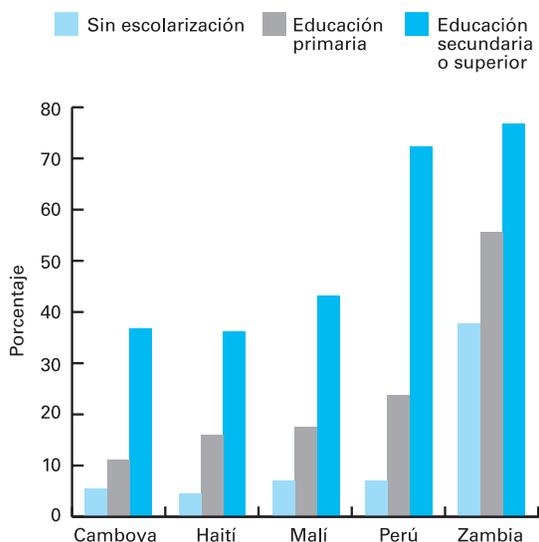
Fuentes: Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples y Encuestas Demográficas y de Salud, 2000-2001.

GRÁFICO 7
HOMBRES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE SABEN QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE PUEDE TRANSMITIR EL VIH



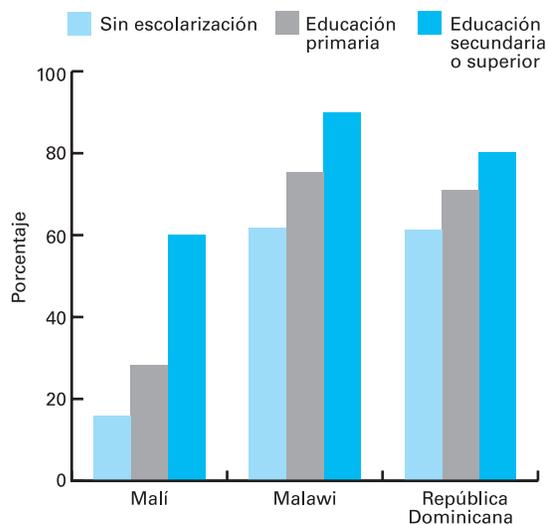
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1999-2001.

GRÁFICO 8
MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE SABEN DONDE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2000-2002.

GRÁFICO 9
MUJERES CASADAS (DE 15 A 49 AÑOS) QUE INFORMAN HABER HABLADO SOBRE EL VIH/SIDA CON SU COMPAÑERO



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2000-2002.

probabilidades de saber adónde podían acudir para someterse a una prueba del VIH (ver Gráfico 8 a la izquierda).

APRENDER APTITUDES Y CAMBIAR LAS ACTITUDES

La educación sobre el VIH/SIDA en la escuela no debe ser un aditamento del programa de estudios. Tiene que formar parte de una educación integral sobre la salud basada en el aprendizaje de aptitudes y debe incorporarse en el programa de estudios principal. Como mínimo, los jóvenes deben aprender lo que es el VIH, cómo se trasmite y cómo evitar la infección.

Pero el conocimiento por sí solo es insuficiente. Para que den resultados, los programas educativos deben promover también el pensamiento crítico, la toma de decisiones y las aptitudes interpersonales y para la comunicación, todo lo cual sirve de apoyo a la adopción de comportamientos sanos y la reducción de los comportamientos de alto riesgo.

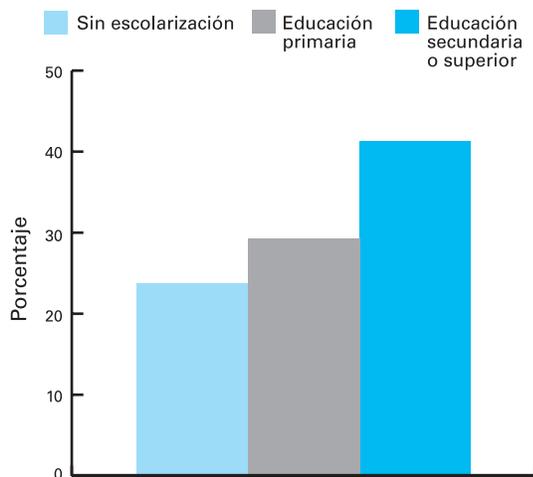
La prevención del VIH/SIDA no se refiere únicamente a la reducción de los riesgos individuales, sino que debe abordar cuestiones más amplias que favorecen la propagación de la infección. La educación basada en aptitudes para la vida práctica es interactiva y permite a los jóvenes analizar las creencias sobre la cultura y la sociedad. Los debates sobre las funciones, los derechos y las responsabilidades de cada género, la discriminación, las relaciones de poder y el estigma social ayudan a los jóvenes a establecer y proteger sus límites personales, así como a negociar las relaciones. Estas discusiones subjetivas son tan importantes como una objetiva presentación de los hechos.

Las encuestas indican que hay más probabilidades de que las mujeres casadas que han recibido una educación hablen con su marido sobre el VIH y sepan que tienen derecho a negarse a practicar relaciones sexuales con él (ver el Gráfico 9 a la izquierda y el Gráfico 10 en la página 15¹⁵).

Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en cinco países mostraron también que las

GRÁFICO 10

MUJERES (DE 15 A 49 AÑOS) EN ZIMBABWE QUE CREEN QUE ESTÁ JUSTIFICADO QUE UNA MUJER RECHACE TENER RELACIONES SEXUALES CON SU MARIDO



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1999.

mujeres más instruidas tenían más probabilidades de procurar tratamiento para las infecciones transmitidas sexualmente¹⁶. Estas enfermedades sexuales pueden aumentar la posibilidad de contraer el VIH y por tanto una detección temprana y el consiguiente tratamiento reducen en gran medida el riesgo de infección. En Camboya, por ejemplo, menos de una tercera parte de las mujeres que no habían recibido una educación buscaban tratamiento, en comparación con dos terceras partes de las mujeres que por lo menos habían recibido una educación secundaria (ver Gráfico 11 más abajo a la izquierda).

NUEVOS COMPORTAMIENTOS

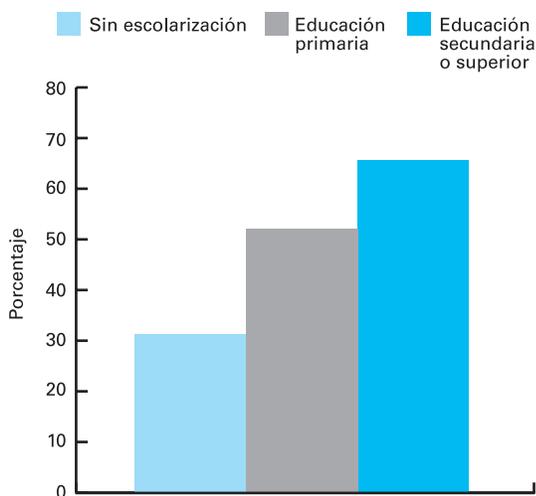
En gran parte del mundo, las niñas y los niños comienzan a practicar actividades sexuales durante la adolescencia, y una proporción considerable ha indicado que su primera experiencia sexual se produjo antes de los 15 años. En 24 de 43 países con encuestas nacionales, más de un 10% de las niñas de 15 a 19 años dijeron haber practicado relaciones sexuales antes de los 15 años¹⁷.

