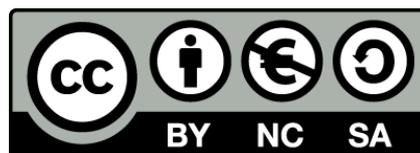




UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Evaluación participativa de la estrategia de Escuelas Saludables en Santiago de Cali, Colombia

Fabián Colonia Garcia



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement- NoComercial – Compartir Igual 4.0. Espanya de Creative Commons.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia Reconocimiento - NoComercial – Compartir Igual 4.0. España de Creative Commons.

This doctoral thesis is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0. Spain License.

TESIS DOCTORAL

Evaluación participativa de la estrategia de  
Escuelas Saludables en Santiago de Cali,  
Colombia

Fabián Colonia García

2021



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

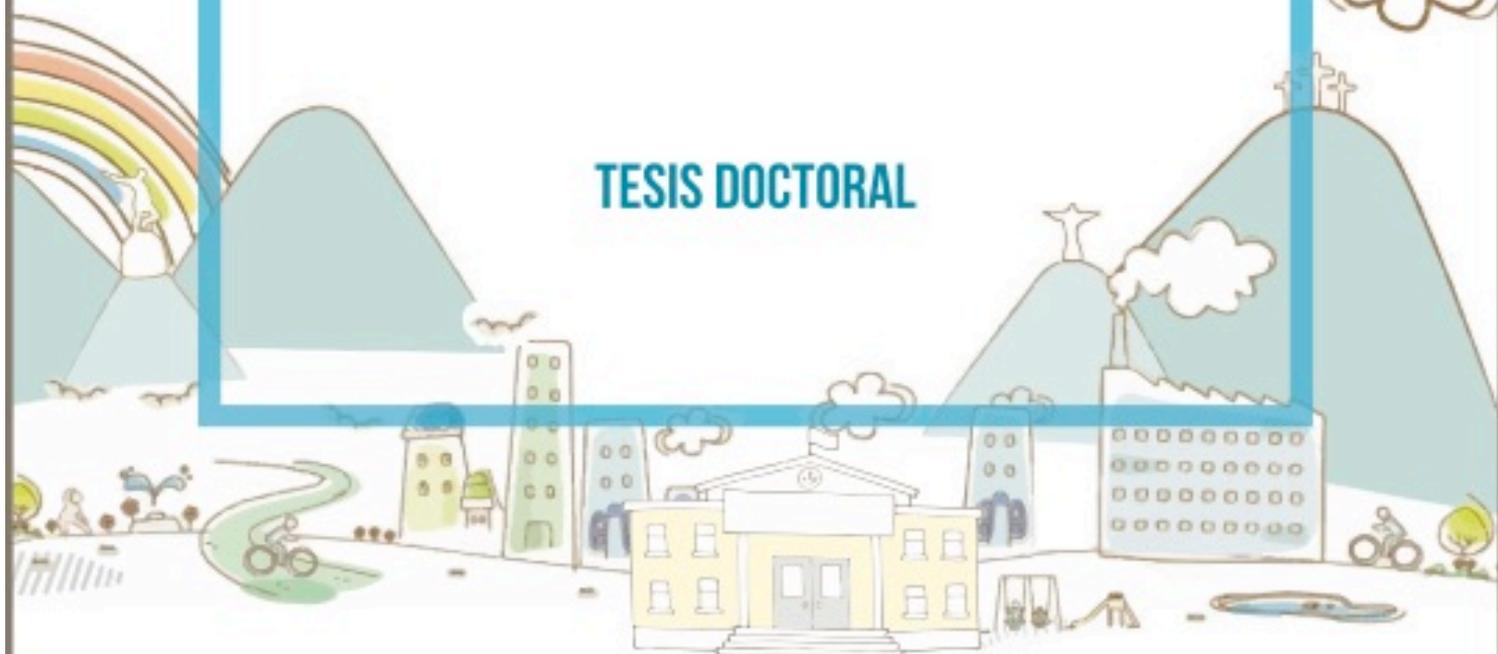


**UNIVERSITAT DE BARCELONA**

EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DE LA  
ESTRATEGIA DE ESCUELAS SALUDABLES  
EN SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA

