

# Perspectiva de algunos actores sobre los modelos de educación para la salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, Medellín 2004-2007

The perspective of some actors regarding the health education models underlying sexual and reproductive health programs for adolescents, Medellín 2004-2007

Diana P. Molina-Berrío<sup>1</sup>; Isabel C. Posada-Zapata<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga, Magíster en Salud Pública, docente investigadora, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: dpatricia.molina@hotmail.com

<sup>2</sup> Psicóloga, Magíster en Salud Pública, docente investigadora, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: icpz@saludpublica.udea.edu.co

Recibido: 7 de agosto 2012 . Aprobado: 5 de marzo 2013.

---

Molina B. Diana P, Posada Z. Isabel C, Perspectiva de algunos actores sobre los modelos de educación para la salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, Medellín 2004-2007. Rev. Fac. Nac. Salud Publica 2013; 31(1): 19-29.

---

## Resumen

**Objetivo:** describir la perspectiva de algunos actores sobre los modelos de educación para la salud en programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes en la ciudad de Medellín durante el período 2004 – 2007. **Metodología:** se utilizó la teoría fundada para realizar el análisis de los datos del estudio. Se procesó la información de 16 entrevistas semiestructuradas: seis dirigidas a jóvenes beneficiarios de los programas y diez aplicadas a operadores técnicos de los mismos. Se utilizaron los indicadores propuestos por Serrano, para determinar el tipo de modelo de educación para la salud que se propuso en cada una de las intervenciones. **Resultados**

**y discusión:** cada una de las intervenciones en salud sexual y reproductiva estudiadas presentaron una mixtura de indicadores que no posibilita la definición de ninguno de estos programas en un solo modelo de educación para la salud. **Conclusiones y recomendaciones:** todos los proyectos analizados compartían indicadores de varios modelos, lo cual señaló en varias ocasiones la falta de coherencia entre lo formalizado y lo ejecutado.

-----**Palabras clave:** salud sexual y reproductiva, modelos de educación para la salud, adolescente, embarazo, operadores técnicos.

---

## Abstract

**Objective:** to describe the perspective that some actors have on the health education models of the sexual and reproductive health programs aimed at the adolescents of the city of Medellín from 2004 to 2007. **Methodology:** grounded theory was used

to perform a qualitative analysis of the data. Information was collected using sixteen semi-structured interviews. Six of these interviews were addressed to young members of the programs, and the remaining ten were intended for the technical operators.

Additionally, the indicators proposed by Serrano were used in order to determine the type of health education model proposed for each intervention. **Results and discussion:** each of the studied sexual and reproductive health interventions showed a mixture of indicators that made it impossible to place any of these programs into a single health education model. **Conclusions and recommendations:** all the analyzed

projects shared indicators from several models, which often pointed to a lack of coherence between the formalized model and its implementation.

-----*Keywords:* sexual and reproductive health, health education models, adolescent, pregnancy, technical operators.

## Introducción

Los organismos de salud del mundo han reconocido la importancia de la población joven en el contexto de la salud mundial. Gracias a esta apreciación, se ha centrado la mirada en los jóvenes y se ha encontrado que son una población vulnerable, sobre la cual es necesario dirigir acciones concretas de investigación e intervención. La vivencia de una sexualidad insegura y las consecuencias que esta trae al joven han prendido las alarmas en los organismos de salud y ha ubicado el fenómeno de los embarazos adolescentes en un problema de salud pública, en tanto se reconoce el embarazo juvenil como uno de los factores que mantiene o aumenta el empobrecimiento de las comunidades. Las infecciones de transmisión sexual (ITS), consecuencia del mismo comportamiento sexual inseguro es otro resultado que deteriora el bienestar de la población juvenil [1]. Para quienes trabajan con adolescentes es sabido que esta población está iniciando su vida sexual activa a edades cada vez más tempranas y que dicha situación está generando un aumento en los embarazos adolescentes y los casos de ITS.

A lo anterior, Stern añade que las verdaderas razones por las cuales el embarazo adolescente ha venido a constituirse en un problema social no son, como frecuentemente se aduce, su supuesta colaboración en el crecimiento desmesurado de la población, las malas condiciones de salud y la pobreza de las comunidades, sino el aumento y la mayor visibilidad de los adolescentes; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres, los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia [2].

La situación de embarazos en adolescentes en Colombia no es diferente a la situación mundial; si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha descendido, pasando de 83 nacimientos por mil mujeres a 74, entre 2005 y 2010; la proporción de embarazos adolescentes no disminuyen. Según la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, el 19, 5% de las adolescentes (entre 15 y 19 años) ya es madre o está embarazada de su primer hijo, valor similar a la encuesta del 2005 [3].

En una investigación realizada sobre las Condiciones de Vida de los Adolescentes Jóvenes de la Ciudad de Medellín para el año 2006, se reportó que el 54,1% de los jóvenes encuestados ha tenido relaciones sexuales: el 56,2% para los hombres y el 45,9% para las mujeres. La edad promedio en que los jóvenes inician sus relaciones sexuales es a los 14,8 años (14,3 años para los hombres y 15,4 para las mujeres). Entre las jóvenes que refieren haber tenido relaciones sexuales, aproximadamente 1 de 4 estuvo en embarazo, especialmente en el nivel socioeconómico bajo. Las razones que arguyen para no utilizar un método de planificación son no tener dinero para comprar el anti-conceptivo, en el nivel económico bajo, y no creer en la posibilidad de un embarazo, en el nivel económico alto [1].

Se considera que las causas probables de este fenómeno pueden estar cifradas en la falta de apoyo, cariño y comunicación de los adolescentes con sus familias; la baja autoestima; la falta de asertividad ante las presiones de las parejas y el grupo de pares; la falta de modelos adecuados para imitar y la insuficiente o inadecuada educación sexual. Este último elemento muchas veces, producido desde los mismos programas de formación generados en la escuela o en el Estado [4].

