

Acciones

de educación para la salud en
derechos sexuales y reproductivos.
Referentes introductorios



Proyecto: Mejorando la salud de las mujeres y adolescentes en situación de vulnerabilidad. Colombia 2021-2024

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Guillermo Alfonso Jaramillo

Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Viceministro de Salud Pública
y Prestación de Servicios

Sandra Consuelo Manrique Mojica

Directora de Promoción y Prevención (E)

Ricardo Luque Núñez

Coordinador Grupo Sexualidad, Derechos
Sexuales y Derechos Reproductivos.

Pablo Andrés Rodríguez Camargo

Profesional Especializado en Sexualidad,
Derechos Sexuales y Reproductivos

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Gina Tambini Gómez

Representante
OPS/OMS en Colombia

Evelyne Ancion Degraff

Asesora Determinantes de
la Salud y Curso de Vida

Yeimy Catherine Rodríguez Alfonso

Consultora Nacional
SSR / Salud Materna y Neonatal

Marta Carolina Ibarra Avila

Consultora



Agradecimientos

Agradecimientos por los aportes en el proceso de diseño del contenido:

- Mayra Gómez Lugo. Universidad Konrad Lorenz, Grupo de investigación SexLab
- Leidy Ximena Hurtado Muelas. Coordinadora del Programa de Salud. Cabildo de Guambía, Cauca
- Liliana Ortiz. Profesional especializado. Secretaría de Salud Nariño
- Yuly Ramos. Docente. Secretaria de educación de Cundinamarca

Colombia, septiembre de 2024

Nota: Las guías de Acciones de Educación para la salud en Derechos Sexuales y Reproductivos fueron escritas usando un lenguaje sencillo dirigido a un público amplio que incluye talento humano no especializado de diferentes niveles de formación. Se uso intencionalmente la primera persona del plural para generar una lectura cálida, cercana y reflexiva. Con relación al lenguaje inclusivo, se usaron recursos como: evitar el masculino como genérico y en su lugar usar sustantivos abstractos, colectivos y neutros, así como la expresión persona o personas. Cuando esto no fue posible, se usaron los pronombres las y los. Ahora bien, el artículo "les", que reconoce a las personas no binarias, no se incluyó en la redacción para facilitar la lectura y siempre están incluidas en las personas. Lo anterior, no significa el no reconocimiento de las diversidades. Se enfatiza en la importancia de verificar siempre la manera como cada persona prefiera ser reconocida y por lo tanto nombrada en los espacios de los cuales participa.



07

Introducción

07

¿Cómo contribuye la educación para la salud a que las personas mantengan y mejoren su salud sexual y reproductiva?

11

¿Cuál es la función y qué características tiene una persona del sector salud que hace educación para la salud sexual y reproductiva?

13

¿Qué es el enfoque intercultural?

14

¿Qué es el enfoque interseccional?



15

¿Qué es el enfoque intergeneracional?

15

¿Qué habilidades sociales se necesitan para hacer acciones en educación para la salud sexual y reproductiva?

18

¿Cómo se hacen las acciones en educación para la salud sexual y reproductiva en el marco de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud?

20

Diagnóstico participativo

22

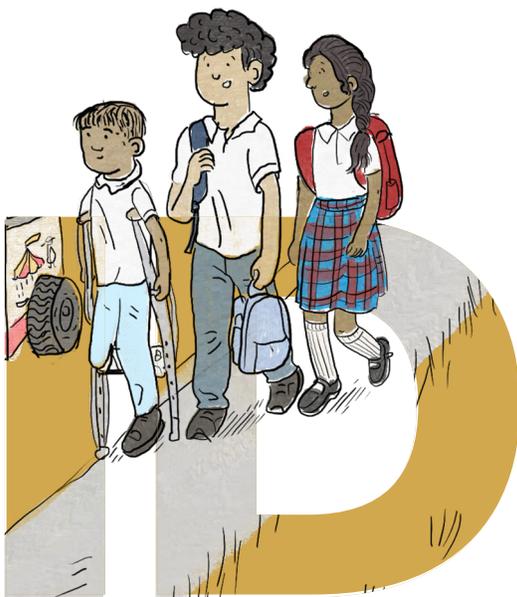
Acuerdos colectivos sobre el contenido de las actividades

23

Diseño de actividades con base en el aprendizaje experiencial

34

Referencias



GUÍA

No. 2

Acciones de educación
para la salud en derechos
sexuales y reproductivos.
Referentes introductorios



Introducción

La Guía 2 de este manual se concentra en hacer un aporte a las acciones de educación para la salud en derechos sexuales y reproductivos de las personas a lo largo de la vida, de acuerdo con sus características individuales, las relaciones que tienen, los lugares en los que viven y las condiciones de su entorno. Es decir, desde una **aproximación sistémica**. Para este fin se usa el concepto de **bienestar integral** como sinónimo de salud en el marco de los derechos humanos como garantía de las condiciones mínimas para experimentar dicho bienestar. El texto introduce los conceptos de enfoque intercultural, interseccional e intergeneracional para ser usados al diseñar Acciones de educación para la salud en derechos sexuales y reproductivos. Presenta las competencias socioemocionales básicas en las y los agentes educativos del sector salud para poner en práctica estos enfoques. Finalmente, presenta el enfoque dialógico como aproximación pedagógica para el diseño e implementación de las sesiones educativas en el marco de la política de salud de Colombia.

¿Cómo contribuye la educación para la salud a que las personas mantengan y mejoren su salud sexual y reproductiva?

Para poder tener las capacidades y condiciones para cuidar de nuestra salud sexual y reproductiva y la de las personas bajo nuestra responsabilidad, es necesario trabajar en varios niveles del modelo socioecológico. Recordemos: con cada persona (*individual*); en la manera en la que nos relacionamos con otras personas y como ellas se relacionan con nosotras (*microsistemas*); en las características de las comunidades a las que pertenecemos y en particular las características de los servicios en salud sexual y reproductiva disponibles (*mesosistema*); en los lugares en que vivimos y las oportunidades a las que podemos acceder (*exosistema*); por último, en el marco de las políticas, las normas legales y sociales de los contextos en los que vivimos (*macrosistema*).

Figura 1.



Elaboración propia con base en el modelo socioecológico de Bronfenbrenner 1978 en Vargas e Ibarra (2019)¹

Las acciones educativas contribuyen de maneras diferentes a cada uno de estos niveles del modelo socioecológico, para que las personas seamos capaces de tomar acción y de este modo mejorar y mantener nuestro bienestar y la salud de otras personas de nuestra familia y comunidad. Hay muchas formas de educación. En este material nos interesan las acciones educativas intencionadas, es decir, aquellas que se planean y tienen un objetivo específico. La educación para la salud busca contribuir al fortalecimiento de las personas y comunidades para que mejoren y mantengan su bienestar por medio de:

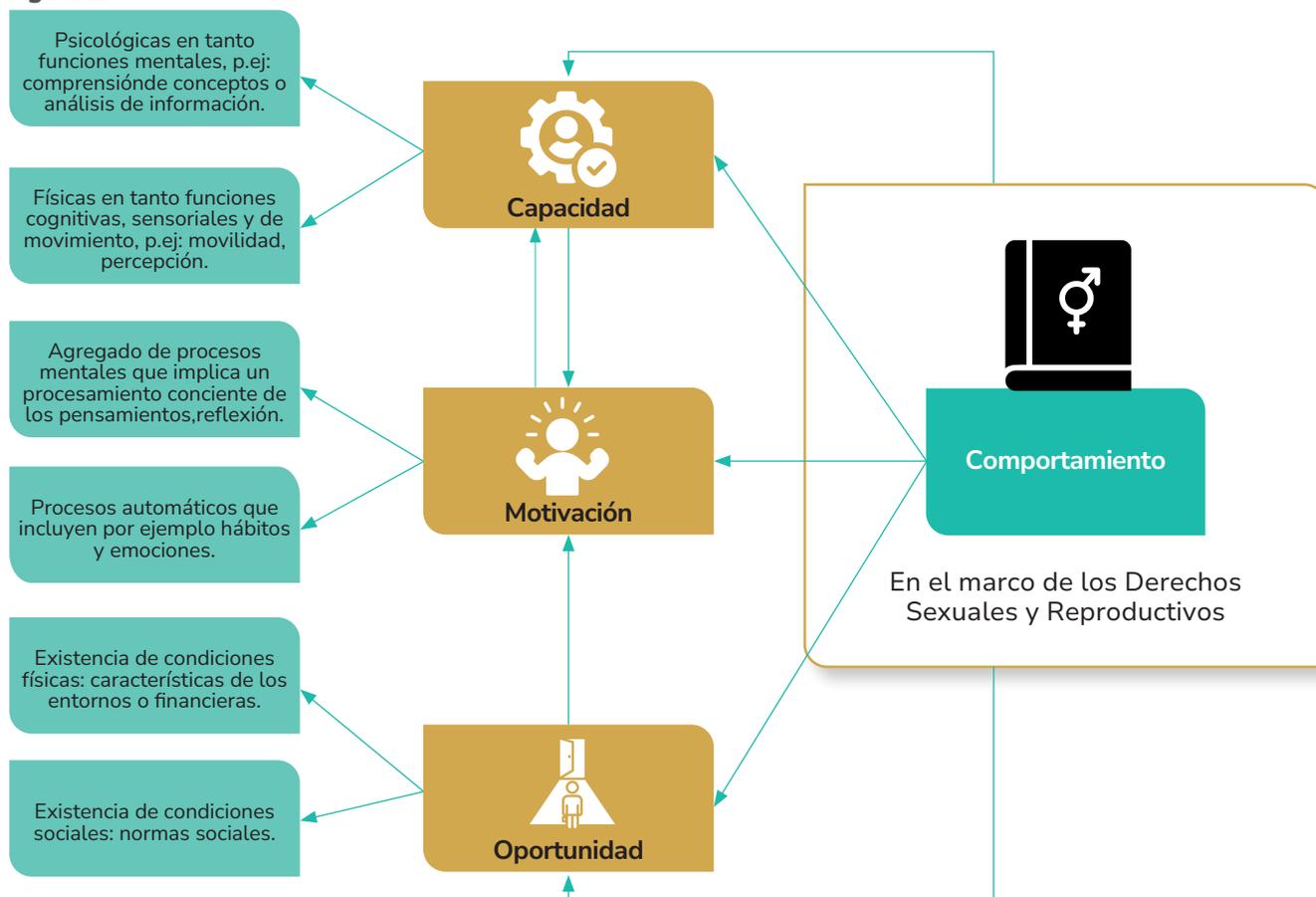
- El aumento o el mantenimiento de las capacidades, entendidas como las condiciones mentales para generar nuevos conocimientos/información y retenerlos, así como la mejora y cuidado de las condiciones físicas para llevar a cabo las actividades deseadas.
- El análisis y la promoción de las motivaciones en favor o en contra del bienestar, que son inclinaciones, actitudes, opiniones o emociones que potencian lo que queremos hacer o que lo limitan.
- La identificación y reflexión sobre las oportunidades. Es decir, las condicio-

¹Vargas-Trujillo, E., & Ibarra, M. C. (2019). El embarazo temprano: un fenómeno que trasciende lo individual. En Vargas-Trujillo, E., Flórez, C., Cortés, D., e Ibarra MC. (2019) Embarazo temprano: Evidencias de la investigación en Colombia, <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=9Lp9EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&dq=modelo+socioecol%C3%B3gico+salud+sexual+y+reproductiva&ots=sEkqj6COe&sig=RD46stKftCaUSu9skXLIKTGUcOl#v=onepage&q=modelo%20socioecol%C3%B3gico%20salud%20sexual%20y%20reproductiva&f=false>

nes tanto físicas (un puesto de salud, carretera, transporte) como sociales (las normas sociales, las personas a las que tenemos acceso) que el entorno inmediato ofrece y hace posible o no que cuidemos nuestra salud².