FABIÁN COLONIA GARCÍA  
2021

**TESIS DOCTORAL**



# Evaluación participativa de la estrategia de Escuelas Saludables en Santiago de Cali, Colombia

Programa de doctorado en Educación y Sociedad

Doctorando: Fabián Colonia García

Directoras: Dra. Marta Sabariego Puig y Dra. María Cruz Molina Garúz

Tutora: Dra. Marta Sabariego Puig



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

*A mi madre por la vida y su amor, y a mi amor bonito,  
por recordarme que los sueños están ahí para ser construidos.*

## AGRADECIMIENTOS

Neil Armstrong al dar su primer paso en la luna dijo: *“Es un pequeño paso para un hombre, pero un gran salto para la humanidad”*. Cuando llegué a Barcelona algunos creyeron que este era solo un pequeño paso para mí, cuando en realidad era un inmenso salto para mi humanidad. Llegué a un continente en el que era y es muy común acceder a un doctorado, pero esta realidad en el contexto en el que nací era muy diferente. Colombia con 12,6 doctores/millón de hab. se encuentra muy lejos de alcanzar el promedio de América Latina que es 48 y mucho más el de España con cerca de 180. Culminar este proceso es una hazaña doble ya que no sólo soy uno de los pocos privilegiados que pueden llegar a este nivel educativo en mi contexto, sino que lo he podido hacer por fuera de mi país. Por ser tremenda hazaña es que quiero dejar aquí reflejado mi enorme agradecimiento a las personas que me acompañaron en este proceso.

Primero que todo quiero agradecer a Martha y Ma. Cruz, quienes como directoras de esta tesis me brindaron su valiosa guía para poner en orden todas mis ideas, a Gabriela quien abrió las puertas de la estrategia de Escuelas Saludables en Cali y me permitió hacer este viaje a lo más profundo de la misma, a la profe Nubia, Alba, Mónica y Jenny por su compromiso y sus valiosos aportes y en general a todos aquellos que participaron de esta investigación por su disposición e interés en el tema.

También quiero agradecer a algunas personas que me han inspirado y otras que me brindaron su apoyo durante este camino, a Carme por acogerme en Barcelona, en especial en la Agència y por sus enormes enseñanzas en salud pública, a Tomás por ofrecerme un trabajo a mi regreso al país con el que pude seguir avanzando en mi tesis, al ex alcalde Armitage por la oportunidad y el honor de hacer parte de su equipo para administrar a nuestra Sucursal del Cielo, a USAID y Abt por acompañar mi desarrollo profesional en la recta final de esta tesis y por último a Sergio, por inspirarme con el discurso de la educación como motor de la transformación social, por enseñarme con el ejemplo y por invitarme a soñar y construir un mejor país.

Por supuesto, a mi familia por su apoyo incondicional, por creer en mí y por comprender mi dispersión de los últimos años en los que mi mente navegaba en esta tesis, en especial a mi madre por sus cuidados y a Juan por su amor y compañía. También debo agradecer a Ornella y Alejandra por sus reflexiones en momentos nebulosos y por supuesto a Pandora por ofrecerme su cálida panza para desestresarme.

Por último, agradezco a todos mis compañeros de sueños, a aquellos que me inspiran constantemente con sus vidas, a aquellos que se resisten a creer que las enormes brechas no nos dejarán expandir nuestras alas, hoy la culminación de este proceso es un mensaje poderoso de que si vale la pena plantearse sueños grandes y repetir el mantra de que solo si se apunta a las estrellas se puede llegar a un sitio elevado.

A todos y todas, muchas gracias de verdad.