Los programas y proyectos de educación sexual y reproductiva son concebidos con el objetivo de procurar mejorar las condiciones de vida de las comunidades. Sin embargo, a pesar de los grandes esfuerzos que se han realizado en la promoción de una vida sexual sana y responsable, las cifras de los embarazos adolescentes y los jóvenes infectados con ITS señalan que la problemática continúa.

Es importante destacar que algunos de los programas ejecutados en la ciudad se han centrado en informar y brindar métodos anticonceptivos a la población juvenil; sin embargo, fue conveniente ahondar más en el conocimiento de estos programas, para poder indagar cual era la naturaleza de sus intervenciones y determinar los modelos de Educación para la Salud desde donde se desarrollaron a partir de las experiencias de algunos actores de los programas.

En la ciudad de Medellín, las intervenciones de esta naturaleza dirigidas a adolescentes son ejecutadas desde diferentes organismos: organizaciones no gubernamentales (ONG) locales, organismos internacionales, instituciones educativas privadas y públicas y la secretaria de salud municipal. Los programas se ofrecen a la población urba-

na y rural, pero llegan especialmente a los adolescentes escolarizados. Y sus objetivos tienden a hacer un énfasis especial en la disminución de los embarazos adolescentes.

Identificar cuál es el modelo de Educación para la Salud que sustenta cada programa, brindó luces sobre la existencia de algunos factores que están influyendo en el desarrollo de las intervenciones. También se configuró en un insumo para plantear programas de salud sexual y reproductiva (SSR) más efectivos, lo cual puede redundar en reducir las cifras de adolescentes en embarazo y casos de ITS, asimismo proponer intervenciones que permitan a los jóvenes elaborar una construcción propia y autónoma sobre una sexualidad sana y responsable. Esto, a su vez, podrá impactar positivamente los índices de deserción escolar, de jóvenes trabajadores en el sector informal o con malas condiciones laborales, las muertes de bebés y madres por embarazos de alto riesgo, el empoderamiento de los jóvenes ante su vida sexual y la depresión en adolescentes que se ven abocados a abandonar su condición de jóvenes para asumir la vida de los adultos.

El trabajo elaborado alrededor de los discursos compartidos por los informantes clave permitió repensar las intervenciones que en materia de SSR se ofertan a la población adolescente, ya que como se conoce en los diferentes sectores de la sociedad, las dificultades vinculadas a la vida sexual de los jóvenes está afectando negativamente la calidad de vida de estos, población que motivó el desarrollo del presente estudio.

## Metodología

El estudio es de tipo cualitativo, utilizando la Teoría Fundada (TF) para el análisis de los datos del estudio, la cual permite hacer un acercamiento a la comprensión del conocimiento que tienen los sujetos y así lograr aproximaciones sistemáticas para descubrir aspectos significativos de la experiencia humana que permanecen inaccesibles a través de los métodos de verificación tradicionales [5]. Aunque la TF fue el diseño que guió la investigación, su alcance se dio hasta el surgimiento de categorías interpretativas, sin alcanzar el desarrollo de teorías explicativas.

Se utilizó el muestreo teórico, el cual se refiere a la recolección de los datos guiado por conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basado en el concepto de “hacer comparaciones”, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. Este no estaba predeterminado antes de iniciar la investigación, fue evolucionando y construyéndose a partir del análisis en el estudio [5].

Se utilizó como instrumento de recolección de datos la entrevista semiestructurada, con la cual se pretendió conocer las experiencias que tuvieron los diferentes ac-

tores de los programas en su participación. Este instrumento fue aplicado directamente por la investigadora principal, quien a través de la técnica conocida como bola de nieve, logró establecer contacto con todos los informantes clave. Esta técnica permitió que los profesionales de los programas remitieran a la investigación a otros colegas que tuvieron experiencias en programas similares. De la misma manera, los beneficiarios contactaron a la investigadora con otros jóvenes que también tuvieron experiencias en la participación de programas de esta naturaleza. Lo anterior fue posible ya que Medellín es una ciudad donde los gremios académicos suelen tener espacios de formación e interacción en común y los jóvenes de la ciudad de un mismo sector pueden acudir a diferentes instituciones, de carácter privado y público. La aplicación de este instrumento se realizó en los espacios habitados por los participantes, es decir, sus hogares o lugares de trabajo.

Los criterios de inclusión para los informantes clave fueron los siguientes: a) que los participantes fueran operadores técnicos y/o beneficiarios que hayan participado en programas de SSR; b) que los programas se hayan ejecutado durante el período 2004-2007; c) que se hayan desarrollado en la ciudad de Medellín y d) que fueran dirigidos a adolescentes. En total se analizaron 11 programas de SSR, algunos ejecutados por la administración municipal, otros por entidades privadas, instituciones educativas, ONG u organismos internacionales.

Para lograr identificar el modelo inherente en cada programa, se adoptó la propuesta de Serrano, postura valiosa para comprender los tipos de intervenciones existentes. Desde esta propuesta, existen unos “indicadores relevantes”, como su misma autora los nombra, que facilitaron la tipificación de cada propuesta en uno de estos modelos:

“...Considero como indicadores relevantes de un modelo de Educación para la Salud el estudio de las siguientes categorías:... los objetivos... el análisis de la realidad... la orientación metodológica y praxis educativa... y qué es salud...” [6]

Se utilizaron entonces los siguientes indicadores que fueron los temas abordados en las primeras entrevistas: a) los objetivos de los programas; b) el análisis de realidad o diagnóstico de la situación; c) la orientación metodológica y praxis educativa; d) el concepto de salud sobre la cual se sustenta el programa; y e) la noción que tenían los beneficiarios y profesionales sobre salud y SSR [6]. La identificación de estos indicadores por medio de las experiencias de los actores, posibilitó deducir el tipo de modelo que acogió cada propuesta analizada.