Hay pruebas muy firmes que indican que posponer la iniciación sexual es fundamental para reducir la infección del VIH/SIDA. En el caso de las mujeres jóvenes, la educación desempeña un importante papel a la hora de retrasar el encuentro sexual. Un análisis reciente realizado en ocho países subsaharianos observó que las mujeres con ocho o más años de escolarización tenían de un 47% a un 87% menos probabilidades de practicar relaciones sexuales antes de los 18 años que las mujeres sin escolarización¹⁸.

También hay pruebas que indican que la educación mejora la posibilidad que tiene la joven de utilizar preservativos o de abstenerse de practicar una actividad sexual de alto riesgo. Encuestas en 22 países indicaron que existía un vínculo entre la educación superior y un mayor uso de preservativos en encuentros sexuales de alto riesgo (ver Gráficos 12 y 13 en la página 16 y Tablas 7 y 8 en la página 31), mientras que encuestas realizadas en Haití, Malawi,

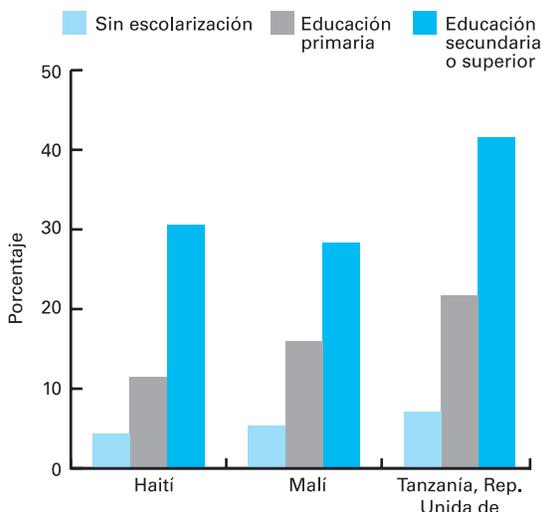
GRÁFICO 11

MUJERES (DE 15 A 49 AÑOS) EN CAMBOYA QUE PROCURARON TRATAMIENTO PARA UNA INFECCIÓN SEXUALMENTE TRANSMITIDA



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2000.

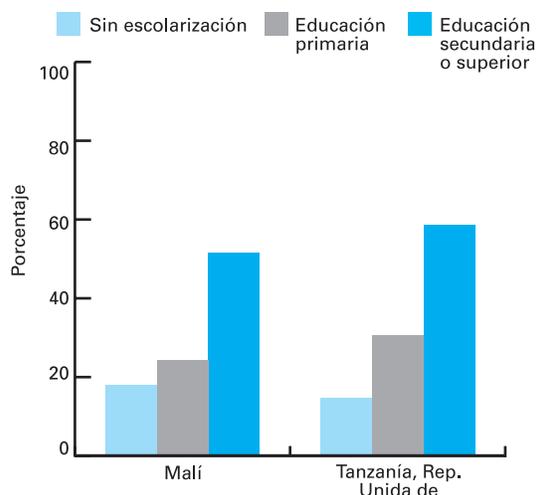
GRÁFICO 12
MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE UTILIZARON UN PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA ACTIVIDAD SEXUAL DE ALTO RIESGO*



*Actividad sexual de alto riesgo se define como una relación sexual con un compañero con el que no está casada o no cohabita.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1999-2001.

GRÁFICO 13
HOMBRES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE UTILIZARON UN PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA ACTIVIDAD SEXUAL DE ALTO RIESGO*



*Actividad sexual de alto riesgo se define como una relación sexual con una compañera con la que no está casado o no cohabita.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1999-2001.

Uganda y Zambia vinculaban la educación sexual con la existencia de menos compañeros sexuales¹⁹.

Los vínculos entre la educación superior y una conducta de bajo riesgo es sorprendentemente uniforme en todas las regiones descritas aquí.

LA POSIBILIDAD DE PONER FIN A LA PANDEMIA

La educación de calidad habilita a los individuos proporcionándoles las informaciones y las aptitudes necesarias para tomar decisiones con conocimiento de causa y adoptar comportamientos que reduzcan el riesgo de contraer la infección por VIH. Una información verídica sobre la sexualidad, la salud de la reproducción y el VIH/SIDA, junto a los conocimientos para una vida práctica y el acceso a los servicios, son una parte integral de una educación sana de calidad.

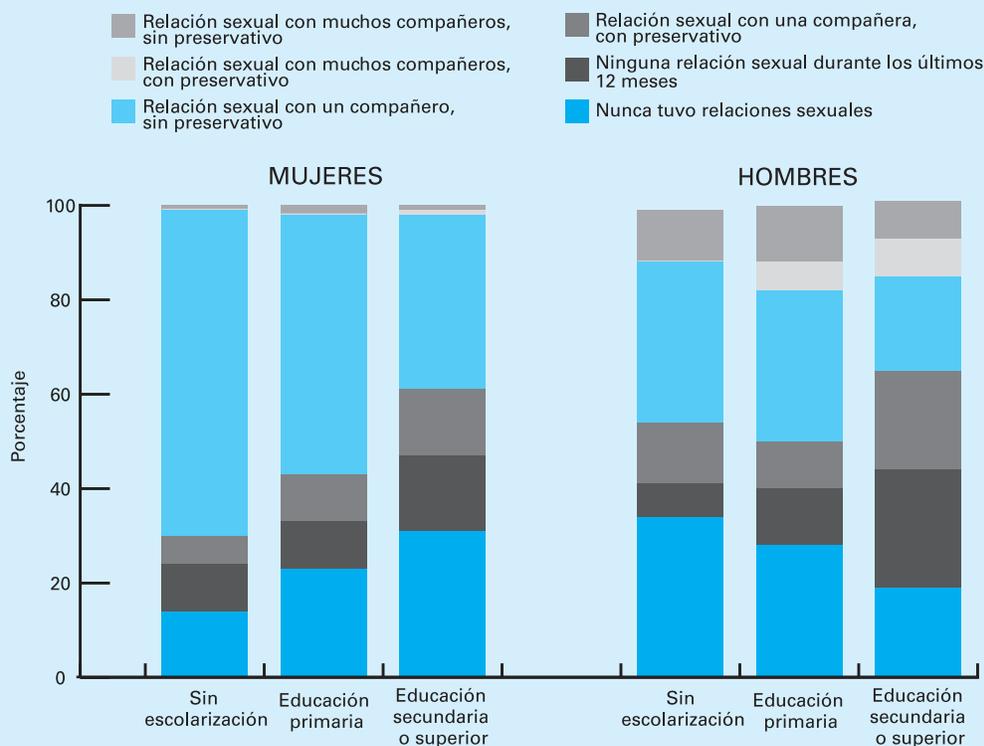
El potencial de la educación de calidad no se aprovechará a menos de que abarque por igual a las niñas y a los niños. De hecho, el VIH/SIDA no será eliminado a menos que uno de los elementos principales de la respuesta sea la defensa de los derechos humanos de la mujer y de la niña²⁰.