## RESUMEN

La estrategia de Escuelas Saludables (EES) busca impulsar la educación sanitaria en el entorno escolar para crear conciencia en la comunidad educativa ir trabajar no solo sobre los comportamientos individuales, sino sobre el entorno. Desde la promoción de la salud en este tipo de estrategia se busca formar a la comunidad escolar respecto a su salud desde un abordaje integral, en el que es estratégico coordinar al sector salud y el educativo, pues es bien sabido que la relación entre ambos es indivisible, ya que los niños sanos presentan mejores resultados escolares y los individuos con mejores niveles educativos tienen más herramientas para tomar el control de sus vidas tomando decisiones saludables y seguras para sí mismos y para el entorno. La estrategia fue presentada al mundo en los 90s pero de forma enunciativa para que los diferentes países pudieran interpretarla y adaptarla, esto ha hecho que no exista suficiente evidencia ya que las evaluaciones han variado de acuerdo con el abordaje diferencial que se le ha dado en las múltiples formas de implementaciones.

Esta investigación buscó conocer el estado de implementación de la estrategia en Cali, para ello se detalló la implementación de los lineamientos nacionales y sus adaptaciones locales, así como la forma en la que se ha institucionalizado. También se evaluó el proceso de desarrollo de la estrategia desde la perspectiva de los diferentes actores, identificando los factores que la han facilitado y dificultado, la participación en las diferentes fases, las herramientas pedagógicas que se han usado y la percepción de estos sobre el impacto en sus vidas. Para lo anterior se planteó una evaluación participativa práctica, esta metodología buscó integrar la diversidad de los interesados haciendo que los resultados de la evaluación sean más representativos, relevantes y transferibles, se utilizaron diferentes técnicas de recolección de información como el análisis documental, grupos de discusión, entrevistas y un cartel parlante. Para el análisis se combinó el de contenido con el estadístico descriptivo.

Se encontró que la implementación de los lineamientos en Cali ha estado en coherencia con los lineamientos nacionales, la estrategia se ha institucionalizado a través de los Proyectos Educativos Institucionales y el acompañamiento de un equipo técnico de la Secretaría de Salud, se pudo observar que desde el inicio la estrategia se ha consolidado, sin embargo en los últimos tres años los resultados han decaído, en específico por afectaciones del componente de participación. Los factores que han facilitado su implementación son la voluntad política, procesos formativos, participación de actores, planes educativos, trabajo en red, tipificación y personal técnico, a su vez los factores que la han dificultado son las fallas intra e intersectoriales, condiciones laborales, escasez de recursos, comprensión limitada del concepto de EES, baja participación, falta de acompañamiento y deficiencias del entorno. Sobre la percepción beneficios la mayoría tiene que ver con los hábitos y estilos de vida saludables, en especial lo relacionado a higiene, alimentación saludable, convivencia, cuidado del medio ambiente y del cuerpo.

Se concluye que la EES ha interpretado los lineamientos del país y ha adaptado su estructura, sin embargo los componentes de políticas saludables y de ambiente psicosocial no tiene una mención específica, los PEI por su parte son los instrumentos estratégicos para institucionalizar la estrategia pero estos deben ser actualizados. Cerca de la mitad de las escuelas tienen deficiencias en cuanto al entorno físico y esto dificulta la apropiación de mensajes, además la estrategia es altamente dependiente del trabajo operativo del equipo técnico desde el sector salud y en especial del rol de su líder, del lado del sector educativo existe poca vinculación.

## ABSTRACT

This thesis evaluated the Healthy Schools Strategy (HSS) in Cali. It was first sought to know the implementation state in the city, detailing the process and local adaptations and how it has been institutionalized. The evaluation was made from the perspective of different stakeholders, identifying the factors that have facilitated and hindered it, their participation in different phases, the pedagogical tools that have been used, and their perception of the impact on their lives.

This assessment was achieved through a practical participatory evaluation methodology that sought to integrate the diversity of stakeholders. This approach allowed more representative, relevant, and transferable results and collected information, documentary analysis, discussion groups, interviews, and a talking poster.

It was found that the implementation of the guideline in Cali has been coherent with national policies. Moreover, the strategy has been institutionalized through the Institutional Educational Projects and a technical team from the Secretary of Health. The factors that have facilitated the program implementation are political will, training processes, stakeholder participation, educational plans, networking, committed technical team. In contrast, the factors that have made it difficult are intra and intersectoral failures, working conditions, lack of resources, limited understanding of the concept of HSS, low participation, lack of support, and deficiencies in the environment. Regarding the perception of benefits, the majority are related to healthy habits and lifestyles, especially those related to hygiene, healthy eating, coexistence, caring for the environment and the body.