Para la autora, el modelo llamado “político-económico-ecológico”, recoge aquellas propuestas formativas que consideran la intervención desde el abordaje de los

diferentes determinantes que influyen en la conformación de las problemáticas y por ende, en sus posibles soluciones: el sujeto, su historia, su contexto, sus posibilidades y limitaciones. Es una visión ecológica de los fenómenos y una invitación a hacer uso del empoderamiento de las comunidades y los sujetos como dispositivo para superarlos o transformarlos.

Las entrevistas aplicadas a los operadores técnicos y los beneficiarios consideraban los mismos tópicos, sin embargo se diferenciaban en el lenguaje, buscando ser accesible a cada uno de ellos.

Para el análisis de las entrevistas se utilizaron técnicas de la TF como la codificación, categorización y teorización. Todos los momentos de análisis se realizaron con el total de los actores porque no era relevante para la investigación hacer un análisis por grupos, en tanto el interés que prevaleció para el estudio fue la identificación del modelo de educación para la salud subyacente en cada programa, y este objetivo se podría lograr con el análisis conjunto de la experiencia de todos los actores involucrados (beneficiarios y profesionales). El proceso de codificación y categorización atravesó tres fases: *codificación abierta*, donde se explica cómo los fenó-

Tabla 1. Características de los indicadores clave

Modelo	Objetivos	Indicadores		
		Análisis de la realidad	Orientación metodológica y praxis educativa	Concepción de salud
Informativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Considera la información como modificadora de hábitos</li> <li>-Se concibe la salud como algo individual</li> <li>-La salud está en función de la información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hace énfasis en los contenidos</li> <li>-Humanidad con malos hábitos</li> <li>-Desconocimiento de la práctica en el ambiente, cultura, estructura social</li> <li>-Se centra en la vida del individuo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Unidireccionalidad en la comunicación</li> <li>-Praxis educativa de tipo proteccionista</li> <li>-Procedimiento autoritario</li> <li>-Contenidos y metas unilaterales</li> <li>-Carece de proceso formativo y educativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausencia de enfermedad</li> <li>-Salud individual</li> <li>-No hay valoración de la autorresponsabilidad</li> </ul>
Persuasivo-motivacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Busca modificar pautas de comportamiento</li> <li>-Acentuar iniciativa del educador o institución social</li> <li>-Modelo preceptivo</li> <li>-Se explica en función de la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Individuos con estilos de vida no compatibles con la salud</li> <li>-Poder del medio ambiente para condicionar la conducta del hombre</li> <li>-Da importancia a lo que sucede fuera del ser humano, no a su interior</li> <li>-Se interesa por cultura y los valores de los grupos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hace énfasis en los efectos</li> <li>-Busca que el individuo tenga habilidades que otro le enseña</li> <li>-Acentúa metas individuales y adaptación social</li> <li>-No hay preparación del hombre para enfrentarse a sus competencias en materia de salud</li> <li>-Componente de retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Concibe la salud como fin en sí misma</li> <li>-Salud heterónoma que viene dada desde fuera, que se obtiene con habilidades</li> <li>-No le da participación crítica al hombre frente a los valores</li> </ul>
Político-económico-ecológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Busca reducir las desigualdades ante la salud</li> <li>-Protagonismo del hombre en su salud</li> <li>-Intervención sobre los individuos e investigación con la comunidad</li> <li>-Comprender las fuerzas económicas y políticas que modelan medio ambiente e influyen en la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Epidemiología social</li> <li>-Participación como tarea comunitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Considera la estructura social</li> <li>-Los problemas de la comunidad se llevan a una comprensión de una totalidad estructurada, analizando las relaciones patógenas y transformándolos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Busca la salud para todos</li> <li>-La salud viene de un cambio social y de estructuras económicas donde disminuyan las diferencias</li> <li>-Reconoce la importancia de la economía y política en salud</li> </ul>

menos se relacionan entre sí y cuyo proceso deriva en la conformación de unas categorías descriptivas. La segunda fase conocida como *codificación axial*, donde se agrupan los datos analizados en la codificación abierta, relacionando las categorías que, por su contenido y por los datos que aparecen nuevos, permiten establecer una correlación entre ellos. La relación encontrada entre las primeras categorías genera las categorías analíticas; en esta fase es posible empezar a vislumbrar explicaciones de las condiciones y consecuencias del fenómeno. Finalmente se realiza la *codificación selectiva*, donde se refinan e integran las categorías analíticas llevándolas a un nivel interpretativo, para luego formar una matriz lógica que sirve de pilar al surgimiento de la teoría [5].

La aplicación de la TF para esta investigación en particular se presentó de la siguiente manera: en la primera fase se realizaron seis entrevistas con previo consentimiento informado, cuyos actores involucra-

dos fueron: cuatro operadores técnicos y dos jóvenes beneficiarios de los programas.

Terminada esta fase se procedió a codificar las entrevistas (codificación abierta) de las cuales se generaron 13 categorías descriptivas (figura 1). La conformación de estas categorías direccionó un ajuste del instrumento en el que se buscó seguir indagando por las categorías que aún no estaban saturadas. Este nuevo instrumento se aplicó a cinco actores de los programas: tres operadores técnicos y dos beneficiarios. Estas últimas entrevistas buscaban la relación de las categorías descriptivas (codificación axial), conformando así cuatro categorías analíticas (tabla 2).