Estas dimensiones se pueden abordar a nivel individual o grupal, con una adolescente en la consulta, o con un grupo de adolescentes en el entorno escolar o con sus familias o las comunidades en las que viven.

Figura 2.



Modelos COM-B elaboración propias a partir West, R., & Michie, S. (2020)³.

El término información se usa con mucha frecuencia como sinónimo de educación. Dedicamos mucho tiempo a compartir con otras personas conocimientos que son importantes para que sepan más cosas. En este caso, para que tengan más conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva. Saber más sobre la salud nos ayuda a entendernos, entender a las demás per-

sonas y entender nuestros entornos. Por ejemplo, hay acciones puntuales que ayudan a difundir información importante para la salud de las personas, como saber que existe el condón, para qué sirve, cómo se usa y dónde se obtiene.

Ahora bien, la educación es mucho más que compartir información. De manera más

²West, R., & Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behavior and the PRIME Theory of motivation [v1]. Qeios. <https://www.qeios.com/read/WW04E6>

³Idem



puntual, la educación para la salud nos debe servir para mejorar nuestro bienestar. Para que la educación nos ayude a desarrollar comportamientos en favor de nuestra salud, debe abordar, además de los conocimientos, las motivaciones. Las motivaciones son muy importantes porque nos impulsan a querer cuidarnos y/o cuidar a las demás personas. Sin embargo, también nos limitan. Por ejemplo, una persona puede saber la importancia del uso del condón, pero no sentirse motivada a usarlo porque siente incomodidad al hablar del condón con sus parejas sexuales. Sin embargo, otra persona sabe qué es, cómo se usa y disfruta más de sus relaciones sexuales cuando usa el condón, pues se siente más tranquila y, por lo tanto, está motivada a usarlo o a pedir que se use.

La educación nos permite analizar y reflexionar acerca de las motivaciones que tenemos o que no tenemos para cuidar nuestra salud sexual y reproductiva. Hoy sabemos que las motivaciones son supremamente importantes para el cuidado de la salud, e incluso pueden llegar a ser más importantes que los conocimientos. Sin información y sin motivación es muy difícil mejorar la salud. Tener información, pero no tener motivación no es suficiente para lograrlo. Si tenemos la motivación, es decir la actitud adecuada, se aprovechan mejor los nuevos conocimientos. Las personas estamos más dispuestas a aprender y algunas veces a desaprender, así que tener conocimientos y motivaciones facilita mejorar la salud.

La educación nos ayuda entonces a aumentar el conocimiento y a revisar las motivaciones. Como se mencionó anteriormente, tener una y otra favorece el bienestar y es ideal, pero aun así no es suficiente. Saber sobre nuestra salud sexual y reconocer

que cuidarla es valioso e importante no es equivalente a tener las oportunidades sociales y materiales para hacerlo. En nuestro ejemplo del condón, yo puedo ser una persona que sabe qué es, para qué sirve y dónde se obtiene. Puedo estar motivada a usar el condón y a pedirlo en mis relaciones sexuales, pero no tengo el dinero para comprarlo o no hay puesto de salud para obtenerlo, o en mi entorno social usar condón no es de “machos” o está mal visto que las mujeres hablen de condones. Las acciones de educación para la salud en derechos sexuales y reproductivos vuelve a jugar un



papel importante, porque nos permite analizar críticamente las condiciones que tenemos en nuestro entorno. La educación para salud nos ayuda a reconocer si tenemos o no relaciones interpersonales y sociales que favorecen nuestro bienestar a nivel sexual y reproductivo, así como a reconocer si tenemos acceso a los servicios mínimos que necesitamos para cuidar de nuestro bienestar. Igualmente, es útil para saber qué alternativas existen para mejorar las oportunidades a nivel social y exigir las condiciones materiales a las que tenemos derecho.

Por todo lo anterior, la educación es un medio para desarrollar las capacidades que nos permiten mantener y cuidar de nuestra salud sexual y reproductiva desde el nivel personal, interpersonal, comunitario y social. Para esto se debe abordar en las sesiones diferentes componentes de una capacidad: los conocimientos, las motivaciones y las oportunidades.

¿Cuál es la función y qué características debe tener una persona del sector salud que hace educación para la salud sexual y reproductiva?

En general, quienes hacemos educación en salud en el marco de las *Rutas de atención integral para la promoción y mantenimiento de la salud*, somos un apoyo que las personas, las familias, los grupos y las comunidades tienen para fortalecer sus capacidades y su acceso a recursos para mantener y mejorar su bienestar integral: físico, psicológico y social. Como se dijo anteriormente, tenemos un rol fundamental, delegado por el Estado, para ser garantes de los derechos de las personas en el campo de la sexualidad y la reproducción. Es decir

que somos **Titulares de obligaciones**. Específicamente, con relación a las acciones de educación para la salud en derechos sexuales y reproductivos, nuestra función es apoyar los procesos de aprendizaje en otras personas, poniendo a su servicio nuestras habilidades como agentes educativos según nuestra formación, así como las destrezas sociales que se esperan de nuestro rol como titulares de obligaciones.

Una persona que desarrolla Acciones de educación para la salud en derechos sexuales y reproductivos de manera planificada e intencionada necesita conocimientos básicos en el campo de la salud sexual y reproductiva, los derechos, al igual que un conjunto de habilidades interpersonales o blandas, como también se les denomina. Requiere también tener una metodología para el trabajo educativo coherente con los objetivos que se proponen en las *Rutas de atención integrales para la promoción y mantenimiento de la salud*. Las personas que trabajamos en educación en salud somos el vehículo para implementar las políticas públicas que contribuyen a la garantía de los derechos de todas las personas.

Contar con habilidades profesionales, sociales, así como con un método claro facilita que las personas con quienes se trabaja en las acciones educativas disfruten, se involucren y encuentren útiles estos espacios educativos. Las habilidades profesionales y sociales, así como un método de trabajo también son un recurso para nosotros como agentes educativos, pues nos permite cumplir los objetivos de nuestro trabajo y disfrutar haciéndolo.



Ahora bien, esta importante tarea tiene un reto adicional en comparación con otros campos de la salud. La sexualidad y la reproducción son temas muy sensibles. Esto no sucede porque sean difíciles en sí mismos, si no por el lugar que la sociedad les ha dado. Es muy frecuente encontrar grupos sociales en los que hablar de estos asuntos no está bien visto y las personas que creemos en estos contextos aprendemos a no ver o a no darle importancia a nuestra salud sexual y reproductiva, incluso, cuando ya hay afectaciones serias a nivel físico.

La mayoría de las personas hemos crecido en espacios en los que hablar de la sexualidad no está bien visto; o es un asunto del que solo hablan y deciden los hombres; o solo pueden hablar sobre las relaciones sexuales las personas adultas casadas que quieren o no quieren tener hijos y hacerlo en privado; o solo está bien hablar de la sexualidad de las personas heterosexuales. Cualquier otra orientación sexual o identidad debe ser secreta o producir vergüenza porque es desaprobada por la comunidad. Otras de las limitaciones de la educación en salud sexual y reproductiva es pensar que la sexualidad es negativa, inapropiada, vulgar, vergonzosa o demasiado íntima para hablarla con otros. Estos son algunos ejemplos de por qué, aunque la sexualidad

y la reproducción son temas sencillos, se deben abordar con mucha sensibilidad.

En este contexto, las personas que hacemos educación para la salud sexual y reproductiva requerimos trabajar mucho en fortalecer nuestras habilidades sociales como un recurso para poder crear la confianza necesaria para hablar de la sexualidad y la reproducción de manera tranquila y que las sesiones cumplan sus propósitos.

Otro recurso que nos permite fortalecer nuestra capacidad para aumentar la efectividad de las sesiones educativas es la perspectiva de género, de la que ya hablamos en la **Guía 1**. Esta perspectiva nos permite prestar mucha atención a situaciones cotidianas injustas e innecesarias que limitan el acceso equitativo a oportunidades y a la garantía de derechos, así como a aquellas que permiten promover las que favorecen la equidad, en razón del sexo, el género y la orientación sexual. Otros recursos son



los enfoques intercultural, interseccional e intergeneracional. Estos enfoques nos permiten entender mejor a todas las personas, ver el mundo desde su experiencia de vida y, por lo tanto, ajustar las estrategias educativas a las características de quienes participan en ellas. Dediquemos un tiempo a revisar cada uno de estos tres últimos enfoques y las habilidades sociales que nos permiten ponerlos en práctica.

¿Qué es el enfoque intercultural?

Colombia se destaca por la diversidad de culturas que la componen, y las personas que trabajamos en salud tenemos el privilegio de conocer de primera mano las maneras en las que diferentes grupos sociales cuidan su bienestar individual y colectivo. La **cultura** es la forma de vida específica que se crea a través de distintas tradiciones sociales, una lengua, una cosmovisión, una vida espiritual, formas de expresar el afecto, formas de organización de las personas que comparten esa cultura, formas de producir su sustento, hábitos alimentarios, su relación con la tierra, con la sexualidad, con

la reproducción, entre otras. Estas formas de vida particulares conforman una cultura porque son compartidas por un grupo de personas que la integran, que la hacen realidad y que la mantienen.