The HSS has interpreted and adapted its structure; however, the components of health policies and the psychosocial environment do not have a specific mention. About half of the schools have deficiencies in their physical environment, making it difficult to appropriate messages. In addition, the strategy is highly dependent on the operational work of technical team from the health sector and especially on the role of its leader, on the part of education sector, there is little link.

## **NOTA**

A lo largo de este trabajo de investigación se ha evitado el uso sistemático de la duplicidad de género para facilitar su lectura. Por lo anterior, cuando se utilizan términos como: estudiante/alumno, profesor y padre de familia, etc. se hace referencia a ambos géneros, sin ningún tipo de distinción que pueda conllevar una valoración peyorativa y/o una consideración discriminatoria.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>16</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>PARTE I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES</b>	<b>22</b>
1.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD EN CLAVE DE LOS PARADIGMAS	23
1.2 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LA SALUD	28
1.3 MODELO DE CAMPOS DE LA SALUD O DETERMINANTES DE LA SALUD	33
1.4 DISCREPANCIAS CONCEPTUALES DE LA VISIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD	35
1.5 EL CONSENSO DE LA COMISIÓN DE DSS DE LA OMS	40
<b>CAPÍTULO 2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	<b>44</b>
2.1 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	45
2.2 LA CARTA DE OTTAWA Y SU CONTEXTO	47
2.3 APORTES SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS REUNIONES MUNDIALES	49
2.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR	55
<b>CAPÍTULO 3. ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD</b>	<b>58</b>
3.1 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO INSTRUMENTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD	59
3.2 ESCUELAS SALUDABLES Y PROMOTORAS DE LA SALUD	62
3.3 EVALUACIÓN Y CRITERIOS DE EFICACIA DE LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD	69
3.4 ESCUELAS SALUDABLES EN COLOMBIA	92
3.5 LA ESTRATEGIA DE ESCUELAS SALUDABLES EN CALI	97
<b>PARTE II. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>102</b>
<b>CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>103</b>
4.1 ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO Y FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS	104
4.1.1 ENFOQUES DE EVALUACIÓN ORIENTADOS A LA PARTICIPACIÓN EN LOS PROCESOS DE ACCIÓN COMUNITARIA	108
4.2 FASES DE LA INVESTIGACIÓN	110
4.3 GRUPO MOTOR (GM)	111
4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	114
4.4.1 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL OBJETIVO GENERAL No. 1	114
4.4.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL OBJETIVO GENERAL No. 2	118
4.5 ANÁLISIS DE DATOS	125
4.5.1 DIMENSIONES DE ANÁLISIS Y CATEGORÍAS PREDEFINIDAS Y EMERGENTES	128
4.6 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	131
4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	133
<b>PARTE III. RESULTADOS</b>	<b>136</b>
<b>CAPÍTULO 5. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES</b>	<b>137</b>
5.1 LINEAMIENTOS GENERALES	138
5.2 ADAPTACIONES LOCALES	141
5.3 IMPLEMENTACIÓN Y TIPIFICACIÓN	154
5.3.1 IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS ESCOLARES SALUDABLES	164
5.3.2 AMBIENTE ESCOLAR	168
5.3.2.1 ENTORNO FÍSICO	168
5.3.2.2 ENTORNO PSICOSOCIAL	172
5.3.3 VÍNCULOS COMUNITARIOS	175
5.3.4 COMPETENCIAS EN SALUD DESARROLLADAS	178
<b>CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE ESCUELAS SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE DIFERENTES ACTORES EN CALI</b>	<b>187</b>
6.1. ELEMENTOS QUE HAN FACILITADO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA	188
6.1.1 VOLUNTAD POLÍTICA: EL RESPALDO DE LOS QUE DECIDEN	189