Finalmente, después de la saturación de éstas últimas, se reformuló una vez más la entrevista aplicándose a cinco nuevos actores: tres operadores técnicos y dos beneficiarios. A partir de allí, mediante codificación selectiva, se validaron las categorías analíticas buscando la

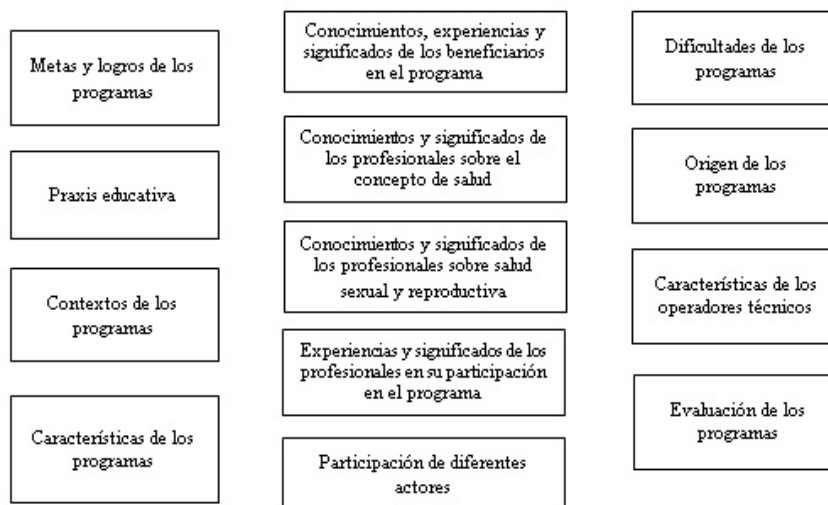


Figura 1. Categorías descriptivas resultantes de la codificación abierta

relación final entre éstas, emergiendo así cuatro categorías interpretativas que permitieron conformar una matriz analítica de la cual se derivaron los resultados que se presentan en este artículo.

## Resultados

En la presente publicación solo se presenta la categoría interpretativa central ya que condensa la mayor cantidad de información aportada por los informantes clave y la de más relevancia para comprender los programas que se revisaron. Esta categoría fue denominada “*Las intervenciones en salud sexual y reproductiva presentaron una*

*mixtura de indicadores que no posibilita la definición de cada una de éstas en un solo modelo de educación para la salud*” y fue el resultado de la exploración de la categoría analítica llamada “*Los diseños de los programas pueden determinar su éxito o fracaso*” junto con los nuevos datos arrojados en la codificación selectiva.

En la figura 2 se presenta la matriz lógica en la que se muestra de manera coherente el discurso de los informantes en un esquema que permite reconocer las dinámicas e interacciones que se dan entre las categorías que conformaron la categoría principal.

A continuación se presentan cada una de estas, sustentadas por fragmentos de entrevistas y finalmente ana-



**Tabla 2.** Categorías analíticas resultantes de la codificación axial

Categoría descriptiva (Codificación abierta)	Categoría analítica (Codificación axial)
Metas y logros de los programas	
Dificultades de los programas	
Características de los programas	Los diseños de los programas pueden determinar su éxito o fracaso
Evaluación de los programas	
Praxis educativa	
Características de los operadores técnicos	
Conocimientos y significados de los profesionales sobre el concepto de salud	Los conocimientos, características y experiencias de los operadores técnicos pueden influir sobre la praxis en los programas
Conocimientos y significados de los profesionales sobre salud sexual y reproductiva	
Experiencias y significados de los profesionales en su participación en el programa	
Contextos de los programas	Los contextos para los programas de salud sexual y reproductiva pueden influir en la forma como participan los diferentes actores
Origen de los programas	
Participación de diferentes actores	
Conocimientos, experiencias y significados de los beneficiarios en el programa	Los conocimientos y las percepciones previas de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva generan escenarios particulares para la vivencia de la sexualidad

lizadas a partir de la revisión bibliográfica e interpretaciones realizadas por el investigador.

**La posición ideológica antecede la elaboración teórica**

Rastreando las bases conceptuales de los programas, algunos operadores técnicos señalaron que por encima de las elaboraciones teóricas existe algo que las antecede y esto es las posiciones ideológicas. Según los operadores técnicos, los proyectos que aborden el tema de la sexualidad poseen implícitamente un contenido político en tanto con ellos se busca promover una manera de vivir, en este caso, la sexualidad. Asimismo, señalaron que los proyectos en salud sexual y reproductiva, al igual que todo trabajo de prevención, suelen tener componentes morales, en la medida en que éstos estén dirigidos a dar juicios de

valor o de normatividad a cierto tipo de comportamientos, bajo la idea del deber ser. Al respecto, un operador técnico de uno de los proyectos abordados comentó:

... y los (proyectos) de sexualidad es clarísimo, incluso, el fuerte contenido político. Políticos, quiero decir que hay grupos de la sociedad que están a favor de ciertas cosas y hay otros en contra de ellas y viceversa y... Pero son de matarse, no se pueden ni mirar y que de alguna manera quieren influenciar la manera como uno da la formación... (E13 P34 C69).

Estas posturas van en la misma línea del pensamiento de Michel Foucault, cuando argumenta que existen dos esferas o centros de poder, los cuales elaboran sus propios discursos y su propia legitimación. Una de estas esferas está constituida por la ciencia y la otra por los demás elementos que integran la cultura: lo ideológico, las diferencias de género, las prácticas discriminatorias, las normas y los criterios de normalidad [6].

Estos discursos (el científico, el normativo, el cultural) sobre los cuales los proyectos de salud sexual y reproductiva se fundamentan, adquieren una fuerza y una capacidad de expandirse, que generan formas de poder. Poder que es utilizado por diferentes estamentos (Estado, iglesia, escuela) para producir con ellos ciertos tipos de respuestas en los jóvenes.

**El contexto particular de la ciudad crea unas condiciones que determinan el desarrollo de los programas de SSR**

Uno de los elementos importantes que se destacó en el contexto fueron los imaginarios o representaciones que sobre los jóvenes se han tenido acerca del manejo de su sexualidad. En la ciudad ha sido muy común asociar a los jóvenes con adjetivos como irresponsables, liberales y descontrolados, lo que los hace más vulnerables a las problemáticas asociadas a la salud sexual y reproductiva, en tanto se les considera incapaces de manejar adecuadamente los métodos anticonceptivos y tener una sexualidad responsable.