RECUADRO 4

EL COMPORTAMIENTO SEXUAL VARÍA SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN

El gráfico que aparece a continuación presenta la conducta de mayor riesgo en la parte superior del gráfico, y la de menor riesgo en la parte inferior. Hay más posibilidades de que las mujeres que han recibido educación secundaria y superior retrasen su inicio sexual, mientras que hay más probabilidades de que aquellas que carecen de instrucción tengan relaciones sexuales con un compañero que no utilice preservativos. Sin embargo, el panorama es menos claro en el caso de los hombres. Hay más probabilidades de que los hombres que no han recibido una educación se abstengan, mientras que los hombres jóvenes más instruidos tienen más posibilidades de utilizar preservativos con sus compañeras.

COMPORTAMIENTO SEXUAL ENTRE MUJERES Y HOMBRES (DE 15 A 24 AÑOS) EN ZAMBIA



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 2001.

UNA LLAMADA A LA ACCIÓN

“Además de las explicaciones sobre la naturaleza de la enfermedad y cómo se transmite, es también importante poner en tela de juicio conceptos peligrosos referidos a la masculinidad, inclusive la manera en que los hombres adultos consideran los riesgos y la sexualidad y la forma en que los muchachos socializan para convertirse en hombres. Al mismo tiempo, es preciso educar a las mujeres jóvenes a que reconozcan su vulnerabilidad a la infección, su responsabilidad para protegerse a sí mismas y su derecho a insistir en que medie una protección en las relaciones sexuales.”

Dr. Peter Piot
Director Ejecutivo
ONUSIDA

La educación, especialmente de las niñas, es fundamental para hacer retroceder la propagación del VIH. Las mujeres y los hombres jóvenes que han recibido una educación tienen más probabilidades de saber qué es el VIH y cómo prevenir la infección, porque suelen disponer de las aptitudes y las actitudes necesarias para resistir presiones y asumir la responsabilidad de sus propias vidas. Existe una mayor probabilidad de que utilicen sus conocimientos y aptitudes para tomar decisiones sanas, entre ellas protegerse contra el VIH.

Tres prioridades estratégicas para prestar apoyo a las escuelas a fin de que desempeñen el mejor papel posible para proteger a las niñas y mitigar las repercusiones del SIDA son:

- **Matricular y mantener a las niñas en la escuela**

Demasiados niños y niñas –especialmente estas últimas– se encuentran sin escolarizar. En los países más afectados por el VIH/SIDA, la matriculación en la escuela se ha desplomado. En África subsahariana, por ejemplo, un 40% de los niños y un 44% de las niñas están sin escolarizar. En Asia meridional, un 22% de los niños y un 29% de las niñas no acuden en la escuela²¹. Las medidas para aumentar la matriculación de las niñas sirven para incrementar también la de los niños.

- **Ofrecer una educación basada en enseñanzas para la vida activa**

La educación debe preparar a los jóvenes para la vida activa y dotarles de los conocimientos que necesitan para sobrevivir y prosperar en el contexto en dónde viven. La educación basada en conocimientos para una vida activa les enseña a pensar de manera crítica, a resolver problemas, a practicar la autogestión y adquirir destrezas interpersonales que les permitan obtener los conocimientos, las actitudes y las aptitudes necesarias para adoptar comportamientos sanos. Esto es especialmente importante en la prevención del VIH/SIDA.

- **Proteger a las niñas contra la violencia de género en la escuela**

El entorno dentro de la escuela y a su alrededor debe ser seguro y sano. Las escuelas acogedoras atraen a los niños y ofrecen a los progenitores la garantía de que sus hijas y sus hijos están seguros.

POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS NACIONALES

Los gobiernos nacionales deben poner en práctica y supervisar sus Planes Nacionales de Acción de Educación para Todos, a fin de asegurar que la educación de las niñas se considere una prioridad. Junto a la comunidad internacional, los gobiernos pueden movilizar recursos y fomentar la capacidad para impulsar una educación de calidad, contratar y capacitar a maestros, desarrollar y analizar los programas de estudio, y promover una educación para la prevención del VIH/SIDA.

La crisis en la educación de las niñas y la urgencia de poner fin a la propagación del VIH/SIDA exigen que varios ministerios se impliquen en la toma de medidas, y no solamente el Ministerio de Educación. El agua potable y el saneamiento adecuado son tan importantes para matricular y mantener a las niñas en las escuelas como los pupitres, los libros y los lápices. Vincular las escuelas a los servicios de salud, incluso los que ofrecen salud de la reproducción y pruebas del VIH/SIDA, mejora la calidad de la educación y beneficia la salud general de la comunidad.

INICIATIVAS INTERNACIONALES

Una serie de donantes internacionales, como el Banco Mundial, están invirtiendo en estrategias para matricular y mantener a las niñas en la escuela (*ver Recuadro 5 en la página 21*). Organizaciones como el UNICEF y la UNESCO tratan de movilizar la voluntad política necesaria para mejorar la matriculación de las niñas y proporcionan asistencia técnica para impulsar

la educación de las niñas en países donde existe un peligro grave de no lograr las metas de Educación para Todos (ver Recuadro 6 en la página 23).

ABOLICIÓN DE LOS COSTOS ESCOLARES

La educación debe ser gratuita y obligatoria debido a que los costos escolares representan a menudo una barrera infranqueable para la educación. Cuando las familias pobres se ven obligadas a tomar una serie de decisiones sobre los gastos familiares, una de las primeras cosas que se elimina con frecuencia es la educación, y las primeras víctimas suelen ser las niñas. Los Planes Nacionales de Educación deben tratar de poner fin a los costos escolares y otros costos ocultos como parte de sus estrategias para la reforma educativa. Al tomar esta medida, los países estarán más cerca de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la educación universal, así como el objetivo para lograr que los huérfanos y los no huérfanos tengan las mismas oportunidades de acudir a la escuela.

En los países donde se han eliminado los gastos escolares, como Kenya y Uganda, la asistencia a la escuela ha aumentado de manera extraordinaria. Sin embargo, un rápido crecimiento de la matriculación puede causar sus propios problemas, como por ejemplo el hacinamiento en las aulas. Para mantener la calidad de la educación cuando se producen aumentos excesivos en la matriculación, los países deben planificar por adelantado. En Uganda, por ejemplo, las autoridades trataron primero de obtener el apoyo de los organismos y los países donantes, que trabajaron en el marco de un programa educativo único dirigido por el gobierno.

MECANISMOS FINANCIEROS SELECCIONADOS

Incluso cuando las escuelas son gratuitas, los niños y niñas pobres pueden verse obligados a abandonarlas para dedicarse

a trabajar. En ocasiones, tienen que conseguir un ingreso familiar suplementario o atender a sus hermanos y hermanas más pequeños a fin de que tanto el padre como la madre puedan trabajar fuera del hogar. En América Latina se han utilizado transferencias condicionales en efectivo para incentivar a los progenitores a que matriculen a sus hijos en la escuela. Las familias reciben dinero con la condición de que sus hijos acudan a la escuela y a los centros de salud (ver Recuadro 7 en la página 25). Además, los subsidios pueden invertirse directamente en maestros y escuelas. En Nicaragua, los maestros reciben un pequeño bono por cada niño que acude a la escuela, y la mitad de los fondos disponibles se asignan a la compra de materiales. En Honduras, los préstamos van directamente a la escuela.