En Colombia tenemos cuatro grandes grupos étnicos oficialmente reconocidos: indígenas, afrocolombianos, raizales y rrom o gitanos. Cada uno de ellos está integrado en su interior por diferentes culturas. Estos grupos tienen una protección especial porque a lo largo de la historia se les ha puesto en una posición social desfavorable. Es decir que llevan formas de vida que no han sido reconocidas y valoradas igual que otras. Estos grupos no han tenido acceso a las mismas oportunidades que otros grupos sociales. Por lo tanto, no se han garantizado los derechos fundamentales de sus miembros, por lo que han tenido y aún tienen que enfrentar muchas barreras para mantener y mejorar su bienestar. Ahora bien, en Colombia hay otros grupos culturales además de grupos étnicos. Por ejemplo, las personas que vienen de otros países y pertenecen a otras culturas, las personas de regiones específicas dentro del país que tienen formas de vida particulares. Incluso hay subculturas dentro de un grupo más amplio. Todas las personas pertenecemos a una cultura con diferentes procesos históricos, con diferentes oportunidades y posiciones sociales que nos dan o no lugares de poder de los cuales debemos ser conscientes.

En este contexto, la **interculturalidad** es un enfoque de trabajo que nos invita a prestar mucha atención a la forma de relacionarnos desde el respeto profundo de las diferencias en los modos de vida. Es una disposición en la relación con personas de otra cultura para aprender y entender otras formas de vivir la vida y, por lo tanto, de



cuidar la salud sexual y reproductiva, sin juzgarlas. Como los garantes de derechos que somos es importante que los espacios educativos que facilitemos contribuyan a la equidad, reduzcan las desventajas y disminuyan las discriminaciones a las que las personas se han visto expuestas por la cultura a la que pertenecen. Los espacios educativos para la salud son una oportunidad para conocer y valorar las diferencias y las oportunidades de mejora del propio bienestar por medio del intercambio de saberes, según le parezca útil a cada cual, en función de su cultura y dentro del marco de los derechos humanos.

¿Qué es el enfoque interseccional?

Cada grupo social tiene, desde sus particularidades, unas formas de organización social de quienes conforman dicho grupo. Por ejemplo, dentro de una comunidad raizal, que ha sido históricamente excluida, hay hombres, mujeres, personas trans, personas con diferentes orientaciones sexuales y de diferentes edades, lo mismo que personas con alguna discapacidad física, sensorial o cognitiva. También puede haber quienes hayan tenido que salir de la isla para garantizar su seguridad. Aunque todas estas personas son de la misma comunidad raizal, cada una tiene una experiencia de vida diferente. Por ejemplo, en una niña raizal con discapacidad o en un hombre trans, raizal y desplazado se manifiestan diferentes características de manera simultánea. Esto modifica su posición social, es decir, la valoración favorable o desfavorable que una persona tiene dentro de su propia comunidad y con relación

a otras comunidades. Desafortunadamente, aunque todas las personas tenemos el mismo valor y derechos, no a todas se nos reconocen estos derechos por igual.

La presencia en una persona de condiciones y características que injustamente la sociedad no valora la pone en desventaja en comparación con otras personas de la misma comunidad o de otras comunidad. Esto aumenta la probabilidad de un trato inequitativo, a la vez que agudiza las desigualdades en el acceso a oportunidades y recursos. Por lo tanto, crea para cada persona una situación de vida particular que la pone en una condición de mayor vulnerabilidad. Así, el enfoque interseccional es la identificación de dos o más posiciones sociales desfavorables en una persona y la actuación intencional de adelantar acciones que minimicen o eliminen esas desventajas⁴ para mantener o mejorar su salud sexual y reproductiva.



⁴DANE (2023) Enfoque diferencial e intersectorial en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional>

¿Qué es el enfoque intergeneracional?

La **interculturalidad** es la sensibilidad al intercambio de saberes y experiencias entre personas de diferentes culturas, enmarcada en el respeto y la disposición de aprendizaje y comprensión mutua en la que se suceden también diferencias generacionales o de edades. Dado esto, como agentes educativos debemos tener presente que con frecuencia trabajamos con grupos o personas de una generación diferente a la nuestra.

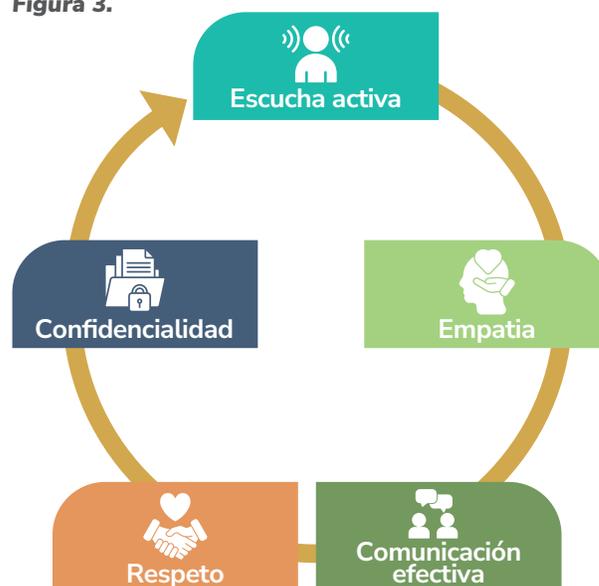
Una **generación** es un conjunto de personas que, por el año de su nacimiento, comparten referentes culturales similares y tienen posiciones sociales diferentes en función del grupo de edad en el que se encuentran y del momento del curso de vida en el que están: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez⁵.

La comprensión de la sexualidad y la reproducción es un aspecto de las sociedades en las que podemos identificar fácilmente que, con el paso del tiempo, los comportamientos han cambiado. Por ejemplo, la finalidad de las relaciones sexuales tenían un significado antes y después de la píldora anticonceptiva, o las posibilidades de la expresión de la orientación sexual en espacios públicos en diferentes periodos históricos. Así, el **enfoque intergeneracional** es una manera de trabajar en la que ponemos particular atención y cuidado al respeto por las diferentes maneras en las que las personas de edades diferentes a la nuestra entienden y viven la sexualidad y la reproducción, sin juzgarlas, ni querer imponer nuestra forma personal de entender y vivir la sexualidad dada la generación a la que pertenecemos.

¿Qué habilidades sociales se necesitan para hacer acciones en educación para la salud sexual y reproductiva?

Teniendo en cuenta lo descrito, el enfoque intercultural, interseccional, intergeneracional y de género, hace que las habilidades sociales adquieran una particular relevancia en nuestro trabajo como agentes educativos puesto que giran en torno a cómo tratamos a las demás personas con la suficiente sensibilidad frente a sus realidades y con respeto por cada una. Es en la calidad de las relaciones en donde se materializan los derechos humanos. Para los fines de este manual nos vamos a concentrar en cinco habilidades básicas que, quienes trabajamos en educación en salud, debemos cultivar. Estas habilidades básicas son muy importantes para poder implementar nuestras acciones educativas: **escucha activa, empatía, comunicación efectiva, respeto y confidencialidad.**

Figura 3.



Elaboración propia

⁵Agenda Nacional para la Igualdad Intergeneracional (2014) https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/OlderPersons/MIPAA/Ecuador_Annex1.pdf



Escucha activa

El escuchar de manera activa en espacios educativos es un comportamiento que evidencia la habilidad de las personas para utilizar todos sus sentidos para prestar atención cuando alguien les habla. Se caracteriza por una disposición intencionada para atender, de manera concentrada lo que escuchamos, y a la persona que nos habla, incluido su vocabulario no verbal. Cuando realmente escuchamos a la otra persona, solo tenemos lo que estamos escuchando en nuestra mente, sin asumir que sabemos lo que nos va a decir, sin empezar a pensar qué vamos a responder⁶.

En la escucha activa la persona espera que la otra persona exprese su opinión de manera completa y sin interrupciones, incluso si hay silencios breves mientras que, con nuestro vocabulario no verbal, le mostramos a la persona que habla que la estamos escuchando. Esto lo demostramos porque prestamos atención, y nuestras expresiones faciales le permiten entender que escuchamos lo que dice y la emoción con la que lo dice.

La escucha activa es muy importante en nuestras acciones educativas porque es el momento en el cual además de escuchar a las personas (sus expresiones, su postura no verbal, la manera en la organiza sus ideas, el contexto que le da a su participación, los aspectos que enfatiza en su aporte o en su pregunta), también las observa-

mos y aprendemos sobre ellas. En la conversación vemos sus características, nos aproximamos al contexto en el que vive, lo que valora, a la cultura que representa, las oportunidades o barreras que ha experimentado. Es decir, es desde la escucha que empezamos a usar los enfoques interculturales, interseccionales e intergeneracionales de manera genuina.



Empatía

La **empatía** es una manera de comportarnos, lo que significa que es una habilidad que podemos aprender y fortalecer. Por medio de esta demostramos que somos capaces de relacionarnos con otras personas de una manera en la que nos interesamos en ellas, las aceptamos sin preconcepciones ni prejuicios y, por lo tanto, es posible entender la situación desde su perspectiva⁷. La escucha activa nos facilita la empatía, pues es la que nos permite situarnos en los zapatos de quien nos habla, conocer cómo piensa, lo que valora y siente. Por lo tanto, nuestro comportamiento empático, tanto verbal como no verbal, nos permite reflejar que genuinamente entendemos con sensibilidad esa otra forma de vivir.

Los mejores resultados en quienes usan los espacios que facilitamos están asociados al comportamiento empático por parte de las personas que guiamos procesos en el campo de la salud y la educación. Esto porque, al trabajar de manera empática, se aumenta la satisfacción de las personas con las acciones en salud, incluidas las educativas. Asimismo, se aumenta la participación de las personas en la conversación y en las actividades pues sienten que se les escucha, entiende, y que las acciones se ajustan a sus necesidades e intereses.

⁶García, J. A. S., Ruiz, J. A., Baños, A. I. C., Lazaro, J. A. M., & Ramis, B. S. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276-292. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013

⁷Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukoulis, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare* 8 (1), 26. MDPI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151200/>



Comunicación efectiva

La comunicación efectiva también es una habilidad. Como lo veremos más adelante, las acciones educativas que como agentes en promoción de salud sexual y reproductiva facilitamos en el marco de las Rutas de atención integral para la promoción y mantenimiento de la salud, se caracterizan por el diálogo.

En el contexto de una conversación, la comunicación efectiva significa que cuando nos expresamos tanto verbal como no verbalmente es evidente que hemos considerado el espacio en el que nos encontramos, el objetivo de ese espacio y las características de quienes nos escuchan. La comunicación efectiva nos permite ajustar nuestras expresiones de tal manera que sea más fácil que las otras personas entiendan la

idea o pregunta que queremos compartir. Asimismo, posibilita que podamos comunicarnos de una manera en la que la conversación sea fluida y se facilite la expresión de las demás personas⁸.