Sin embargo, este señalamiento no es suficiente para entender el contexto bajo el cual se desarrolla un programa de SSR. También se destacó que fue poco el acompañamiento que tuvieron los jóvenes, principalmente los de estratos bajos, por parte de los adultos significativos en el tema de SSR, siendo una de las razones que dichos adultos no recibieron de sus familias este tipo de educación, bien sea por desconocimiento o porque se consideraba indebido o pecaminoso ahondar sobre el asunto [8]. Es de anotar que, si bien para la investigación no fue relevante establecer diferencias entre las experiencias de los actores según el estrato socioeconómico del joven, el análisis de los datos permitió entrever la marcada di-

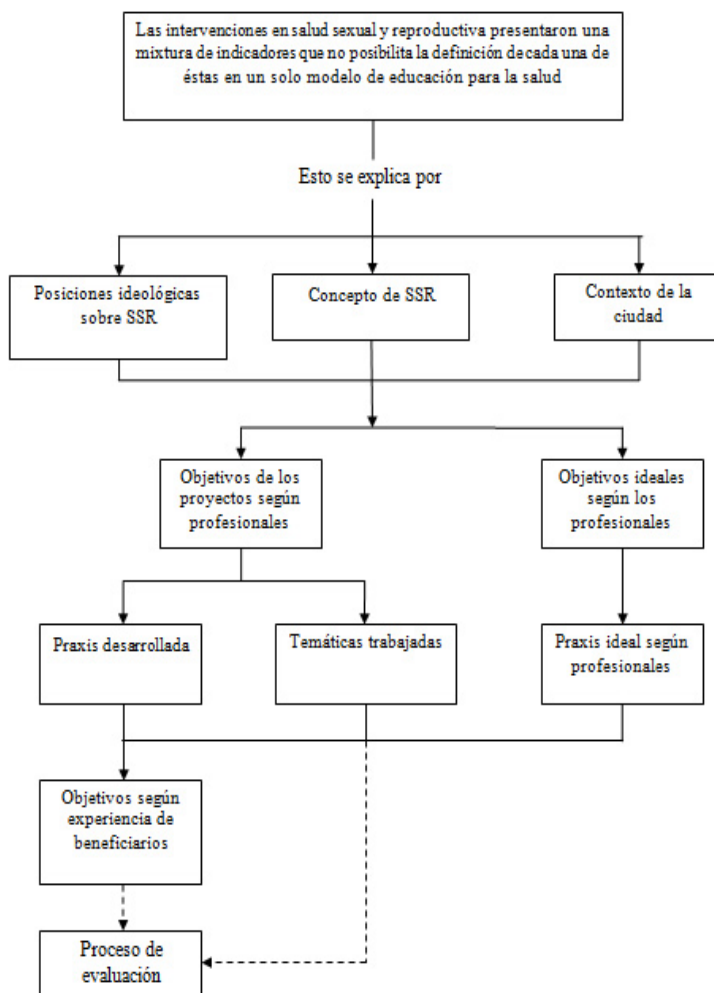


Figura 2. Modelo explicativo de las interacciones entre las categorías

ferencia de este aspecto entre ambas poblaciones. Nuevamente, es factible explicar este asunto desde la educación recibida por los adultos que los acompañan, ya que se podría esperar que los padres y/o cuidadores de un joven de estrato alto puedan tener mejor formación académica, y en esta medida, tener una formación más permeada por ideas sustentadas desde el conocimiento académico, que los adultos significativos para los adolescentes de los estratos bajos.

Ahora bien, la percepción de “pecaminoso” de la educación sexual, razón por la cual los adultos significativos no recibieron y/o no acompañan en la formación sexual a los jóvenes, tiene que ver con los preceptos derivados de la tradición judeocristiana, desde la cual se rechazan algunas de las estrategias de salud sexual y reproductiva, indicando que estas incluyen elementos

que se pueden interpretar como moral o culturalmente conflictivos y han defendido el valor espiritual de la virginidad como la forma en la que el ser humano alcanza el más alto nivel de pureza; por tanto, la sexualidad es vista como una actividad impura si no tiene por objeto la reproducción humana, la que sólo se permite dentro del matrimonio; pues toda otra actividad sexual sería condenada por la religión [9].

Es por esta razón que, a raíz de la ausencia de los padres en el acompañamiento a sus hijos para el aprendizaje sobre la vida sexual, la escuela se ha visto abocada a responder con dicha tarea. Sin embargo, este acompañamiento tampoco ha sido asumido por las instituciones educativas, puesto que a pesar de que existen los proyectos de educación sexual obligatorios, el do-

cente no tiene la preparación suficiente y/o la motivación necesaria para llevar a cabo este acompañamiento.

Sumado a lo anterior, el factor económico también ha sido preponderante entre los elementos que influyen para que los proyectos de salud sexual y reproductiva no generen los resultados esperados. Nuevamente, el análisis de los datos evidencian que los jóvenes de estrato bajo tienen menos posibilidades de adquirir los métodos de planificación debido a su costo, a su vez que se han visto afectados de manera significativa por el desplazamiento causado gracias al conflicto armado. Todo esto se puede contrastar con las altas tasas de embarazo en los estratos populares en comparación con las bajas tasas que se encuentran en los estratos altos [10]. Esta situación hace que la condición de pobreza de estos jóvenes se siga perpetuando, en tanto se ven abocados a la deserción escolar para poder buscar la manutención de su hijo por medio de cualquier tipo de trabajo y deteriorando así su calidad de vida [11].

### **Sobre los conceptos de SSR que los operadores técnicos vinculan a los programas: entre el bienestar y la perspectiva de derechos**

La investigación permitió establecer que algunos de los proyectos abordados retomaron el concepto de SSR planteado por la OMS [12]. Otro grupo de proyectos construyeron sus propias nociones bajo la idea de la sexualidad como algo que trasciende la genitalidad, y otros más prefirieron construirlo junto con los jóvenes. La coordinadora de uno de los proyectos lo expresaba así:

“...nosotros no tuvimos, precisamente no tuvimos como un antecedente, ni preguntamos, nosotros nos basamos en que los adolescentes construyeran este concepto de sexualidad...” (E1 P7 C35).