Un estudio de estas iniciativas en América Latina y el Caribe llegó a la conclusión de que la matriculación en la escuela aumentó y de que mejoró la atención preventiva de la salud²².

PROGRAMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA ESCUELA

Para muchas familias afectadas por el VIH, la alimentación es la principal necesidad²³. Hay veces en que tienen que sacar a los niños de la escuela para que busquen alimentos. Los programas de alimentación y nutrición en la escuela pueden reducir la carga que sufren las familias afectadas por el VIH y liberar a las niñas para que sigan su educación. La provisión de alimentos atrae a los niños y las niñas, alivia el hambre a corto plazo, proporciona micronutrientes esenciales y fomenta la participación de la comunidad. Los programas de nutrición en la escuela están también vinculados a un aumento en la asistencia y un mejor rendimiento. Es posible ofrecer los alimentos a los estudiantes en la propia escuela o distribuir directamente raciones a las familias si envían a sus hijos a la escuela. El Programa Mundial de Alimentos observó que cuando las familias recibían raciones de alimentos a cambio de enviar a sus hijas a la escuela, la matriculación de las niñas se triplicaba en algunos lugares²⁴.

INICIATIVAS INTERNACIONALES PARA MEJORAR LA EDUCACIÓN DE LAS NIÑAS

Iniciativas aceleradas: La Iniciativa Acelerada de Educación para Todos es una alianza internacional de países en desarrollo y donantes y organismos cuyo objetivo es apoyar las metas mundiales de educación para todos centrándose en acelerar los progresos hacia la terminación universal de la escuela primaria para niños y niñas en 2015.

La Iniciativa de las Naciones Unidas para la Educación de las Niñas: El Secretario General de las Naciones Unidas presentó la Iniciativa de las Naciones Unidas para la Educación de las Niñas con el objetivo de mejorar la calidad y la disponibilidad de la educación de las niñas en los planos internacional, regional y nacional.

Coalición Mundial sobre Mujeres y SIDA: Esta iniciativa, formada por activistas, representantes gubernamentales, trabajadores comunitarios y personalidades célebres, trata de generar medidas concretas sobre el terreno para mejorar la vida cotidiana de las mujeres y las niñas, e incluye medidas para evitar nuevas infecciones por VIH, la promoción de un acceso equitativo a la atención y el tratamiento del VIH, un impulso a la investigación, la protección de la propiedad de la mujer y sus derechos de sucesión, la reducción de la violencia contra las mujeres y una mejora de la educación de las niñas.

El UNICEF y sus aliados están tomando medidas para asegurar que se tengan en cuenta las necesidades especiales de las niñas y las mujeres jóvenes, los huérfanos y otras personas vulnerables a causa del VIH/SIDA.

ESCUELAS ACOGEDORAS QUE PROMUEVEN LA SALUD

Una escuela acogedora para los niños trata de llegar a todos los niños y las niñas, haciendo un esfuerzo especial para matricular a estas últimas, a los niños y niñas huérfanos a causa del VIH/SIDA y a otros grupos excluidos. Es un lugar dinámico para los estudiantes y el personal, y sirve para mejorar las condiciones que dificultan las posibilidades de éxito de los alumnos. Las escuelas deben alimentar tanto la mente como el cuerpo. En una escuela acogedora para los niños, la salud, la nutrición, la higiene y la participación familiar son tan importantes como la lectura, la escritura y la aritmética.

La Orientación prioritaria de recursos hacia un programa eficaz de salud escolar (FRESH) es un modelo para matricular y mantener a las niñas en la escuela y mejorar el bienestar general de la comunidad. FRESH ayuda a crear entornos acogedores para la infancia incluso en las escuelas con menos recursos. Este enfoque tiene cuatro elementos: políticas relacionadas con la salud que garantizan que los niños y las niñas estén seguros y protegidos contra el abuso, el acoso sexual, la violencia escolar, la intimidación y el castigo corporal; agua potable y saneamiento; servicios de salud y nutrición basados en la escuela; educación sobre la salud basada en enseñanzas prácticas (*ver Recuadro 8 en la página 25*).

AMPLIAR EL ALCANCE DE LAS ESCUELAS

Las escuelas deben adaptarse a los estudiantes, y no al revés. Los horarios de clase flexibles permiten educar a jóvenes que de otro modo no podrían acudir a la escuela debido a que se ocupan de miembros enfermos de su familia o trabajan para suplementar los ingresos familiares. Una escolarización flexible puede beneficiar a jóvenes que han abandonado otras formas más tradicionales de escolarización. Las escuelas de BRAC (antes Comité para el Avance Rural de Bangladesh) en Bangladesh

han descubierto una fórmula para aumentar la matriculación de las niñas. Las clases se organizan en bloques de dos horas diarias durante seis días a la semana. El horario específico de las clases y el calendario escolar se determinan de manera local para satisfacer las necesidades de la familia y la comunidad²⁵.

EDUCACIÓN DE CALIDAD BASADA EN LA PREPARACIÓN PARA LA VIDA ACTIVA

La educación sobre el VIH/SIDA basada en la preparación para la vida activa fomenta un comportamiento que reduce el riesgo de infección por VIH y aborda factores sociales y medioambientales más amplios que aumentan la vulnerabilidad de las personas. Analizar las costumbres y las funciones de género, cuestionar mitos y estereotipos, aprender a tomar decisiones que afirman la vida y a trabajar en grupo, así como recibir información precisa y completa, son instrumentos poderosos en la lucha contra el VIH/SIDA.

La educación basada en la preparación para la vida activa debe comenzar desde temprano, adaptarse a la edad, llevar una secuencia, ser interactiva, estar centrada en el niño y tener validez para los estudiantes y su comunidad. Puede adaptarse a las escuelas oficiales, a las clases no oficiales, a la educación entre pares y a los programas basados en la comunidad, es decir, a casi todos los lugares dónde se reúnan los niños. Exige un personal que haya recibido formación en métodos de enseñanza centrados en los estudiantes y que genere confianza, una comunicación abierta y respeto.

Un estudio sobre la eficacia de un programa de aptitudes para la vida práctica en la provincia de KwaZulu Natal, en Sudáfrica, llegó a la conclusión de que los jóvenes expuestos a una preparación para la vida práctica tenían más probabilidades de utilizar preservativos que aquellos que no estaban expuestos. De hecho, cuantos más años dure la preparación para la vida práctica, más elevada será la tasa de utilización de preservativos²⁶.

“25 PARA 2005”, UNA ESTRATEGIA PARA LOGRAR LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA EDUCACIÓN

El Objetivo de Desarrollo del Milenio que busca alcanzar la igualdad de género en la educación debe alcanzarse en 2005. Las actividades para cumplir con este plazo han tropezado con enormes obstáculos, entre ellos el VIH/SIDA.

El UNICEF inició la campaña “25 para 2005” con el objetivo de ayudar a todos los países a eliminar la disparidad de género en la educación. La iniciativa se concentra en 25 países que se considera que están en grave peligro de no alcanzar esta meta. Entre los países seleccionados, Djibouti, Etiopía, India, Malawi, Nigeria, Papua Nueva Guinea, República Centroafricana, República Unida de Tanzania y Zambia tienen enormes brechas de género en la educación y están especialmente afectados por la pandemia del VIH/SIDA.