Cuando nos comunicamos, las personas pueden tener en cuenta lo que decimos y la manera en que lo decimos y sentir que las escuchamos con empatía. Esto hace de la comunicación efectiva una de las principales habilidades sociales necesarias en el trabajo en educación en salud, tanto en consulta individual como en procesos grupales. De nuestra habilidad para comunicar con claridad nuestras ideas en el contexto del diálogo depende que las otras personas puedan reconocer durante la conversación que tienen muchos recursos para cuidar su salud y también se permitan reflexionar o cuestionar información, posturas, comportamientos o las condiciones de su entorno que pueden cambiar en pro de su bienestar desde su propia motivación y análisis crítico.

La investigación científica y la experiencia de las personas que usan los servicios de salud nos indican que el fin de la educación se cumple por medio de la comunicación efectiva. El regaño, el juicio, el señalamiento o la descalificación son formas de comunicar que no son efectivas en ningún proceso educativo. Por lo tanto, estas formas de comunicación nos son recomendadas en los espacios de educación en el campo de la salud.



Respeto⁹

Todas las personas son diferentes, tienen estilos y principios de vida distintos. Cada

⁸Afriyie, D. (2020). Effective communication between nurses and patients: an evolutionary concept analysis. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), 438-445. <https://www.britishjournalofcommunitynursing.com/content/professional/effective-communication-between-nurses-and-patients-an-evolutionary-concept-analysis/>

⁹Ronzi, S., Orton, L., Pope, D., Valtorta, N. K., & Bruce, N. G. (2018). What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Systematic Reviews*, 7, 1-22. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-018-0680-2>

persona tiene una historia y ha crecido en unos contextos particulares que hacen que su curso de vida sea único. Por ello, es frecuente trabajar en medio de diferentes comportamientos, valores e ideas, sobre todo con relación a la sexualidad y la reproducción. En este contexto se hace necesario el respeto, es decir, la actitud o inclinación hacia algo que se nota en nuestros comportamientos y opiniones.

El **respeto** es una actitud con la que demostramos consideración con el bienestar integral de las personas con quienes trabajamos. Por lo tanto, como personas que facilitamos acciones de educación para la salud en derechos sexuales y reproductivos, estamos atentas al efecto que sobre las otras personas tiene lo que hacemos y decimos. Prestamos mucha atención y pensamos con anticipación en cómo, quien nos escucha, puede sentirse consigo misma, cómo se va a sentir en la sesión y ante las personas que puedan estar presentes, para asegurarnos que nuestras palabras y actos no las lastimen o incomoden.

El respeto hacia las personas parecidas a mí es más sencillo. El respeto hacia personas con quienes tengo poco en común puede ser más retador. Sin embargo, ambos tipos de personas merecen mi respeto. Este es el primer paso para crear un ambiente en el que se puedan sentir bien y podamos desarrollar algo útil de manera conjunta y para que puedan compartir en los espacios educativos sus miedos, preocupaciones, dudas, malestares, dolores y vulnerabilidades con relación a la salud sexual y reproductiva, sin sentirse mal o avergonzadas. Es en ambientes de respeto y confianza, cuando más podemos contribuir en pro de su bienestar.

El respeto es la actitud fundamental para crear espacios en los que los derechos hu-

manos sexuales y reproductivos de las personas sean reconocidos, porque es parte de nuestra ética en el trabajo, porque respetamos genuinamente su forma única de ser. Esto es muy importante porque si las personas no se sienten respetadas, lo que se haga en las actividades educativas no será útil. Por el contrario, sin respeto, las acciones educativas pueden ser incluso dañinas. El respeto es la disposición fundamental para la garantía del derecho al trato digno.



Confidencialidad

La confidencialidad es una cualidad propia del trabajo hecho de manera ética, porque la ética es parte del respeto hacia los derechos de las personas. La **confidencialidad** es la protección de la información que nos cuentan, el compromiso de no contarle a nadie más sin el consentimiento de la persona que nos comparte asuntos personales o que para ella son privados. Así, la confidencialidad es la manera como las personas que trabajamos en educación para la salud sexual y reproductiva respetamos el derecho fundamental a la vida íntima que tienen tanto niñas, como niños, adolescentes, jóvenes, personas adultas y adultas mayores.

La confidencialidad es de suma importancia porque cuando se utilizan todas las habilidades sociales ya mencionadas –escucha activa, empatía, comunicación



efectiva— con una actitud respetuosa, las personas con quienes se trabaja van a confiar mucho en quienes desarrollamos acciones educativas. Debemos atesorar la información que nos comparten sobre su vida privada y guardarla solo para nosotros, sin traicionar en ningún momento la confianza que nos dieron, solo en situaciones muy particulares es legal romper esa confidencialidad. Por ejemplo cuando en las conversaciones identifiquemos que a una persona menor de edad le está sucediendo algo que pone en riesgo su bienestar, pues se vulneran sus derechos, debemos activar las rutas de atención definidas para ayudarla a ella y a su familia a crear entornos protectores, restituir esos derechos vulnerados y ayudarle a sentirse bien.

¿Cómo se hacen las acciones de educación para la salud sexual y reproductiva en el marco de la *Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud?*

Uno de los principales vehículos para cumplir nuestro objetivo de apoyar los procesos de aprendizaje en otras personas es la conversación planificada e intencionada en torno a los asuntos de su interés con relación a la sexualidad y la reproducción. Esas conversaciones que facilitan el aprendizaje pueden suceder en el marco de la consulta individual o en momentos específicos dentro de talleres y actividades divertidas cuando trabajamos con grupos. La conversación es un diálogo que implica que las personas participamos de igual manera, por turnos, hacemos aportes diferentes según la experiencia de vida y saberes de cada quién.

Si solo una persona habla es una conferencia o una exposición. Esta modalidad es muy útil para transmitir información, que se podría compartir también con volantes, comerciales de radio, videos o afiches. Si solo se escucha el saber que una persona quiere transmitir, no hay intercambio de pensamientos y opiniones. Tampoco hay análisis con base en otras experiencias y formas de vida, ni complemento sobre diferentes formas de ver una situación u otras formas de hacer las cosas. Con seguridad, en una exposición aumentan los conocimientos de quienes asisten sobre el asunto a tratar, elegido por quien las invitó. De nuevo, la información es muy importante, pero es insuficiente para fortalecer las capacidades de las personas para liderar sus propios procesos de bienestar, y aquellos de quienes están a su cargo y de sus comunidades.



En la educación para la salud, esta aproximación desde el diálogo es el principal recurso en las acciones educativas en el marco de la *Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud*. El diálogo nos invita sobre todo a escucharnos de manera empática, como ya se mencionó antes, pues así podemos conocer el modo de vida de las personas participantes, identificar las capacidades y conocimientos que ya tienen, analizar las oportunidades y barreras que identifican para actuar en pro de su bienestar y de las personas a su cargo, es decir, nos permite conocer su visión del mundo.

Al mismo tiempo, el diálogo permite que quienes asisten a las acciones educativas expresen en sus palabras qué les interesa, qué les preocupa y sobre todo qué quieren para su bienestar. Es decir, que quienes asisten participen de manera activa. Al participar, las personas se involucran, reconocen su rol activo en el cuidado de su bienestar y en el de quienes tienen a su cargo. También se dan cuenta que pueden ser activos en las soluciones a situaciones que no les permiten mantener o mejorar su salud. Esta aproximación se llama **pedagogía dialógica**¹⁰.

Debemos tener presente que como la salud de las personas depende de sus costumbres, sus historias, los recursos que tienen, y lo que ellas saben que les ha funcionado y lo que necesitan para cuidar su bienestar, las acciones educativas se deben adaptar a



cada participante. Esto porque las condiciones de vida varían de acuerdo al municipio, la comunidad, el barrio y la persona¹¹. La investigación en salud pública y en educación nos ha permitido identificar que cuando las acciones educativas se ajustan al contexto, y cuando las personas participan en el diseño o definición de lo que necesitan o les interesa en las acciones educativas en salud, estas acciones son más útiles y culturalmente relevantes¹². Además, los efectos de las acciones educativas tienen más probabilidad

¹⁰Cano, M., Díaz, T., Guarín, G., Londoño, A., Martínez, L., Martínez, R., Monsalve, C., Peñaranda, F., Santa, J., Torres, M., Vargas, J., Vásquez, A. (2022). *The Local Health System Sustainability Project (LHSS) Under the USAID Integrated Health Systems IDIQ*. Septiembre 2022. *Manual Metodológico y Pedagógico para el Desarrollo del Proceso de Educación para la Salud en el Marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud* - RIAS. Rockville, MD: Abt Associates. 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014 USAID Universidad de Antioquia

¹¹Marín G, Burhansstipanov L., Connell C.M., et al. A Research Agenda for Health Education Among Underserved Populations. *Health Education Quarterly*, 22(3),346-363. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019819402200307>
Garrido, M., Sufrinko, N., Max, J., & Cortes, N. (2018). *Where youth live, learn, and play matters: Tackling the social determinants of health in adolescent sexual and reproductive health*. *American Journal of Sexuality Education*, 13(3), 269-282. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15546128.2018.1458264>

¹²McCustian, C., Peteet, B., Burlaw, K., & Jacquez, F. (2023). *Sexual health interventions for racial/ethnic minorities using community-based participatory research: a systematic review*. *Health Education & Behavior*, 50(1), 107-120. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10901981211008378>

de mantenerse y ser sostenibles en el tiempo si las personas tienen las capacidades para cuidarse e identificar y aprovechar los recursos con los que cuentan en su contexto por sí mismas y, por lo tanto, tomar acciones para cambiarlo si este no les genera bienestar en el marco de los derechos humanos.

Como ya se ha mencionado anteriormente, muchos aspectos de la vida de las personas inciden en su estado de salud integral, es decir, en su bienestar físico, psicológico y social. Las condiciones de vida son diferentes de acuerdo al barrio, el contexto – urbano y urbano rural–, o la vereda en contextos rurales. Además, la posición social varía de una persona a otra de acuerdo al contexto. Conocer estas características nos permitirá planear acciones a la medida de las personas y comunidades para quienes están diseñadas. La planeación requiere tres momentos¹³: diagnóstico participativo; acuerdos colectivos sobre el contenido de las actividades y el diseño de actividades considerando la interseccionalidad, la interculturalidad, la perspectiva de género y el enfoque intergeneracional.

Diagnóstico participativo

Entre más específico y acotado sea el territorio de trabajo y el grupo de personas, mejor será el diagnóstico necesario en la planeación de las acciones en educación para la salud. Es importante que el equipo de salud y el grupo de personas a quienes están dirigidas las actividades respondan las siguientes preguntas de manera conjunta¹⁴:

1. ¿Cuáles son las condiciones económicas, sociales, y de los entornos comu-

nitarios inmediatos –tanto físicos como sociales– de las personas participantes?