6.1.2	PROCESOS FORMATIVOS	190
6.1.3	LA PARTICIPACIÓN DE ACTORES: VEHÍCULO PARA EL EMPODERAMIENTO	191
6.1.4	INCORPORACIÓN DE TEMAS EN EL PEI: EL ENCUENTRO CON LOS PROYECTOS TRANSVERSALES	195
6.1.5	EL TRABAJO EN RED	197
6.1.6	LA TIPIFICACIÓN: HERRAMIENTA PARA EL AVANCE PROGRESIVO	198
6.1.7	PERSONAL TÉCNICO COMPROMETIDO	200
6.2	ELEMENTOS QUE HAN DIFICULTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA	206
6.2.1	FALLAS INTERSECTORIALES E INTERVENCIONES DESARTICULADAS: LAS REPÚBLICAS INDEPENDIENTES	206
6.2.2	CONDICIONES LABORALES: LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL OPERATIVO DE LA EES	208
6.2.3	RECURSOS ESCASOS: DINERO NO HAY	210
6.2.4	COMPRENSIÓN LIMITADA DEL ALCANCE DE ESCUELAS SALUDABLES	212
6.2.5	BAJA PARTICIPACIÓN	214
6.2.6	FALTA DE ACOMPAÑAMIENTO	216
6.2.7	DEFICIENCIAS DEL ENTORNO	216
6.3	PARTICIPACIÓN DE ACTORES	217
6.4	PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS DE LA ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES	223
6.4.1	SALUD FÍSICA	224
6.4.2	CONVIVENCIA	226
6.4.3	IMPACTO EN LOS HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	228
6.4.4	GUSTO POR LA ESCUELA	229
6.4.5	UTILIDAD DE LA EES Y OTROS BENEFICIOS	230
<b>PARTE IV. DISCUSIÓN</b>		<b>237</b>
<b>CAPÍTULO 7. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ESCUELAS SALUDABLES</b>		<b>238</b>
7.1	ADAPTACIONES LOCALES A LINEAMIENTOS	239
7.2	INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA EES AL INTERIOR DE LAS ESCUELAS	242
7.3	CARACTERIZACIÓN DE LAS ESCUELAS	244
<b>CAPÍTULO 8. LA EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA</b>		<b>252</b>
8.1	LO QUE HA FACILITADO LA IMPLEMENTACIÓN EN CALI	253
8.2	LO QUE HA DIFICULTADO LA IMPLEMENTACIÓN EN CALI	263
8.3	SOBRE LAS HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS	270
8.4	PERCEPCIÓN DE UTILIDAD E IMPACTO EN LA COMUNIDAD ESCOLAR	272
<b>PARTE V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTA DE MEJORA, LIMITACIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b>		<b>277</b>
<b>CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA</b>		<b>278</b>
9.1	OBJ. GENERAL NO. 1: CONOCER EL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DE ESCUELAS SALUDABLES EN CALI	279
9.2	OBJ. GENERAL NO. 2: EVALUAR EL PROCESO DE DESARROLLO DE ESCUELAS SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE DIFERENTES ACTORES EN CALI	284
<b>CAPÍTULO 10. PROPUESTA DE INDICADORES PARA EVALUACIÓN DE LA EES EN CALI</b>		<b>292</b>
<b>CAPÍTULO 11. LIMITACIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b>		<b>299</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>302</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>320</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ARL:</b>	Administradora de Riesgos Laborales
<b>CAE:</b>	Comité de Alimentación Escolar
<b>CDC:</b>	Center for Disease Control
<b>CDSS:</b>	Comisión de Determinantes Sociales de la Salud
<b>CE:</b>	Comunidad Escolar
<b>CECO:</b>	Comités Escolares de Convivencia
<b>COMCE:</b>	Comité Municipal de Convivencia Escolar
<b>CONASA:</b>	Comisión Nacional de Salud Ambiental
<b>COPs:</b>	Centros de Orientación Psicosocial
<b>CVC:</b>	Corporación Autónoma Regional del Valle
<b>DAGMA</b>	Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente
<b>DANE:</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>DTS:</b>	Dirección Territorial de Salud
<b>DSS:</b>	Determinantes Sociales de la Salud
<b>EAPB:</b>	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
<b>ES:</b>	Escuelas Saludables
<b>EES:</b>	Estrategia de Escuelas Saludables
<b>EP:</b>	Evaluación Participativa
<b>EP-P:</b>	Evaluación Participativa Práctica
<b>EPS:</b>	Escuelas Promotoras de la Salud
<b>EpS:</b>	Educación para la Salud
<b>FJIO:</b>	Escuela Fray José I. Ortiz
<b>GM:</b>	Grupo Motor
<b>GM:</b>	Escuela Gabriel Montaña
<b>GD:</b>	Grupo de Discusión
<b>IE:</b>	Institución Educativa
<b>IPS:</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>JEG:</b>	Escuela Jorge Eliecer Gaitán
<b>JPII:</b>	Escuela Juan Pablo II
<b>JRB:</b>	Escuela José Ramón Bejarano
<b>LGC:</b>	Escuela La Gran Colombia
<b>MIAS:</b>	Modelo Integral de Atención en Salud
<b>MINSALUD:</b>	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
<b>NSdIL:</b>	Escuela Nuestra Señora de las Lajas
<b>ODS:</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU:</b>	Organización de las Naciones Unidas
<b>OPS:</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAB:</b>	Plan de Atención Básica
<b>PAE:</b>	Plan de Alimentación Escolar
<b>PAIS:</b>	Política de Atención Integral en Salud
<b>PAIES:</b>	Planes de Acción Intersectorial de Entornos Saludables
<b>PEI:</b>	Proyecto Educativo Institucional
<b>PIC:</b>	Plan de Intervenciones Colectivas
<b>PDSP:</b>	Plan Decenal de Salud Pública
<b>PESCC:</b>	Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía
<b>PEVS:</b>	Proyecto de Estilos de Vida Saludables
<b>PGER:</b>	Plan de Gestión del Riesgo
<b>PGIR:</b>	Plan de Gestión Integral de Residuos
<b>PRAES:</b>	Proyecto Ambiental Escolar
<b>PS:</b>	Promoción de la salud