La Iniciativa “25 para 2005” define y desarrolla medidas prácticas para matricular y mantener a las niñas –y los niños– en la escuela. Estas intervenciones incluyen poner en práctica dobles turnos en las escuelas, ofrecer instrucción de varios grados al mismo tiempo en las pequeñas escuelas rurales, celebrar clases en tiendas de campaña o bajo los árboles, proporcionar escuelas móviles para llegar a los grupos trashumantes o nómadas, ampliar los esquemas de educación no oficial, y cualquier otra medida que asegure a los niños y las niñas su derecho a la educación.

Las personas mejor instruidas presentan las tasas más bajas de infección por VIH. La campaña “25 para 2005”, concebida para poner fin a la desigualdad de género en la educación, se ha convertido en una estrategia fundamental en la lucha contra el VIH/SIDA.

GARANTIZAR ENTORNOS SEGUROS DENTRO Y ALREDEDOR DE LAS ESCUELAS

La violencia de género en la escuela sigue siendo un obstáculo para la educación de las niñas. Las medidas para abordar la seguridad escolar son necesarias en todos los planos, como la capacitación de maestros, la intervención comunitaria y las políticas y prácticas de los ministerios. Los Ministros de Educación pueden enviar un mensaje claro de que la violencia de género en la escuela no será tolerada castigando a los culpables de manera firme y rápida. La capacitación de los maestros debe incluir la difusión de mensajes sólidos sobre la conducta profesional y ética. La utilización de expertos que no pertenecen al sistema escolar, como policías, trabajadores de bienestar social y organizaciones no gubernamentales, puede permitir clarificar lo que constituye abuso y sugerir una forma de eliminar estas prácticas. Las escuelas deben iniciar programas para la representación y participación de estudiantes a fin de que sea posible escuchar sus opiniones.

Los maestros deberían escuchar tanto a las niñas como a los niños e incorporarlos en un diálogo constructivo. Enfoques participativos –como el teatro, los medios de comunicación, el arte, la poesía y la narración– pueden alentar a los jóvenes a analizar desde otra perspectiva las funciones, los comportamientos y las expectativas de los géneros. La utilización de educadores de la misma edad y consejeros que se ofrezcan como modelos apropiados de conducta sirve también de ayuda para garantizar la seguridad en las escuelas. Además, hay que considerar a los niños y los hombres como parte de la solución y no del problema, y deben ser incluidos en las iniciativas para la igualdad de los géneros y la resolución de conflictos.

LAS PUERTAS DE LAS AULAS DEBEN ESTAR ABIERTAS

La naturaleza compleja y amplia de la crisis del VIH/SIDA, y el hecho de que se trate de un problema a largo plazo, exige una respuesta rápida, innovadora y flexible basada en la prestación de una educación segura y de calidad para todos los niños y las niñas, especialmente estas últimas.

Los gobiernos, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales, los grupos comunitarios y, sobre todo, los educadores, deben reconocer el papel fundamental que tienen que desempeñar para cambiar el curso de la pandemia.

Los jóvenes se encuentran en el centro mismo de la pandemia del VIH/SIDA. El éxito mundial en la lucha contra el VIH/SIDA depende en última instancia de lo bien que consigamos dotarles de las aptitudes y la información que necesitan.

RECUADRO 7

LOS NIÑOS Y NIÑAS DE MÉXICO TIENEN NUEVAS OPORTUNIDADES

En 1995, una quinta parte de la población de México no podía costear las necesidades diarias mínimas en materia de alimentos. Alrededor de 10 millones de personas carecían incluso de la atención más básica de la salud y más de 1,5 millón de niños y niñas estaban sin escolarizar. Como respuesta, el Programa de Educación, Salud y Alimentación, Progresá, comenzó a realizar transferencias condicionales de efectivo a las familias pobres. Éstas recibían estipendios mensuales si sus hijos atendían a la escuela y si los miembros de la familia visitaban de manera sistemática un centro de salud para recibir educación sobre la nutrición y la higiene y someterse a revisiones médicas.

Las evaluaciones rigurosas que se realizaron posteriormente calificaron el programa de un éxito arrollador. El presidente Vicente Fox asumió la iniciativa, rebautizándola con el nombre de Oportunidades. A finales de 2002, servía a unos 20 millones de personas, casi una quinta parte de la población. Alrededor de un 60% de todas las transferencias en efectivo se dirigen a las familias que se encuentran en el 20% más pobre de la población. Los beneficios aumentan para las niñas que acuden a la escuela intermedia, a fin de alentar su matriculación. Desde el comienzo de la iniciativa, la matriculación de las niñas ha aumentado de un 67% a un 75% y la de los niños de un 73% a un 78%. Una ventaja adicional ha sido la reducción en las tasas de trabajo infantil.

RECUADRO 8

UNA ESCUELA QUE PROMUEVE LA SALUD

- Fomenta la salud y el aprendizaje con todas las medidas a su disposición
- Involucra a funcionarios de salud y educación, maestros, estudiantes, padres y madres, y dirigentes comunitarios en todas las actividades para promover la salud
- Trata de proporcionar un entorno sano, educación sobre la salud y servicios de salud en la escuela junto a proyectos y programas de difusión escolares y comunitarios, programas de promoción de la salud para el personal, programas de nutrición y seguridad alimentaria, oportunidades para la educación física y la recreación, y programas de orientación, apoyo social y promoción de la salud mental
- Pone en marcha políticas, prácticas y otras medidas que respetan la autoestima del individuo, proporcionan oportunidades múltiples de éxito y reconocen el esfuerzo y las buenas intenciones tanto como los logros personales
- Trata de mejorar la salud del personal de la escuela, las familias y los miembros de la comunidad, así como de los estudiantes, y trabaja con los dirigentes comunitarios para ayudarlos a comprender cómo la comunidad contribuye a la salud y la educación.

Fuente: *Preventing HIV/AIDS/STI and Related Discrimination: An important responsibility of health-promoting schools*, Series sobre la salud en la escuela de la Organización Mundial Salud, Documento Seis, OMS, Ginebra, 1999.