2. ¿Qué servicios y oportunidades existen o no (disponibilidad) y a cuáles pueden o no asistir (acceso)?
3. ¿Qué significa para el grupo estar bien y cómo cuidan su salud en diversos aspectos incluida la salud sexual y reproductiva?
4. ¿Cómo describen en ese momento su estado de salud en diversos aspectos incluida la salud sexual y reproductiva?

Es ideal que este ejercicio diagnóstico se lleve a cabo con el equipo que trabaja en educación para la salud y un grupo representante de las personas participantes. Ahora bien, si estamos en consulta individual es importante incluir estas preguntas para poder entender las condiciones de vida, así como las oportunidades e intereses de quienes consultan. Nuestro trabajo también incluye usar otra información disponible para complementar el diagnóstico: aquello que las personas participantes no notan en su vida cotidiana o piensan que son situaciones aisladas y no saben que las comparten más personas. Por ejemplo, el desconocimiento sobre métodos de planificación familiar, o sobre violencia sexual en las niñas o un reporte de alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) específica. En ese diagnóstico participativo es indispensable usar los intereses y las necesidades expresadas por la comunidad, grupo o persona, nuestro conocimiento en salud y del territorio, así como las necesidades identificadas por medios de otras fuentes como informes, encuestas o sistemas de vigilancia epidemiológica

¹³Cano, M., Díaz, T., Guarín, G., Londoño, A., Martínez, L., Martínez, R., Monsalve, C., Peñaranda, F., Santa, J., Torres, M., Vargas, J., Vásquez, A. (2022). *The Local Health System Sustainability Project (LHSS) Under the USAID Integrated Health Systems IDIQ. Septiembre 2022. Manual Metodológico y Pedagógico para el Desarrollo del Proceso de Educación para la Salud en el Marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. Rockville, MD: Abt Associates. 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014 USAID Universidad de Antioquia.*

¹⁴Ibidem

sobre ese grupo específico de personas¹⁵ para planear con alto nivel de acierto las actividades a realizar.

Figura 4.



Elaboración propia

Acuerdos colectivos sobre el contenido de las actividades

Una vez realizado el diagnóstico participativo, es importante dedicar un tiempo para acordar los objetivos específicos de las actividades de educación para la salud incluida la salud sexual y reproductiva. Recordemos que es frecuente que las personas no identifiquen la sexualidad y la reproducción como asunto de su interés o como una prioridad en su bienestar o el de las personas que cuidan. Incluso, puede ser inusual para el grupo participante que su opinión sea tomada en cuenta desde el diseño. Cuidar mucho este momento de construcción

de acuerdos es importante porque de este modo existe desde el inicio un respeto genuino por la capacidad de las personas para analizar su propio bienestar y decidir sobre lo que más les conviene o interesa.

En estas conversaciones las personas que facilitamos acciones en salud sexual y reproductiva también podemos aportar nuestros conocimientos técnicos y experiencia profesional e invitar al grupo a considerar aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva que, de manera espontánea, no se hayan tenido en cuenta.

Una sugerencia es estimular el análisis de estos aspectos no incluidos por medio de preguntas, por ejemplo:
¿En lo que hemos conversado no he escuchado (mencionar el asunto)?
¿Qué opinan de tratar X tema, es importante, no es importante, ya han tenido la oportunidad de trabajar ese tema en otro espacio? ¿Alguna vez lo habían considerado?

Para definir los objetivos de las acciones de educación para la salud en derechos sexuales y reproductivos es importante apoyarse en la Resolución 3289 del 2018. En esta resolución se sugieren unos objetivos por cada momento del curso de vida, unas capacidades a consolidar y unos contenidos que las favorecen. Con base en ello, las guías de primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez también tienen unos objetivos ejemplo que podemos usar como insumo para la construcción de acuerdos grupales. Los objetivos finales serán entonces el producto de estos dos insumos. Por un lado, los intereses de

¹⁵Vargas Trujillo, E., & Gambarra D'Errico, H. (2008). Evaluación de programas y proyectos de intervención: una guía de enfoque de género. Universidad de los Andes <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa940462-171d-4025-879c-adcb32d8cf18/content>

las comunidades, grupos o personas y el conocimiento técnico y las sugerencias de las Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud.

Figura 5.



Adaptada a partir de Cano y cols. 2022¹⁶

Diseño de actividades con base en el aprendizaje experiencial

Una vez existe acuerdo sobre los aspectos a fortalecer con las sesiones educativas, las personas que hacemos acciones educativas intencionadas y estructuradas para la salud sexual y reproductiva debemos planear con detalle qué vamos a hacer en cada uno de los encuentros para lograr los objetivos específicos que se definieron de manera conjunta. La planeación tiene tres grandes partes fundamentales:

- La definición del objetivo de la sesión

- La estructura del desarrollo de la sesión
- La definición de la evaluación para verificar el logro de los objetivos definidos.

Definición del objetivo de la sesión

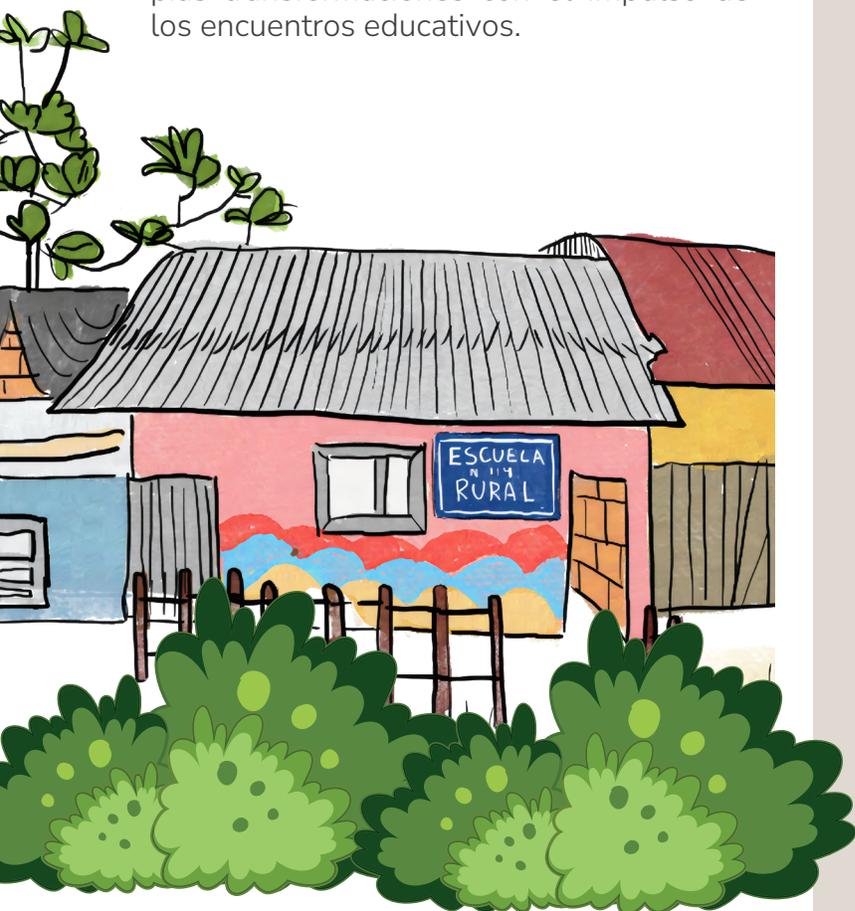
Fortalecer las habilidades o los comportamientos de las personas para mantener o cuidar su salud requiere de múltiples acciones simultáneas. Una de esas acciones son las sesiones de educación para la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos. Una habilidad o comportamiento tiene varias dimensiones como lo mencionamos al inicio de esta guía. Sin embargo, no está bajo nuestro control que se desarrolle una habilidad o que se ejecute un comportamiento deseado. Como agentes educativos en salud somos un recurso para facilitar a las personas el desarrollo de sus capacidades y, solo ellas por sí mismas cambian sus comportamientos. Nuestro aporte consiste en identificar el aspecto que más contribuye con el objetivo definido en el diagnóstico participativo. Este aspecto puede estar en la dimensión de los conocimientos, en la dimensión de las motivaciones o en el análisis crítico de las oportunidades materiales o de la norma social en los contextos en los que viven las personas.

Cada sesión individual, grupal o colectiva debe tener un solo objetivo específico porque en realidad se busca contribuir con aspectos claves de los comportamientos favorables para la salud sexual y reproductiva. Esto implica planear varias actividades que ayuden a reflexionar en torno a aspectos puntuales como la información, los conocimientos previos, diversos saberes que

¹⁶Cano, M., Díaz, T., Guarín, G., Londoño, A., Martínez, L., Martínez, R., Monsalve, C., Peñaranda, F., Santa, J., Torres, M., Vargas, J., Vásquez, A. (2022). *The Local Health System Sustainability Project (LHSS) Under the USAID Integrated Health Systems IDIQ*. Septiembre 2022. Manual Metodológico y Pedagógico para el Desarrollo del Proceso de Educación para la Salud en el Marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAs. Rockville, MD: Abt Associates. 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014 USAID Universidad de Antioquia.

se contrastan con los conocimientos de las otras personas que participan, o un conocimiento completamente nuevo.

También es importante reflexionar en cada sesión sobre las emociones, las actitudes o las posturas frente situaciones relacionadas con la sexualidad o la reproducción, o incluso discutir sobre las oportunidades que brinda el contexto inmediato para poder poner en práctica algunas capacidades. Cada uno de estos aspectos toma tiempo porque debemos cuidar mucho que la metodología participativa sea evidente en las acciones grupales. Cada persona tiene su ritmo y es importante crear un ambiente agradable de confianza en el que las personas se sientan cómodas y con el ánimo de participar, para así liderar sus propias transformaciones con el impulso de los encuentros educativos.



Todo lo anterior toma tiempo. Por lo tanto, se recomienda tener un solo objetivo para cada sesión enfatizando en su desarrollo el aspecto más pertinente: capacidades (conocimientos, revisión de información infundada); motivaciones (emociones, actitudes, opiniones) u oportunidades (acceso a servicios, red de soporte para la salud sexual y reproductiva, estereotipos y normas sociales favorables o desfavorables). Un objetivo claramente definido es específico¹⁷ (qué se quiere lograr al final de sesión, con quién y cómo), alcanzable (que se puede lograr en tiempo que dure la sesión) y nos deja pistas para poder evaluarlo (que podamos verificar con los aportes de quienes participan si se logró o no el objetivo). Un ejemplo de un objetivo sería el siguiente: al final de la sesión de dos horas, las familias de niñas y niños preadolescentes del barrio Estrellita conocerán formas de acompañar a sus hijas e hijos a vivir de manera positiva los cambios que llegarán con la pubertad a través del conocimiento de diferentes experiencias dentro de su comunidad. En las siguientes guías que integran este manual encontraremos ejemplos de objetivos generales de las sesiones. Recordemos que los objetivos ejemplo de este manual, así como los de la Resolución 3289 del 2018, son una guía y deben ser ajustados según los acuerdos con los grupos y el contexto, precisando los tiempos, participantes y metodologías a usar.