<b>POS:</b>	Plan Obligatorio de Salud
<b>REEPS:</b>	Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud
<b>RIAS:</b>	Rutas Integrales de Atención en Salud
<b>SEM:</b>	Secretaría de Educación Municipal de Cali
<b>SF:</b>	Escuela San Felipe
<b>SL:</b>	Escuela San Luís
<b>SPA:</b>	Sustancias Psicoactivas
<b>SSPM:</b>	Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali
<b>ST:</b>	Escuela República Santo Domingo
<b>IUHPE:</b>	International Union for Health Promotion and Education
<b>UIPSES:</b>	Unión Internacional de Promoción en Salud y Educación para la Salud
<b>UNESCO:</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Modelo multinivel de determinantes de la salud o eco epidemiológico de Dahlgren & Whitehead .....	36
Gráfico 2. Modelo socioeconómico de la salud de Dahlgren & Whitehead.....	37
Gráfico 3. Modelo de Diderichsen .....	38
Gráfico 4. Modelo de relación y causalidad de Mackenbach.....	39
Gráfico 5. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de múltiples influencias en la producción de inequidades en salud durante el curso de vida.....	39
Gráfico 6. Marco conceptual de Determinantes Sociales de la Salud.....	42
Gráfico 7. Fases de la investigación .....	111
Gráfico 8. Ubicación geográfica. ....	114
Gráfico 9. Número de participantes en grupos de discusión por sede.....	121
Gráfico 10. Componentes de EES en Lineamientos Nacionales 2006 .....	140
Gráfico 11. Componentes Estrategia Escuelas Saludables de Cali. ....	144
Gráfico 12. Relación de lineamientos internacionales y caleños de EPS .....	146
Gráfico 13. Relación de lineamientos nacionales y caleños de EPS.....	148
Gráfico 14. Histórico grado de implementación EES.....	155
Gráfico 15. Histórico componente conocimiento general.....	157
Gráfico 16. Histórico componente reorientación de servicios de salud .....	158
Gráfico 17. Histórico componentes educación en salud .....	158
Gráfico 18. Histórico componentes ambientes y entornos saludables.....	159
Gráfico 19. Histórico componentes red de escuelas.....	159
Gráfico 20. Desarrollo de sedes por componente 2019 .....	160
Gráfico 21. Conocimiento general sobre EES en 10 sedes seleccionadas. ....	161
Gráfico 22. Educación en salud en 10 sedes seleccionadas.....	161
Gráfico 23. Reorientación de servicios de salud en 10 sedes seleccionadas. ....	162
Gráfico 24. Creación de ambientes y entornos saludables en 10 sedes seleccionadas.....	162
Gráfico 25. Trabajo en red en 10 sedes seleccionadas.....	163
Gráfico 26. Total, componentes tipificación en 10 sedes seleccionadas.....	164
Gráfico 27. Implementaciones políticas escolares saludables. ....	165
Gráfico 28. Implementación de políticas por categoría en las zonas de la ciudad. ....	165
Gráfico 29. Políticas escolares saludables en diez sedes seleccionadas.....	167
Gráfico 30. Principales problemas estructurales identificados en sedes educativas .....	170
Gráfico 31. Número de organizaciones vinculadas en las sedes educativas por zona. ....	176
Gráfico 32. Elementos facilitadores de la EES en Cali.....	188
Gráfico 33. Profesores como Profesionales Técnicos Comprometidos: Algunas menciones .....	204
Gráfico 34. Elementos obstractores de la EES en Cali. ....	206
Gráfico 35. Factores facilitadores y obstractores. ....	234
Gráfico 36. Nuevos estándares globales vs pilares tradicionales. ....	294
Gráfico 37. Categoría escasos recursos con categorías vinculadas.....	324