Estos conceptos de SSR de la OMS y los elaborados en los proyectos, trascendieron la visión biomédica de la sexualidad y la comprendieron desde una perspectiva más holística. Esta posición va en la misma dirección del modelo político-económico-ecológico propuesto por Serrano, el cual propone un concepto de salud que parta de la construcción de la comunidad [6].

Objetivos de los proyectos según los operadores técnicos: entre la prevención biomédica, los estilos de vida saludables y el empoderamiento

Fueron muy reiterativos los proyectos que apuntaban a la prevención de ciertos eventos relacionados con la SSR (embarazo, contagio por ITS, VIH/SIDA, violencia sexual y consumo de sustancias psicoactivas) y en cuyo trasfondo se buscaba que los adolescentes tuviesen un tipo de respuesta ante eventos asociados con su vida sexual. Otros proyectos pretendían “evitar comportamientos de riesgo”, promover “conductas de autocuidado” y que el joven adquiriera “estilos de vida saludable” asociados a la vivencia de su sexualidad [13]. Estos, según

Serrano se enmarcan en el modelo persuasivo-motivacional en el cual el facilitador se pone como ejemplo a seguir o lleva una propuesta de “cómo se debe actuar” para estar sano o en estado de bienestar [6].

...Nosotros queríamos bajar el embarazo adolescente en la ciudad, queríamos bajar la prevalencia de infecciones de transmisión sexual, queríamos aumentar el uso de los métodos anticonceptivos, queríamos... ya como lo otro era más abstracto, pero en realidad los eventos de salud pública que nosotros queríamos trabajar eran esos... (E6 P42 C181).

También se destacaron otras intervenciones que privilegiaron las construcciones que los beneficiarios podían lograr alrededor del concepto de sexualidad. En estas propuestas, según los actores entrevistados, se buscaba que los adolescentes conocieran, indagaran y resignificaran los derechos sexuales y reproductivos; que el joven se empoderara de su cuerpo y del uso que otros pudieran querer darle al mismo y, a su vez, que tomara una posición crítica ante la información que le llega del medio. Este tipo de objetivos obedecieron, desde la propuesta de Serrano, a los modelos de educación para la salud político-económico-ecológico, propuesta que involucra a las comunidades en la construcción de los saberes que se van a dar en el proceso formativo, entendiendo al ser humano como un sujeto poseedor de conocimientos [6]. Todos los programas trabajaron por conseguir múltiples logros y ninguno se pudo ubicar, desde el análisis de sus objetivos, en un solo modelo de educación para la salud.

### **Los objetivos que deben perseguir los proyectos según los operadores técnicos**

Ante las percepciones que tenían los profesionales sobre los objetivos que pretendían conseguir los programas, los cuales, según ellos, se quedaban sólo en la búsqueda de la reducción del embarazo adolescente, los operadores técnicos consideraron que estas metas deberían trascender a la promoción de la vivencia de una sexualidad más enriquecedora para el sujeto:

...Creo que también los talleres con las intervenciones pedagógicas que se hagan, es importante que... como que no lo hagan solamente porque hay unas metas del milenio que también tienen objetivos económicos por allí guardaditos, o sea que no le coman cuento solamente a ese asunto de control, de control de natalidad, de control de la sexualidad, sino que les enseñen a ellos un poco a ser un poquito como responsables pero también la sexualidad puede ser emancipadora, pues la sexualidad y eso lo dice muy bellamente Octavio Paz, es una potencia de transformación y de emancipación de la sociedad, si empezamos a vivirla de otra manera... (E8 P36 C110).

Sin embargo, donde más consenso se encontró con respecto a los objetivos que “deberían buscar” este tipo de intervenciones fue en que el joven desarrollara un



pensamiento crítico, que pensara su vida sexual, permitiendo discernir sobre la información que constantemente le está llegando del medio que habita. Lo que se esperaba a partir de este enfoque, era que los embarazos adolescentes y los cambios en ciertos comportamientos de riesgo se dieran como efecto de la formación:

“...nunca buscamos ni reducir embarazos adolescentes, nunca, ni curar la homosexualidad, menos, ni convencer estos muchachos de que, de que tener una pareja estable era, era camino seguro a no contagiarse con una ITS, nunca, eso como te digo venía por añadidura...” (E4 P15 C118).

De múltiples formas los profesionales aludieron a la necesidad de que el adolescente tuviera la posibilidad de reconocerse como un sujeto sexuado, reactualizara su historia, se sensibilizara frente a su proyecto de vida y tomara decisiones basadas en ese proceso de autorreconocimiento y de reflexión.

### **Temáticas trabajadas: la SSR como eje del trabajo**

Se podría afirmar que casi todos los proyectos abordaron temas muy similares y son pocas las excepciones donde se trataron contenidos que no aparecieran en las otras propuestas. Los temas que no faltaron en casi ningún proyecto fueron los relacionados a los métodos anticonceptivos, las ITS, el VIH-SIDA, los riesgos del embarazo en la adolescencia y el autocuidado. Al respecto, una beneficiaria refiere:

...hemos trabajado lo de la violencia, el noviazgo, la sexualidad, cómo planificar, lo de... el período menstrual de cada mujer, las relaciones de... pues de varias personas, que no seamos promiscuos. Si es como eso, las relaciones entre novios más que todo, que nos cuidemos, que el condón, que las diferentes formas, que las enfermedades que eso puede producir, que el embarazo en nosotras muy jóvenes, que tenemos que controlarnos, las relaciones estables entre parejas... (E16 P5 C12).

Pero algunos proyectos tuvieron temas que caracterizaron un poco su intervención, por darles un contenido diferente a lo trabajado en otros programas. Algunos de ellos hicieron énfasis en la educación sexual en la familia, otros trabajaron la construcción de género, el afecto, las relaciones familiares, la salud, las relaciones entre pares, la farmacodependencia, el conflicto, las condiciones epidemiológicas de los adolescentes en la ciudad y/o el internet.