Estructura para el desarrollo de la sesión

Existen diferentes estructuras para definir el desarrollo de las sesiones a través del diálogo y con base en la experiencia cotidiana de las personas en sus contextos. Como en el marco de la Ruta integral de

¹⁷Vargas Trujillo, E., & Gambarra D'Errico, H. (2008). Evaluación de programas y proyectos de intervención: una guía de enfoque de género. Universidad de los Andes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa940462-171d-4025-879c-adcb32d8cf18/content>

atención para la promoción y mantenimiento de la salud se desarrollan acciones educativas con personas desde la infancia hasta la vejez, de manera individual, grupal y colectiva, existe un modelo sencillo y coherente con estos principios, que es útil para los procesos en educación para la salud: el **modelo experiencial**¹⁸.

Este modelo propone un ciclo que estructura el desarrollo de las sesiones. El aprendizaje experiencial es aquel que, como lo indica su nombre, se genera por medio de la reflexión sobre la propia experiencia.

Es una de las maneras en la que las personas aprendemos en la vida cotidiana al reflexionar sobre aquello que nos pasa. En el caso que nos interesa, esta aproximación se fundamenta en nuestra capacidad de analizar las situaciones en salud sexual y reproductiva, reflexionar sobre estas, cómo las hemos afrontado y, con nuevos elementos producto del diálogo de saberes, identificar nuevas maneras de afrontar dicha situación.

Este modelo propone un ciclo de cuatro momentos:

Figura 6.



Elaboración propia con base en el ciclo del aprendizaje experiencial de Kolb¹⁹

Apertura: en este momento hay un saludo y se hacen o recuerdan los acuerdos para la participación respetuosa. Se recomienda hacer una dinámica rompehielos, recoger algunas expectativas sobre la sesión y antes de empezar con las actividades que permiten el logro del objetivo de la sesión, hacer una pequeña evaluación para luego contrastar al final de la sesión y verificar si

este objetivo se logró. Sobre la evaluación hay una sección más adelante.

Momento 1. Experimentación concreta. Luego de la apertura, introducimos el asunto central del objetivo a trabajar en la sesión y presentamos el tema a trabajar. Para esto usamos un tema conocido por todo el grupo, que sea familiar y les haya

¹⁸Bhat, V. D. (2010). *Aprendizaje Experiencial Una Guía para Educadores (1)*. Instituto Regional de Educación. https://miclase.es/06A/modulo1/biblio_1/bhat_experiencial.pdf

¹⁹dem

sucedido y que trate una situación cotidiana con la que el grupo se pueda relacionar, es decir por medio de una experiencia concreta.

Esto nos permite activar la conversación, el diálogo en torno a una situación real o significativa compartida por las personas participantes. Recordemos que trabajamos con personas que están en diferentes momentos del curso de vida o son responsables de niñas y niños en la primera infancia y la infancia, de adolescentes e incluso de personas de la tercera edad. Esta experiencia puede ser una canción si estamos trabajando con adolescentes o un reto en la crianza si trabajamos con familias de niñas y niños en la infancia. También puede ser un caso, un juego o una foto que las mismas personas del grupo aporten .

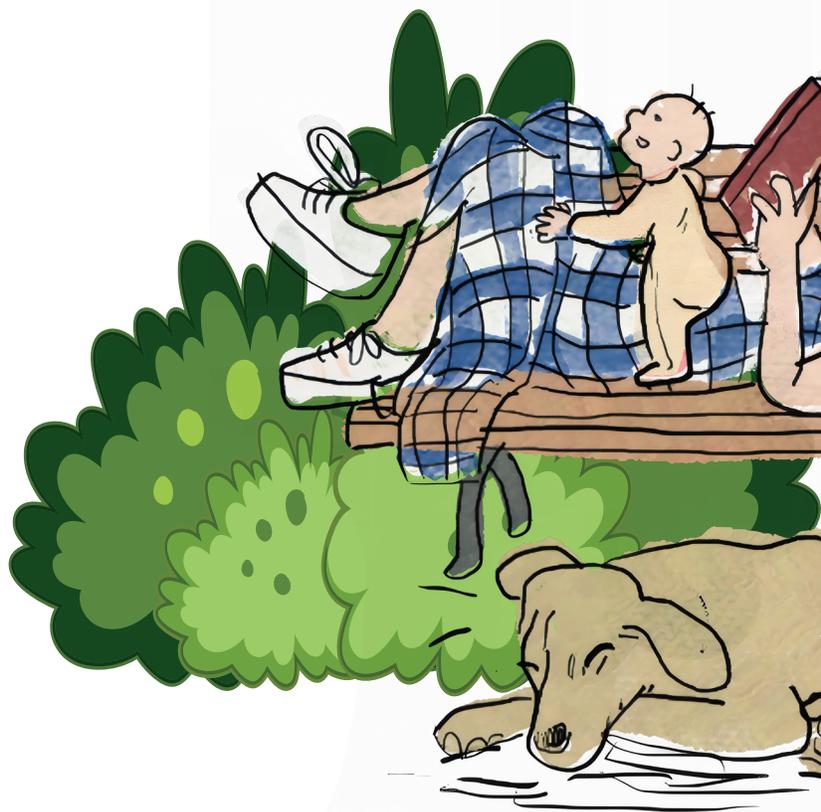
En este momento de la sesión nos concentramos en cómo nos sentimos con esa experiencia o qué hacemos en esas situaciones. Recordemos que las emociones están relacionadas con las motivaciones y nos permiten conocer cómo se aproxima el grupo al asunto central de interés a partir de una experiencia o situación conocida. Esto le facilita a las personas presentes comenzar a participar. Cuando se han compartido los pensamientos, opiniones, emociones sobre la experiencia concreta conocida pasamos al segundo momento, la observación reflexiva.

Momento 2. Observación reflexiva. En este momento hacemos otras preguntas en el grupo. ¿Por qué nos sentimos así? o ¿por qué hacemos las cosas como las hacemos? Al responder estas preguntas se comparten saberes de diferentes personas sobre el mismo asunto. Esto permite poner en práctica la interculturalidad porque nos acercamos al mundo único de las personas participantes. También les facilita a

quienes participan hacerse preguntas a sí mismas o identificarse con las respuestas y experiencia de otras personas.

Los momentos 1 de la experiencia concreta y 2 de la reflexión sobre esta experiencia le aportan a la sesión un conocimiento sobre cómo nos sentimos, qué opiniones existen y las similitudes y diferencias de significados, comprensiones y comportamientos. Con esta diversidad de opiniones y formas de entender un asunto sobre la sexualidad o la reproducción se puede pasar al momento 3, conceptualización abstracta.

Conceptualización abstracta. Este nombre técnico quiere decir que se pueden ver tendencias en la información que el grupo compartió. Unas pueden ser favorables al cuidado de la salud sexual y reproductiva. También podemos ver retos comunes para el cuidado de la salud, o las personas se dan cuenta que hay otras maneras muy diferentes de entender las situaciones y ahora tienen muchas más perspectivas.



De manera autónoma o por medio de las preguntas, comentarios y aclaraciones de quien facilita la sesión, las personas empiezan a reclasificar la información. Es decir, a hacer preguntas al grupo o a quien facilita el encuentro para poder organizar la nueva información sobre el aspecto de la sexualidad o la reproducción sobre el que se esté conversando. Este es el momento oportuno para:

- Aportar a la conversación nuevos elementos conceptuales o actitudinales en el marco de los derechos humanos que permitan a las personas comprender el asunto del que se está hablando desde la promoción del bienestar, así como validar y reafirmar formas de pensar y actuar que favorecen la salud sexual y reproductiva.

- Analizar críticamente las condiciones de los entornos para identificar oportunidades o barreras para el cuidado de la salud sexual y reproductiva con relación al asunto sobre el que se está conversando.
- Aclarar conceptos, cuestionar información que no tiene fundamentos o reforzar aquella que los tiene y es útil para mantener y mejorar la salud. Incluso es la oportunidad para cuestionar la información de la que el grupo dispone y que puede afectar negativamente la salud sexual y reproductiva de las personas.

En este momento el grupo tiene la motivación e interés de llevar esta nueva información más nutrida o reorganizada a su vida diaria, a la acción, vale decir el momento 4.

Momento 4. Experimentación activa.

Este es el momento para que en grupo identifiquemos, con base en lo compartido, formas útiles de aplicar, usar, entender o sentir a partir de los nuevos elementos que tenemos sobre el asunto de interés de la sesión.

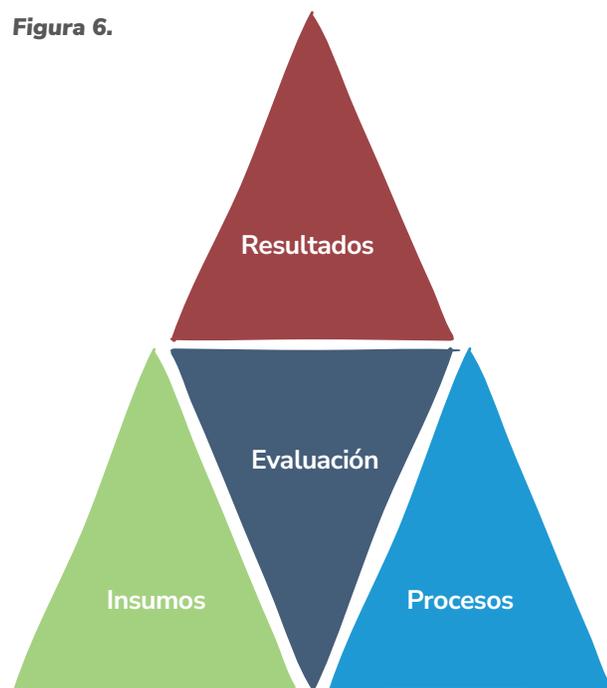
En este punto volvemos a llevar la conversación a situaciones concretas, al campo de lo que podemos hacer en la vida cotidiana. Regresamos a la situación conocida con la que empezamos, solo que ahora el grupo tiene más recursos para analizar la situación. Así en conjunto hemos construido nuevos saberes compartidos. En este momento también tenemos la oportunidad de compartir con el grupo la red de soporte que existe en el sector salud y a la que tienen derecho para acompañar sus inquietudes y llevar a la acción estos nuevos saberes o seguir fortaleciendo el cuidado de la salud en el asunto de interés de la sesión o en otros.