TABLAS

TABLA 1 PORCENTAJE DE MUJERES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE TIENEN UN CONOCIMIENTO AMPLIO Y CORRECTO DEL VIH, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO*

Indicador de desarrollo del milenio 19b

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente	
Albania	-	0,0	0,4	0,2	2000	MICS
Angola	5,1	11,3	33,5	12,6	2000	MICS
Armenia	-	-	6,6	6,6	2000	DHS
Azerbaiyán	-	0,6	2,7	2,1	2000	MICS
Benin	3,2	6,6	26,7	8,4	2001	DHS
Botswana	13,1	15,2	31,2	28,0	2000	MICS
Camboya	22,0	32,7	61,8	37,1	2000	DHS
Camerún	5,3	8,3	29,6	16,1	2000	MICS
Chad	3,7	3,8	18,1	5,0	2000	MICS
Comores	6,6	8,0	17,3	10,0	2000	MICS
Gabón	2,5	12,5	31,4	23,9	2000	DHS
Gambia	9,0	17,1	29,9	15,4	2000	MICS
Guinea-Bissau	2,8	14,3	21,9	8,4	2000	MICS
Guyana	32,4	19,8	37,2	35,5	2000	MICS
Haití	1,3	7,9	25,9	14,2	2000	DHS
Kenya	21,0	23,1	38,7	26,4	2000	MICS
Lesotho	16,3	17,3	34,7	17,6	2000	MICS
Malawi	23,4	31,9	53,4	34,2	2000	DHS
Malí	5,0	13,1	31,0	9,1	2001	DHS
Moldova, República de	-	14,6	23,0	19,0	2000	MICS
Nicaragua	4,1	7,9	28,7	18,7	2001	DHS
Níger	2,1	7,8	31,1	4,9	2000	MICS
República Centroafricana	1,5	4,6	14,2	5,1	2000	MICS
República Dominicana	-	23,3	43,1	34,2	2000	MICS
Rwanda	11,7	21,6	52,1	23,4	2000	DHS
Senegal	6,4	15,0	38,6	13,0	2000	MICS
Sierra Leona	12,2	15,9	27,2	15,7	2000	MICS
Sudáfrica	14,0	9,7	22,2	20,0	1998	DHS
Surinam	-	10,0	36,2	26,8	2000	MICS
Swazilandia	21,3	21,1	31,6	27,0	2000	MICS
Tanzanía, República Unida de	9,6	27,6	51,8	25,5	1999	DHS
Tayikistán	-	0,0	1,0	1,0	2000	MICS
Togo	14,3	14,5	39,0	20,3	2000	MICS
Uganda	9,8	23,4	51,9	28,5	2000	DHS
Uzbekistán	-	0,0	3,4	3,4	2000	MICS
Venezuela	2,3	3,0	11,2	9,6	2000	MICS
Viet Nam	1,1	9,4	32,5	25,4	2000	MICS
Zambia	10,4	22,3	50,4	30,8	2002	DHS

TABLA 2 HOMBRES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE TIENEN UN CONOCIMIENTO AMPLIO Y CORRECTO DEL VIH, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO*

Indicador de desarrollo del milenio 19b

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente	
Armenia	-	-	7,8	7,7	2000	DHS
Benin	5,9	7,7	25,7	14,2	2001	DHS
Gabón	-	10,3	27,1	22,1	2000	DHS
Haití	1,8	12,0	42,1	24,3	2000	DHS
Malawi	19,5	37,6	55,1	40,6	2000	DHS
Malí	4,8	13,6	37,7	14,9	2001	DHS
Rwanda	4,9	17,4	54,3	20,0	2000	DHS
Tanzanía, República Unida de	9,4	29,6	60,7	29,1	1999	DHS
Uganda	-	31,5	63,3	40,4	2000	DHS
Zambia	-	17,7	54,6	32,5	2002	DHS

- Menos de 25 casos, se suprimió el estimado

DHS - Encuestas Demográficas y de Salud, ORC Macro (www.measuredhs.com)

* Los métodos de prevención incluyen utilización de preservativos y ser fiel a un compañero. Entre los errores se encuentran que una persona saludable no puede tener el VIH y que el VIH se transmite por medio de mosquitos, compartir comida o brujería.

MICS - Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples, UNICEF (www.childinfo.org)

N.B. Las notas anteriores se refieren a las Tablas 1 y 2.

TABLA 3 MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE SABEN QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE PUEDE TRANSMITIR EL VIH, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente
Albania		35,8	45,3	40,4	2000 MICS
Angola	21,2	43,6	86,6	43,3	2000 MICS
Armenia	-	-	53,1	53,0	2000 DHS
Azerbaiyán	-	19,4	41,0	35,1	2000 MICS
Benin	47,6	58,1	79,8	56,2	2001 DHS
Bolivia	7,4	28,3	77,2	63,7	1998 DHS
Bosnia y Herzegovina	-	52,7	80,2	73,7	2000 MICS
Botswana	49,6	59,9	82,6	77,8	2000 MICS
Burkina Faso	34,2	58,5	87,6	42,0	1999 DHS
Camboya	45,4	60,4	83,2	62,4	2000 DHS
Camerún	18,1	42,9	83,3	53,7	2000 MICS
Chad	20,8	33,8	60,7	27,7	2000 MICS
Colombia	-	59,8	89,3	82,4	2000 DHS
Comores	44,3	57,0	69,6	54,9	2000 MICS
Côte d'Ivoire	50,3	69,5	92,6	64,4	1998 DHS
Etiopía	24,6	55,5	83,2	38,8	2000 DHS
Gabón	39,5	54,2	83,2	71,6	2000 DHS
Gambia	44,6	52,1	72,4	52,7	2000 MICS
Ghana	45,2	67,7	79,7	71,0	1998 DHS
Guinea	54,2	69,8	86,2	60,4	1999 DHS
Guinea-Bissau	17,6	41,9	69,3	30,7	2000 MICS
Guyana	34,4	62,2	87,0	84,3	2000 MICS
Haití	49,4	61,8	81,0	67,9	2000 DHS
Indonesia	5,0	21,0	51,3	32,2	2000 MICS
Kazajstán	-	-	62,8	62,6	1999 DHS
Kenya	60,2	74,1	82,0	74,6	2000 MICS
Lesotho	27,9	46,0	85,7	46,1	2000 MICS
Madagascar	9,3	25,2	50,3	27,2	2000 MICS
Malawi	71,8	82,6	97,3	83,5	2000 DHS
Malí	39,4	54,3	77,2	45,8	2001 DHS
Moldova, Republica de	-	73,8	83,7	78,9	2000 MICS
Nicaragua	34,9	61,6	86,7	72,9	2001 DHS
Níger	16,1	35,2	63,8	22,1	2000 MICS
Nigeria	15,5	44,3	62,3	45,0	1999 DHS
Perú	5,1	30,2	84,4	71,7	2000 DHS
República Centroafricana	27,5	50,9	78,6	45,9	2000 MICS
República Dominicana	-	81,7	96,5	89,8	2000 MICS
Rwanda	50,5	62,4	91,2	63,7	2000 DHS
Senegal	37,4	53,2	72,3	46,4	2000 MICS
Sierra Leona	24,9	45,5	66,1	35,3	2000 MICS
Sudáfrica	29,1	39,3	56,9	53,5	1998 DHS
Surinam	42,6	48,6	82,0	70,4	2000 MICS
Swazilandia	73,5	73,4	86,2	80,5	2000 MICS
Tanzania, República Unida de	39,5	70,0	89,3	65,3	1999 DHS
Tayikistán	-	2,4	8,0	7,9	2000 MICS
Togo	56,2	65,8	86,4	67,4	2000 MICS
Uganda	61,8	73,6	88,8	75,8	2000 DHS
Uzbekistán	-	7,7	41,3	41,1	2000 MICS
Venezuela	29,7	56,8	83,2	77,9	2000 MICS
Viet Nam	9,6	38,6	71,9	60,6	2000 MICS
Zambia	53,8	69,8	86,6	74,0	2002 DHS
Zimbabwe	-	56,5	82,2	73,5	1999 DHS