Si se hace un análisis de la naturaleza de los temas que se trabajaron en dichos proyectos se podría deducir que la mayoría de ellos tuvieron una temática centrada exclusivamente en la SSR. Muy pocas propuestas trascendieron el enfoque centrado en el problema y abordaron otros temas, que si bien no tocan directamente la SSR de los seres humanos, sí determinan la condición de ésta en los sujetos y las comunidades. Según Serrano,

aquellos modelos que consideran el contexto pueden tener una intervención más pertinente, en tanto tienen una visión más general, integral o completa del fenómeno, que aquellos que se centran en intervenir exclusivamente el problema, obviando la influencia de elementos del contexto que hacen que éste se mantenga o varíe [6].

### **Praxis desarrollada: desde la información hasta la construcción de aprendizajes**

En los proyectos de SSR se encontró la utilización de varias metodologías, desde brindar información hasta buscar la construcción de los aprendizajes de manera colectiva. Pero, la metodología más registrada en el discurso de los profesionales y de los beneficiarios sobre el trabajo que se hizo en las intervenciones grupales, fue la conferencia o charla, en la que un operador técnico transmite una información. Así lo registró uno de los profesionales entrevistados:

...En la segunda etapa que fue con el PP, me tocó en varias comunas ya en calidad de tallerista y entonces en los grupos de bachillerato básicamente desarrollábamos una serie de conferencias, de charlas, de encuentros. Unas mañanas en los colegios de la ciudad con unos grupos en los que presentábamos como la información básica fundamentalmente... (E14 P3 C6)

También fue muy común la estrategia de hacer entrega de métodos anticonceptivos, especialmente el condón. “...yo siempre que iba me medían la presión, me aplicaban la inyección, me pesaban, me medían ¿y qué más me hacían? Y ya, y me daban 4 condones...” (E11 P10 C24)

Por otro lado, los proyectos no sólo utilizaron estrategias metodológicas pensando en los adolescentes. La mayoría de intervenciones analizadas realizaron al menos una estrategia dirigida a otro tipo de actores como lo fueron los docentes y los padres de familia. Sin embargo, las actividades con estos actores fueron muy esporádicas y de poca intensidad. Al respecto, una profesional señala: “...en las escuelas de padres sí se tocaba el tema y se hacían algunos talleres, pero no con tanta fuerza como se hizo con los estudiantes...” (E7 P2 C3)

### **La praxis ideal según los profesionales**

La estrategia metodológica que por excelencia se debería implementar, según los operadores técnicos, es la metodología de taller reflexivo. Esta manera de abordar los temas privilegia las construcciones que realizan los jóvenes en el proceso formativo, permitiendo al sujeto reflexionar y construir los conceptos y conocimientos sobre los cuales se esté trabajando, sabiendo que en dicha elaboración entrarían en juego la historia personal de los participantes.

Los operadores técnicos refirieron que estos programas deben trascender el discurso de la ciencia y las disciplinas, para articular también el conocimiento de

los sujetos allí involucrados. Además, reconocieron que son pocos los programas que posibilitaron la generación de una elaboración personal de sus beneficiarios. Según los operadores, los logros de los programas seguían buscando otras metas y las condiciones que ofrecían para ejecutar el proyecto dificultaban la posibilidad de alcanzar toda la elaboración subjetiva que estas propuestas deberían promover. Así lo expresó la operadora técnica de uno de los programas:

"...yo creo que a veces se ha favorecido más decir participaron 2.000 jóvenes, así hayan participado en una sola actividad, a decir que participaron 20 en un proceso dinámico y que a esos 20 les cambió la vida. Es otra pues paradoja de las intervenciones..." (E9 P17 C49)

### **Objetivos según la experiencia de los beneficiarios: ser responsables y usar anticonceptivos**

La mayoría de los jóvenes argumentaron que los programas buscaban generar en el adolescente sentido de responsabilidad ante la vivencia de la sexualidad, informándolos sobre diversos temas, uno de ellos, el uso de métodos anticonceptivos. Esto, según ellos, porque es común que estos inicien su vida sexual activa sin pensar en las consecuencias que les puede acarrear en su vida.

"...Yo creo que (lo más importante en los proyectos de SSR) es saber qué es un órgano, un condón y todo eso, porque para uno hacer, pues tener algo tiene que saber cómo es o usarlos [...]. Porque ese es el objetivo de las personas que nos orientan, pues sobre la planificación, enseñarnos pues qué es cada cosa de esas y todo eso" (E11 P7 C15 y 16).

Estas lecturas que hacen los jóvenes de los proyectos fueron de gran valor para la comprensión de los modelos de educación para la salud inherentes a las intervenciones, ya que era muy probable que ellos desconocieran los objetivos formalizados de los proyectos, pero sí pudieron dar cuenta de las intenciones del programa por medio de los discursos que escuchaban del facilitador y de las actividades que les proponían. Todos estos elementos posibilitaron que el beneficiario analizara y definiera la intencionalidad de la propuesta y, al mismo tiempo, brindara la posibilidad de leer la coherencia entre los objetivos planteados por el programa, según el discurso de los operadores técnicos y la manera como se buscó alcanzarlos.

### **Proceso de evaluación de los programas: adquisición de conocimientos y cobertura**

Desde la experiencia de los operadores técnicos, los proyectos de SSR carecen de un proceso de evaluación definido, claro y continuo. Esto, aunado a las experiencias narradas por los beneficiarios, permitió deducir que las evaluaciones de estos proyectos se centraron en determinar los conocimientos adquiridos por los jóvenes o el cumplimien-

to de la cobertura en términos cuantitativos, dificultándose el poder determinar hasta dónde los cambios registrados en la valoración que se realizó a los jóvenes sí eran fruto del trabajo realizado y no de otros factores externos a este. Un operador técnico expresa su vivencia así:

"...yo como profesional pedí una nueva evaluación, yo quería saber en qué iba el tema... sobre todo que habíamos hecho muchas mejoras y cambios, yo quería ver si había diferencias. Efectivamente, el programa lograba mostrar diferencias. Que todo depende del programa no te lo sabría decir, porque... por ejemplo en el mundo escolar son tantas cosas las que impactan, o sobre el mundo de la familia y sobre la sociedad, que uno decir que: "¡Ay vea! Fue por mí que dejaron de consumir tanto" no. Yo no soy tan iluso de creer eso, lo que sí es que con esa evaluación sí logramos ver que probablemente sí haya alguna, alguna mejoría"... (E13 P29 C57)

Esto señala la complejidad a la que se enfrentan los operadores técnicos para comprender los fenómenos que aparecen alrededor de este tipo de intervenciones y cómo muchos de ellos se sentían sin los suficientes recursos técnicos, conceptuales, metodológicos y financieros para llevar a feliz término un proceso de evaluación que lograra identificar de manera objetiva los logros alcanzados con este tipo de programas.