Evaluación de la sesión

Luego de terminar las actividades es importante verificar si logramos el objetivo propuesto al inicio, vale decir la *evaluación de los resultados*. También es el momento para preguntar si las actividades propuestas, el ambiente del encuentro y la persona que facilitó la sesión contribuyeron a que las personas participaran en el logro de ese objetivo. Esta es la *evaluación del proceso*. Estos dos tipos de evaluación nos ayudan a hacer mejor nuestro trabajo porque podemos saber qué funciona y qué no con cada grupo, entendemos cómo se sienten las personas y mejoramos así nuestro trabajo como agentes educativos²⁰. Es importante diferenciar la evaluación de resultados de la *evaluación de insumos*. Esta última tiene una función más administrativa y permite la verificación de la ejecución de las acciones y los recursos.

Figura 6.



Elaboración propia

Para la *evaluación de los resultados* necesitamos tener un objetivo bien definido, es decir específico, alcanzable en el tiempo estimado y cuyo logro pueda ser verificado, como se mencionó antes. Volvamos al ejemplo: al final de la sesión de dos horas, las familias de niñas y niños preadolescentes del barrio Estrellita conocerán formas de acompañar a sus hijas e hijos a vivir de manera positiva los cambios que llegarán con la pubertad por medio del conocimiento de diferentes experiencias dentro de su comunidad. El asunto central de la sesión debió haber girado en torno a los cambios que llegan con la pubertad; el rol de las familias en ese proceso; las formas de explicar y acompañar los cambios que le ayuden a las niñas y a los niños a anticiparlos y vivirlos de manera positiva (con tranquilidad, preguntando si lo necesitan, con familias que les apoyan a solucionar sus dudas, sin pena, vergüenza, ni presión de estereotipos sociales). La *evaluación de resultados* consiste en verificar si, luego de la sesión, las familias asistentes del barrio la Estrellita identifican o recuerdan formas positivas de explicar y acompañar los cambios de la pubertad.

Para saber si la sesión hizo algún aporte a quienes participan, como se mencionó antes, debemos hacer un par de preguntas antes de empezar. Por ejemplo, qué sabemos de la pubertad en las niñas y los niños. Estas serán las mismas preguntas que se harán luego de la sesión para poder compararlas. Podemos hacer las preguntas en voz alta y anotamos las respuestas; podemos hacerlas por escrito; podemos hacerlo por medio de unas opciones para responder con números o con caritas si estamos trabajando con niñas y niños. Por ejemplo, al inicio de la sesión pasamos una hoja o ponemos una cartelera que diga: de 1 a 5 qué tan importante/que tan fácil es hablar

²⁰Vargas Trujillo, E., & Gambarra D'Errico, H. (2008). *Evaluación de programas y proyectos de intervención: una guía de enfoque de género*. Universidad de los Andes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa940462-171d-4025-879c-adcb32d8cf18/content>



claro sobre el cuerpo con las hijas y los hijos. Al final repetimos la pregunta y las personas la vuelven a responder. Luego se invita a que cada persona comparta una cosa que aprendió sobre como acompañar a las niñas y niños en su pubertad.

Para la *evaluación del proceso* debemos hacer otro par de preguntas diferentes. En este caso, se trata de preguntas que nos permitan saber si a las personas les resultó

útil participar; si se sintieron cómodas participando; si las actividades les gustaron; cómo se sintieron tratadas por las personas facilitadoras y por qué. Estas preguntas se hacen solo una vez hayamos terminado la sesión. Para la evaluación de proceso es útil haber hecho acuerdos al inicio de la sesión y haber recogido las expectativas de las personas en torno al objetivo y al desarrollo del espacio. De este modo lo podemos tener en cuenta en la sesión y las personas se sentirán más cómodas. Podemos recoger esa información de la misma manera que la información de la evaluación de resultados, en voz alta entre todos, cada persona por escrito, con preguntas para responder con números o caritas. Luego de la evaluación, se cierra la sesión. En ese momento le agradecemos al grupo su tiempo y participación, recordamos lo que sigue según el cronograma acordado y terminamos.

En este punto es importante mencionar que la cantidad de personas que asisten, la cantidad de sesiones desarrolladas, el contrato de la persona que facilita las actividades, el costo de los materiales usados y los transportes, el tiempo invertido y los listados de asistencia son fuentes de información que permiten verificar que se hizo la actividad planificada. Ese tiempo de información es para *evaluar insumos*, pero no evaluar sus resultados. Con mucha frecuencia se confunde la evidencia con la que se verifica el uso del dinero en la actividad realizada (insumos y productos de la actividad realizada), con la evidencia con la que se verifican los resultados en las personas luego de haber realizado la actividad (resultados) y su calidad (proceso). Las tres fuentes de información son importantes cuando manejamos recursos públicos o privados para garantizar los derechos de las personas a la salud y ninguna reemplaza a la otra. ○



Verificación de aprendizajes

Esperamos que hayas encontrado información útil en esta guía. A continuación hay unas preguntas cerradas que te permiten verificar la comprensión de las ideas principales de esta guía y otras preguntas abiertas que invitan a la reflexión individual o en grupo. La respuestas a las preguntas cerradas están “escondidas” por ahí. Por favor, no marques las respuestas en esta hoja para que otras personas también la puedan usar.

1. ¿Qué aspectos aborda la educación para la salud sexual y reproductiva según el texto?

a) Conocimientos, motivaciones y oportunidades de vida materiales y sociales.

b) La memoria.

c) Solo la anatomía y los métodos anticonceptivos.

2. ¿Según el texto, qué papel juegan las oportunidades sociales en el cuidado de la salud sexual y reproductiva?

a) Son fundamentales para cuidar y mejorar el bienestar.

b) No tienen efecto sobre las opciones de atención en salud.

c) Son menos importantes que las condiciones físicas.

d) Sólo afectan a las comunidades urbanas.

3. ¿Según lo discutido en el texto, ¿por qué importante analizar críticamente las oportunidades del entorno social y material para mejorar la salud sexual y reproductiva?

4. ¿Por qué es importante aplicar la perspectiva de género en la educación para la salud sexual y reproductiva, según lo discutido en el texto?



5. ¿Qué implica la disposición a trabajar desde el enfoque intercultural en relación con la salud sexual y reproductiva?

- a)** Juzgar y criticar las prácticas culturales.
- b)** Aprender y entender otras formas de vida sin prejuicios.
- c)** Ignorar las tradiciones culturales.
- d)** Excluir a los grupos étnicos minoritarios.

6. ¿Según lo planteado en el texto, ¿cómo pueden los espacios educativos para la salud facilitar el intercambio de saberes y la valoración de las diferencias culturales?

7. ¿Según el texto, ¿cuál es el objetivo principal del enfoque interseccional en la educación para la salud?

- a)** Aumentar la discriminación hacia grupos minoritarios.
- b)** Minimizar las desigualdades y mejorar el acceso a recursos.
- c)** Ignorar las barreras estructurales.
- d)** Enfocarse solo en aspectos biológicos de la salud.

8. Según el texto, ¿por qué son importantes las habilidades sociales en la educación para la salud sexual y reproductiva?

- a)** Porque imponen normas culturales.
- b)** Porque promueven el respeto y la comprensión de las realidades individuales.
- c)** Porque excluyen a ciertos grupos sociales.
- d)** Porque mantienen el control sobre las comunidades.

9. ¿Por qué es importante mantener la confidencialidad en las sesiones educativas sobre salud sexual y reproductiva?



10. ¿Cómo puede la escucha activa contribuir a construir relaciones de confianza en sesiones educativas sobre salud sexual y reproductiva?

11. ¿Qué estrategias específicas podrías emplear para mejorar la comunicación efectiva en sesiones educativas grupales sobre salud sexual y reproductiva?

12. ¿Según el texto, ¿cuál es la relación entre el respeto y los derechos humanos sexuales y reproductivos?

- a)** El respeto es opcional en la promoción de estos derechos.
- b)** El respeto es fundamental para reconocer y garantizar estos derechos.
- c)** El respeto limita el acceso a estos derechos.

d) El respeto es irrelevante en la discusión de estos derechos.

13. ¿Cuál es el principal método de aprendizaje utilizado en las acciones educativas descritas?

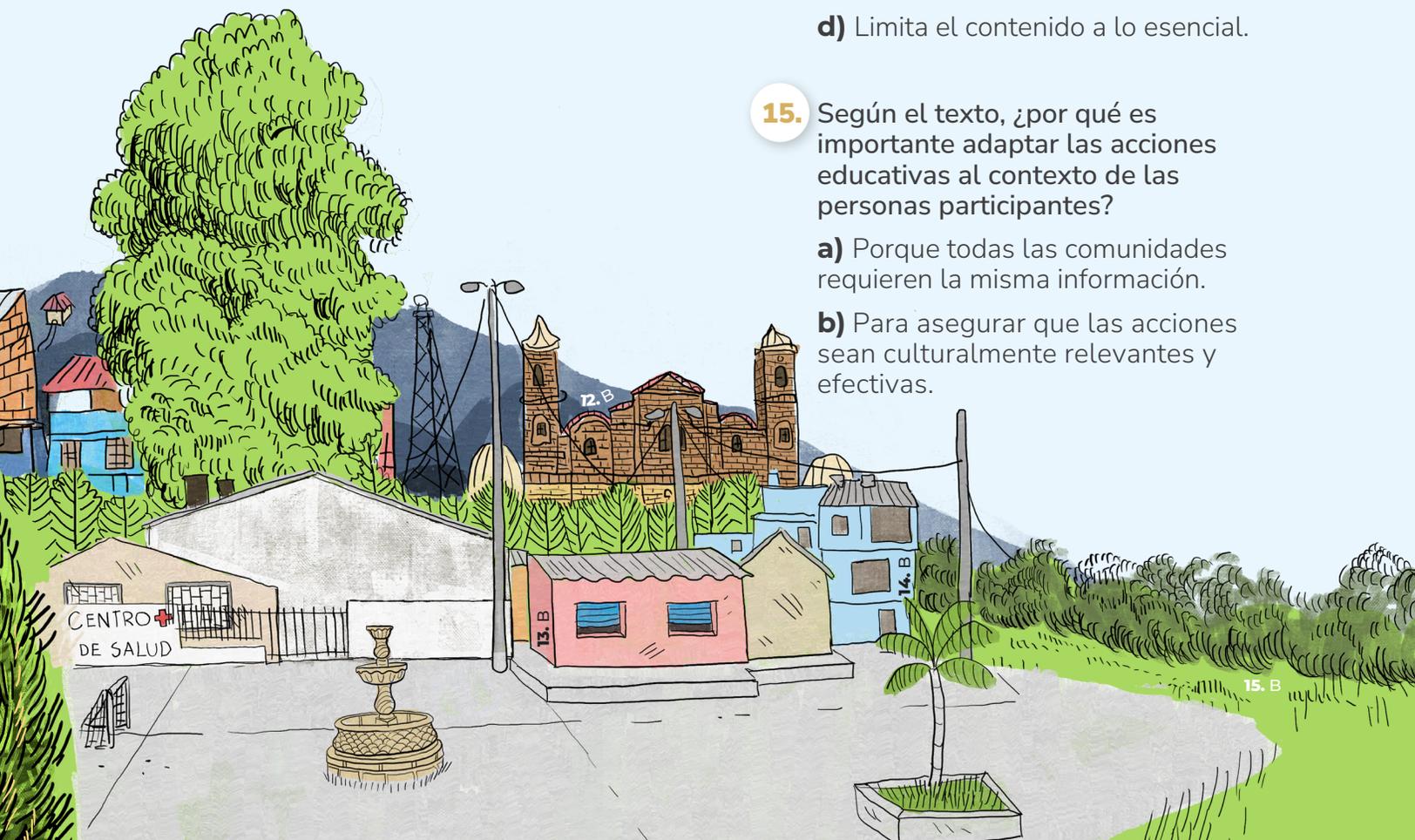
- a)** Conferencias y exposiciones.
- b)** Diálogo y conversación.
- c)** Uso de materiales impresos.
- d)** Videos y comerciales.