TABLA 4 HOMBRES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE SABEN QUE UNA PERSONA QUE PAREZCA SALUDABLE PUEDE TRANSMITIR EL VIH, SEGÚN SU NIVEL EDUCATI-

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente
Armenia	-	-	47,6	47,7	2000 DHS
Benin	60,1	61,8	81,3	68,9	2001 DHS
Bolivia	-	42,8	79,1	73,8	1998 DHS
Burkina Faso	52,1	74,1	91,1	63,6	1999 DHS
Camerún	14,9	48,2	80,6	62,8	1998 DHS
Côte d'Ivoire	39,7	66,3	91,4	66,9	1998 DHS
Etiopía	39,6	54,3	86,2	53,8	2000 DHS
Gabón	-	64,9	86,9	80,9	2000 DHS
Ghana	49,8	53,5	85,1	76,9	1998 DHS
Guinea	44,4	51,5	77,7	56,2	1999 DHS
Haití	52,0	68,2	93,4	78,1	2000 DHS
Kazajstán	-	68,5	81,6	73,1	1999 DHS
Kenya	-	73,5	93,8	80,2	1998 DHS
Malawi	72,1	88,0	94,2	88,6	2000 DHS
Malí	47,3	57,6	84,6	58,8	2001 DHS
Nicaragua	54,7	73,5	92,1	80,3	1998 DHS
Níger	29,3	42,9	73,4	41,4	1998 DHS
Nigeria	21,8	39,0	60,7	50,8	1999 DHS
República Dominicana	-	87,3	95,6	91,0	1999 DHS
Rwanda	56,0	67,5	92,8	68,9	2000 DHS
Tanzanía, República Unida de	39,4	70,7	90,6	68,3	1999 DHS
Togo	45,6	60,8	89,7	72,8	1998 DHS
Uganda	-	80,0	89,9	83,2	2000 DHS
Zambia	-	62,5	88,9	73,0	2002 DHS
Zimbabwe	-	66,1	89,3	82,6	1999 DHS

- Menos de 25 casos, se suprimió el estimado

DHS - Encuestas Demográficas y de Salud, ORC Macro (www.measuredhs.com)

MICS - Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples, UNICEF (www.childinfo.org)

TABLA 5 MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE SABEN DÓNDE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente
Albania	-	17,1	31,9	24,2	2000 MICS
Angola	9,6	24,7	57,6	25,0	2000 MICS
Azerbaiyán	-	3,5	10,7	8,7	2000 MICS
Benin	10,5	17,4	44,7	18,6	2001 DHS
Botswana	24,7	32,9	50,9	47,2	2000 MICS
Camboya	5,6	11,2	36,8	15,9	2000 DHS
Camerún	23,2	49,9	82,4	57,2	2000 MICS
Chad	5,1	12,3	30,0	9,2	2000 MICS
Colombia	-	51,0	74,6	69,0	1999 DHS
Comores	23,7	28,3	39,9	29,5	2000 MICS
Gambia	17,3	20,9	42,0	24,2	2000 MIC
Guinea-Bissau	11,0	25,2	54,7	20,3	2000 MICS
Guyana	20,2	49,9	70,4	68,1	2000 MICS
Haití	4,5	16,1	36,2	22,7	2000 DHS
Indonesia	1,3	17,9	41,6	26,6	2000 MICS
Kenya	42,8	55,8	70,6	57,9	2000 MICS
Lesotho	33,7	51,5	75,5	51,4	2000 MICS
Malawi	52,4	70,5	91,9	71,6	2000 DHS
Mali	7,0	17,5	43,3	12,6	2001 DHS
Moldova, República de	-	46,4	65,9	56,5	2000 MICS
Nicaragua	10,1	30,5	52,6	40,7	2001 DHS
Níger	6,7	20,0	51,6	11,6	2000 MICS
Perú	7,1	23,7	72,3	60,9	2000 DHS
República Centroafricana	10,6	25,9	62,9	26,3	2000 MICS
República Dominicana	-	76,5	86,0	81,7	2000 MICS
Rwanda	59,6	67,3	88,6	68,5	2000 DHS
Senegal	19,2	30,0	50,7	26,3	2000 MICS
Sierra Leona	4,7	13,0	20,7	8,8	2000 MICS
Surinam	20,6	38,9	70,4	58,7	2000 MICS
Swazilandia	49,8	47,5	64,6	57,3	2000 MICS
Tanzania, República Unida de	22,2	50,0	74,3	46,1	1999 DHS
Tayikistán	-	2,4	5,7	5,6	2000 MICS
Togo	12,4	25,0	46,4	25,8	2000 MICS
Uganda	19,4	32,3	56,8	36,5	2000 DHS
Uzbekistán	-	15,4	42,7	42,6	2000 MICS
Venezuela	29,6	45,6	73,4	68,0	2000 MICS
Viet Nam	7,7	29,1	61,9	51,2	2000 MICS
Zambia	37,7	55,6	76,9	61,2	2002 DHS
Zimbabwe	-	27,5	46,6	40,1	1999 DHS

TABLA 6 HOMBRES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE SABEN DÓNDE HACERSE LA PRUEBA DEL VIH, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente
Benin	17,6	25,4	54,2	34,4	2001 DHS
Etiopía	0,0	1,7	4,2	1,5	2000 DHS
Haití	16,7	22,9	50,0	34,1	2000 DHS
Kenya	-	47,4	79,8	58,3	1998 DHS
Malawi	57,6	75,7	94,6	79,0	2000 DHS
Mali	14,2	24,1	52,4	25,9	2001 DHS
Rwanda	33,5	45,3	80,4	47,8	2000 DHS
Tanzania, República Unida de	25,2	55,4	82,6	53,5	1999 DHS
Uganda	-	43,4	66,9	50,3	2000 DHS
Zambia	-	50,4	82,2	62,5	2002 DHS
Zimbabwe	-	17,3	38,8	32,5	1999 DHS

TABLA 7 MUJERES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE UTILIZARON UN PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA ACTIVIDAD SEXUAL DE ALTO RIESGO, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO

Indicador de desarrollo del milenio 19a

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente
Benin	6,7	16,2	30,3	18,7	2001 DHS
Burkina Faso	27,2	47,5	63,9	41,2	1999 DHS
Camerún	-	8,2	21,4	16,4	1998 DHS
Colombia	-	19,6	32,6	30,2	2000 DHS
Côte d'Ivoire	14,7	21,7	41,5	24,7	1998 DHS
Etiopía	11	19,9	25,5	17,1	2000 DHS
Gabón	-	22,9	36,4	32,4	2000 DHS
Guinea	8,4	14,6	34,1	16,7	1999 DHS
Haití	4,3	11,5	30,5	19,1	2000 DHS
Kazajstán	-	-	28,7	28,7	1999 DHS
Kenya	-	11,7	20,5	14,1	1998 DHS
Malawi	-	24,7	51,3	31,9	2000 DHS
Malí	5,3	16	28,3	14,2	2001 DHS
Nicaragua	-	10,7	20,2	17	2001 DHS
Perú	-	5,2	22,4	19,3	2000 DHS
Rwanda	-	17,8	36,1	22,5	2000 DHS
Sudáfrica	-	10	21,9	19,8	1998 DHS
Tanzanía, República Unida de	7,1	21,7	41,5	21,3	1999 DHS
Togo	6,4	18,5	32,5	21,5	1998 DHS
Uganda	-	34,2	60,4	44,4	2000 DHS
Zambia	-	25,2	48,1	33,3	2002 DHS
Zimbabwe	-	38,4	43,1	42	1999 DHS