## **Conclusiones**

No fue factible identificar una propuesta formativa que haya sido diseñada desde un solo modelo de educación para la salud. Todos los proyectos analizados compartían indicadores de varios modelos, lo cual señaló en varias ocasiones la falta de coherencia entre lo formalizado y lo ejecutado.

Las estrategias de intervención más utilizadas son aquellas que apuntan a evitar o promover cierto tipo de comportamientos, como aquel que pueda llevar a que una joven quede embarazada, o a adquirir una ITS. Según este indicador, los modelos de educación para la salud de las propuestas de intervención fueron en su generalidad de tipo persuasivo motivacional e informativo.

No depende solamente de los proyectos de salud sexual y reproductiva la promoción de una sexualidad sana en los adolescentes. Existen demasiados factores que intervienen en el bienestar de los sujetos para pretender remediar los problemas de orden sexual con programas que no alcanzan a mitigar todos los determinantes hostiles para el joven.

La mayoría de los temas trabajados en los proyectos estuvieron centrados exclusivamente en la salud sexual y reproductiva. Muy pocas propuestas trascendieron el enfoque centrado en el problema y obviaron plantear temas que determinan la condición de los sujetos frente a

su vivencia sexual, como las condiciones sociales, políticas y económicas del medio que habitan.

## Recomendaciones

Los proyectos de salud sexual y reproductiva deben trascender el objetivo de evitar el embarazo adolescente y/o los contagios por ITS; deben ir más allá, acompañando al joven en la construcción de un ciudadano ético, conocedor de un proyecto de vida y responsable de sus actos.

Las intervenciones deben superar la búsqueda de la transmisión de información y del cambio comportamental, para centrarse en la generación de espacios de reflexión, de reconocimiento, de argumentación y de toma de decisiones. Una metodología desarrollada desde esta perspectiva generará cambios en el comportamiento de los jóvenes que redundarán en la reducción de los casos de embarazos adolescentes y de ITS.

Es fundamental que el proceso formativo no esté centrado exclusivamente en el trabajo con jóvenes. La participación de los adultos significativos, como padres de familia y docentes, es condición necesaria para el éxito de los proyectos.

El estudio permitió establecer la importancia de proponer metodologías de trabajo que impliquen un proceso continuo con la población objetivo, de lo contrario no es posible esperar resultados significativos.

Es necesario que los programas se ocupen de ofrecer propuestas de calidad acordes a la realidad y las necesidades de los jóvenes. En esta medida, el objetivo de la cobertura no puede seguir siendo la prioridad de las propuestas.

Es necesario construir propuestas de intervención que sean coherentes entre los objetivos, la metodología y las bases conceptuales que las sustentan.

## Referencias

- 1 Grisales H. Condiciones de vida de los adolescentes jóvenes. Medellín. Tesis doctoral. Medellín: Nueva Era, 2006. p. 18
- 2 Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública Mex* 1997, 39: 137-143.
- 3 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) [Internet]. Bogotá: Profamilia, 2009 [acceso 30 de abril de 2012]. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-5.pdf>
- 4 Alcaldía de Medellín. Proyecto red de jóvenes. Reflexionar e intervenir: una propuesta de trabajo para la prevención de la farmacodependencia, la sexualidad insegura y la agresión en los y las jóvenes. Medellín: Alcaldía de Medellín, 2001. p. 44.
- 5 Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2002. pp. 20-21.
- 6 Serrano N. Educación para la salud y participación comunitaria: una perspectiva metodológica. Madrid: Díaz de Santos, 1990. pp. 37-41.
- 7 Ifrán D, Foucault M. Aproximación a claves de su pensamiento. [Internet] [Acceso 11 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://www.taciturno.be/spip.php?rubrique8>.
- 8 Patpatian J. Algunas consideraciones sobre el rol de los padres en la educación sexual de sus hijos. Montevideo: Editorial ACUPS, 2004. p. 21.
- 9 Mundigo A. Religión y salud reproductiva: encrucijadas y conflictos [Internet] [Acceso 11 de diciembre de 2009]. Disponible en: [http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Religion\\_y\\_salud\\_reproductiva\\_encrucijadas\\_conflictos.pdf](http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/Religion_y_salud_reproductiva_encrucijadas_conflictos.pdf)
- 10 Alcaldía de Medellín. Situación de salud en Medellín: indicadores básicos 2006: Secretaría de Salud de Medellín, 2007.
- 11 República de Colombia. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet] [Acceso 30 septiembre de 2011]. Disponible en: [http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public\\_htmlfile/%20politicassr.pdf](http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf)
- 12 Secretaría de Salud de Medellín. Redescubrirte: enhebrando saberes en salud y juventud. Medellín: La Secretaría, 2005. p. 43.
- 13 Imianowski S, Meneses RT, Ribeiro JP. Análisis de programas de salud sexual y reproductiva para escolares. *Tipica* [Internet] 2008 [Acceso 7 de octubre de 2011]; 4 (2): 49-54. Disponible en: [http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N2/vol4N2\\_imianowski\\_analisis\\_programas\\_salud\\_sexual\\_reproductiva\\_escolares.pdf](http://www.tipica.org/media/system/articulos/vol4N2/vol4N2_imianowski_analisis_programas_salud_sexual_reproductiva_escolares.pdf)