14. ¿Según el texto, ¿qué beneficio ofrece el diálogo en las acciones educativas?

- a)** Aumenta el conocimiento únicamente.
- b)** Facilita la participación y el intercambio de ideas.
- c)** Proporciona información detallada sin interacción.
- d)** Limita el contenido a lo esencial.

15. Según el texto, ¿por qué es importante adaptar las acciones educativas al contexto de las personas participantes?

- a)** Porque todas las comunidades requieren la misma información.
- b)** Para asegurar que las acciones sean culturalmente relevantes y efectivas.



c) Porque se necesita uniformidad en todos los programas de salud.

d) Para reducir el tiempo de implementación de las acciones.

16. ¿Cuál es la importancia de realizar el diagnóstico participativo con un equipo de salud y representantes de la comunidad?

a) Aumenta la precisión del diagnóstico al incluir perspectivas diversas.

b) Reduce la cantidad de información a considerar.

c) Limita las oportunidades para el aprendizaje compartido.

17. ¿Entre las siguientes opciones, qué se considera fundamental al definir el objetivo de una sesión educativa?

a) Las expectativas personales del facilitador.

b) Los intereses de la comunidad y el conocimiento técnico.

c) El número de sillas para las personas participantes esperadas en la sesión.

18. ¿Según el texto, ¿cuáles son las características de un objetivo claramente definido?

a) Vago, difícil de alcanzar y sin criterios de evaluación.

b) Específico, alcanzable y evaluable.

c) General, extenso y ambiguo.

19. ¿Cuál es el propósito principal de la evaluación de resultados después de una sesión educativa?

a) Verificar la ejecución de las acciones planificadas.

b) Evaluar el efecto de la sesión en los participantes.

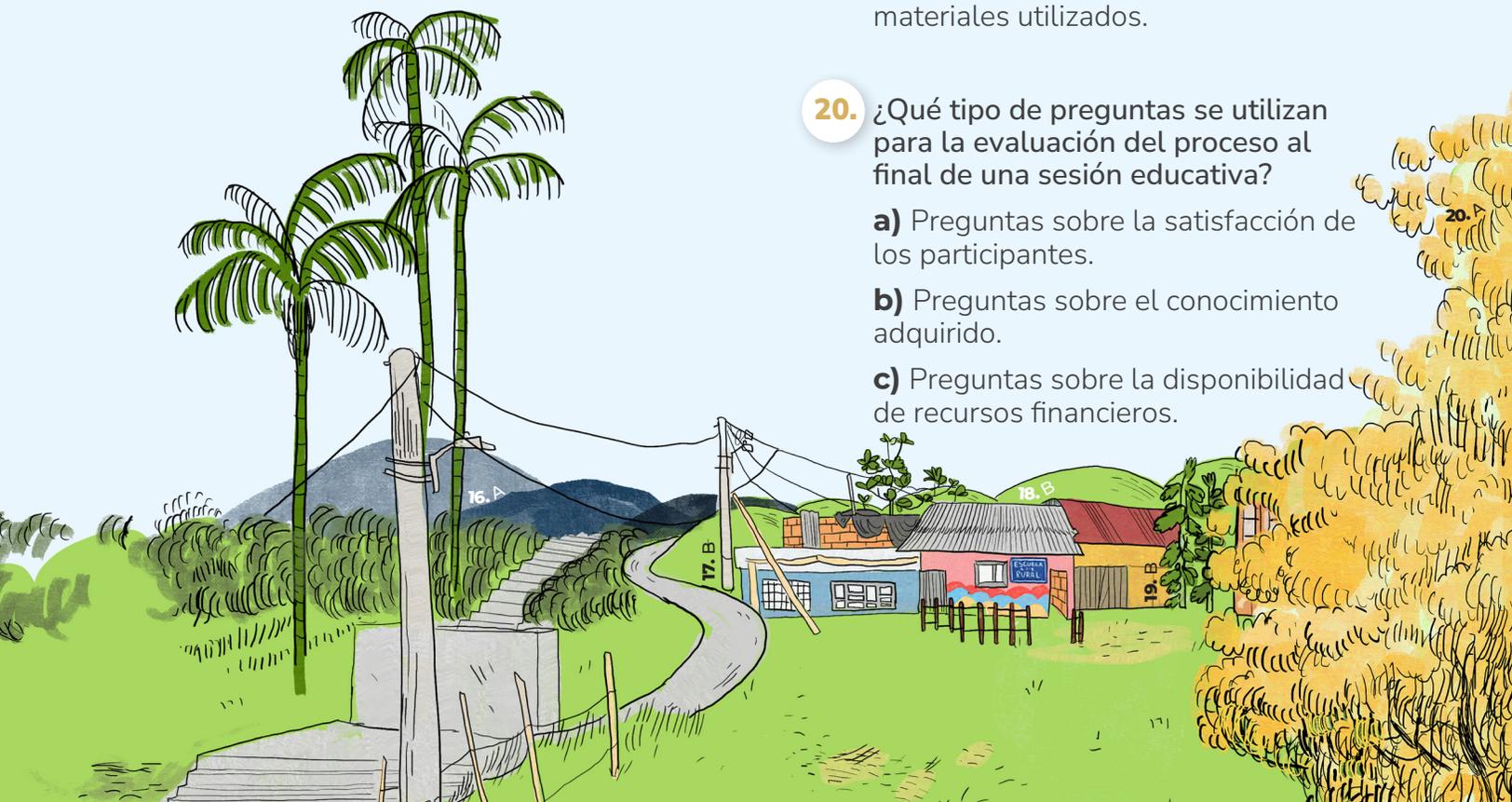
c) Determinar el costo de los materiales utilizados.

20. ¿Qué tipo de preguntas se utilizan para la evaluación del proceso al final de una sesión educativa?

a) Preguntas sobre la satisfacción de los participantes.

b) Preguntas sobre el conocimiento adquirido.

c) Preguntas sobre la disponibilidad de recursos financieros.



Referencias

- Afriyie, D. (2020). Effective communication between nurses and patients: an evolutionary concept analysis. *British Journal of Community Nursing*, 25(9), 438-445. <https://www.britishjournalofcommunitynursing.com/content/professional/effective-communication-between-nurses-and-patients-an-evolutionary-concept-analysis/>
- Agenda nacional para la igualdad intergeneracional (2014) https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/OlderPersons/MIPAA/Ecuador_Annex1.pdf
- Bhat, V. D. (2010). *Aprendizaje Experiencial Una Guía para Educadores* (1). https://miclase.es/06A/modulo1/biblio_1/bhat_experiencial.pdf
- Cano, M., Díaz, T., Guarín, G., Londoño, A., Martínez, L., Martínez, R., Monsalve, C., Peñaranda, F., Santa, J., Torres, M., Vargas, J., Vásquez, A. (2022). *The Local Health System Sustainability Project (LHSS) Under the USAID Integrated Health Systems IDIQ*. Septiembre 2022. Manual Metodológico y Pedagógico para el Desarrollo del Proceso de Educación para la Salud en el Marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. Rockville, MD: Abt Associates. 7200AA18D00023 / 7200AA19F00014 USAID Universidad de Antioquia.
- DANE (2023) Enfoque diferencial e intersectorial en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional>
- Garcia, J. A. S., Ruiz, J. A., Baños, A. I. C., Lazaro, J. A. M., & Ramis, B. S. (2014). La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. *Enfermería Global*, 13(2), 276-292. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200013
- Garrido, M., Sufrinko, N., Max, J., & Cortes, N. (2018). Where youth live, learn, and play matters: Tackling the social determinants of health in adolescent sexual and reproductive health. *American Journal of Sexuality Education*, 13(3), 269-282. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15546128.2018.1458264>
- Marín, G., Burhansstipanov, L., Connell C.M., et al. A Research Agenda for Health Education Among Underserved Populations. *Health Education Quarterly*. 1995;22(3):346-363. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019819402200307>

- McCuistian, C., Peteet, B., Burlew, K., & Jacquez, F. (2023). Sexual health interventions for racial/ethnic minorities using community-based participatory research: a systematic review. *Health Education & Behavior*, 50(1), 107-120. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10901981211008378>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020, January). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare* 8 (1), p. 26. MDPI. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151200/>
- Vargas Trujillo, E., & Gambarra D'Errico, H. (2008). Evaluación de programas y proyectos de intervención: una guía de enfoque de género. <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/fa940462-171d-4025-879c-adcb32d8cf18/content>
- Vargas-Trujillo, E., & Ibarra, M. C. (2019). *El embarazo temprano: un fenómeno que trasciende lo individual*. En: Vargas-Trujillo, E, Flórez, C., Cortés, D e Ibarra MC (2019) *Embarazo temprano: Evidencias de la investigación en Colombia*, 39. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=9Lp9EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA39&>

dq=modelo+socioecol%C3%B3gico+salud+sexual+y+reproductiva&ots=sEkqcj6COe&sig=RD46stKftCaUSu9skXLlKTGUcOl#v=onepage&q=modelo%20socioecol%C3%B3gico%20salud%20sexual%20y%20reproductiva&f=false

- West, R., & Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behavior and the PRIME Theory of motivation [v1]. Qeios. <https://www.qeios.com/read/WW04E6>





OPS

Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
DE LA ORGANIZACIÓN DE LAS AMÉRICAS



En colaboración con

Canada