TABLA 8 HOMBRES JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS) QUE UTILIZARON UN PRESERVATIVO EN LA ÚLTIMA ACTIVIDAD SEXUAL DE ALTO RIESGO, SEGÚN SU NIVEL EDUCATIVO

Indicador de desarrollo del milenio 19a

	Sin escolarización	Educación primaria	Educación secundaria o superior	Total	Año/Fuente
Benin	25,8	21	52,6	34,5	2001 DHS
Burkina Faso	40,9	53,8	93,4	55,5	1999 DHS
Camerún	-	30	32,3	31,4	1998 DHS
Côte d'Ivoire	-	53	67,5	55,7	1998 DHS
Etiopía	-	29,8	77,6	30,5	2000 DHS
Gabón	-	74,5	85	83,3	2000 DHS
Guinea	21,8	29,3	43	32,1	1999 DHS
Haití	-	15,6	44,4	29,9	2000 DHS
Kenya	-	36,1	53,5	42,9	1998 DHS
Malawi	-	32,2	58	37,7	2000 DHS
Malí	18,1	24,3	51,7	30,3	2001 DHS
Níger	6,7	27,9	63	29,7	1998 DHS
Tanzanía, República Unida de	14,8	30,6	58,8	30,7	1999 DHS
Togo	28,4	29,3	50,6	41	1998 DHS
Uganda	-	54,2	75,3	62	2000 DHS
Zambia	-	32,5	57,3	42,3	2002 DHS
Zimbabwe	-	51,9	76	68,8	1999 DHS

- Menos de 25 casos, se suprimió el estimado

DHS - Encuestas Demográficas y de Salud, ORC Macro (www.measuredhs.com)

MICS - Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples, UNICEF (www.childinfo.org)

N.B. Las notas anteriores se refieren a las Tablas 7 y 8.

REFERENCIAS

1. ONUSIDA, UNAIDS y UNICEF, *Niños al borde del abismo 2004: Un informe conjunto sobre nuevos cálculos en la cifra de huérfanos y un marco de acción*, Population, Health and Nutrition Project for USAID, Washington, D.C., julio de 2004.
2. Ibid.
3. Ibid.
4. Equipo de trabajo interorganismos de ONUSIDA sobre educación, *HIV/AIDS and Education: A strategic approach*, Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación/UNESCO, París, 2003.
5. United States Agency for International Development, Oficina para África, Oficina de Desarrollo Sostenible, *Africa Bureau Brief*, No. 2, USAID, Washington, D.C., 2002.
6. Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 'The devastating facts about HIV/AIDS for women', *Population Reports*, Baltimore, Primavera de 2002.
7. Grupo de Tareas del Secretario General de las Naciones Unidas sobre las mujeres, las niñas y el VIH/SIDA en África meridional, *Facing the Future Together: Report of the Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa*, ONUSIDA, Johannesburgo, julio de 2004.
8. Organización Mundial de la Salud, *Prevention of Child Abuse and Neglect: Making the links between human rights and public health*, OMS, Ginebra, 28 de septiembre de 2001, [http://www.who.int/childadolescent-health/New_Publications/Rights/CRC_statement_rev_III.htm].
9. Mensch, Barbara S., et al., 'Premarital sex and school dropout in Kenya: Can schools make a difference?', Population Council, Policy Research Division Working Paper, No. 124, Nueva York, 1999. [<http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/124.pdf>].
10. *Botswana Gazette*, 'Sexual abuse of schoolgirls widespread in Botswana', 15 de noviembre de 2000.
11. Correia, M., y B. Van Bronkhorst, 'Ecuador Gender Review: Issues and recommendations', Un estudio de país del Banco Mundial, Washington, D.C., 2000.
12. Human Rights Watch, *Scared at School: Sexual violence against girls in South African schools*, Human Rights Watch, Nueva York, 2001.
13. Afenyadu, Dela, y Lakshmi Goparaju, *Adolescent sexual and reproductive health behaviour in Dodowa, Ghana*, Centre for Development and Population Activities, Washington, D.C., 2003.
14. Naciones Unidas, Informe provisional del Secretario General acerca del estudio sobre la cuestión de la violencia contra los niños, E/CN.4/2004/68, Naciones Unidas, Nueva York, 27 de enero de 2004.
15. Las mujeres respondieron a cuatro razones mencionadas en la encuesta para negarse a tener relaciones sexuales con su marido: 1) el marido tiene una enfermedad transmitida sexualmente, 2) el marido ha practicado relaciones sexuales con otra mujer, 3) la mujer dio a luz recientemente, 4) la mujer está cansada o no le apetece.
16. HIV/AIDS Survey Indicators Database, [<http://www.measuredhs.com/hivdata>].
17. Encuestas realizadas desde 1998 a 2003, Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos) Reproductive Health Surveys; y Encuestas Demográficas y de Salud, ORC Macro.
18. Gupta N., and M. Mahy, 'Sexual initiation among adolescent girls and boys: Trends and differentials in sub-Saharan Africa,' *Archives of Sexual Behavior*, vol. 32, no. 1, 2003, pp. 41-53.
19. Encuestas Demográficas y de Salud, 2000-2001, HIV/AIDS Survey Indicators Database, [<http://www.measuredhs.com/hivdata>].
20. Equipo de trabajo interorganismos de ONUSIDA sobre género y VIH/SIDA, *Operational Guide on Gender and HIV/AIDS: A rights-based approach* (borrador final), ONUSIDA, agosto de 2004.
21. UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2005*, UNICEF, Nueva York.
22. Rawlings, Laura B., y Gloria M. Rubio, *Evaluating the impact of conditional cash transfer programs: Lessons from Latin America*, Documento de trabajo 3119 sobre investigación de políticas del Banco Mundial, Banco Mundial, Washington, D.C., Agosto de 2003.
23. Programa Mundial de Alimentos, *HIV/AIDS & Children: Bringing hope to a generation, Food aid to help orphans and other vulnerable children*, Programa Mundial de Alimentos, Roma, 2003.
24. Ibid.
25. UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2004*, UNICEF, Nueva, 2003.
26. Reddy, P., et al., 'Programming for HIV prevention in South African schools', Horizons Research Summary, Population Council, Washington, D.C., 2003.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PMA • PNUD • UNFPA • ONUDD
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Publicado como parte de la labor del UNICEF como organismo patrocinador de ONUSIDA, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Otros organismos copatrocinadores son: el Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y el Programa Mundial de Alimentos.

Para más información, dirigirse a:
Sección de Educación, División de Programas
www.unicef.org/girlseducation/index.html

Publicado por el UNICEF
División de Comunicaciones
3 United Nations Plaza, H-9F
Nueva York, NY 10017, Estados Unidos

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org/spanish

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Nueva York
ISBN: 92-806-3816-5
Diciembre de 2004



**La Coalición Mundial sobre
la Mujer y el SIDA**