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones de Escuelas Saludables .....	63
Tabla 2. Elementos esenciales de las Escuelas Promotoras de Salud.....	69
Tabla 3. Resumen de indicadores sobre Escuelas Promotoras de la Salud .....	80
Tabla 4. Desafíos en la implementación de la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud.....	88
Tabla 5. Puntajes tipificación por componente.....	100
Tabla 6. Sedes educativas incluidas en la investigación.....	114
Tabla 7. Técnicas de recolección de información en el objetivo general No. 1 .....	115
Tabla 8. Técnica de análisis documental en la resolución del objetivo general No. 1 .....	117
Tabla 9. Técnica de entrevista semi estructurada en la resolución del objetivo general No. 1.....	118
Tabla 11. Técnicas de recolección de información en el objetivo general No. 2.....	119
Tabla 12. Técnica de análisis documental para la resolución del objetivo general No. 2. ....	120
Tabla 13. Técnica de grupos de discusión para resolución de objetivo general No. 2 .....	122
Tabla 14. Técnica de entrevista para resolución de objetivo general No. 2.....	123
Tabla 15. Técnica de cartel parlante para resolución de objetivo No. 2. ....	125
Tabla 16. Participación de estudiantes en Cartel Parlante.....	125
Tabla 17. Categorías predefinidas y emergentes en el análisis documental. ....	128
Tabla 18. Categorías predefinidas y emergentes en grupos de discusión.....	129
Tabla 19. Categorías apriorísticas y emergentes en entrevistas. ....	130
Tabla 20. Categorías de análisis de cartel parlante .....	131
Tabla 21. Instituciones Educativas de sedes seleccionadas .....	150
Tabla 22. Histórico desempeño de las 10 sedes seleccionadas.....	157
Tabla 23. Nivel de desempeño sedes seleccionadas por componente, año 2019 .....	160
Tabla 24. Temas de educación ambiental implementados en las sedes educativas de la ciudad.....	168
Tabla 25. Número de contratos por año de cada contratista de la EES. ....	209
Tabla 26. Contratistas por año, días contratados y porcentaje de memoria. ....	209
Tabla 27. Indicadores de políticas y recursos gubernamentales. ....	295
Tabla 28. Indicadores de políticas y recursos escolares. ....	296
Tabla 29. Indicadores de liderazgo y gobernanza. ....	296
Tabla 30. Indicadores del currículo escolar saludable.....	297
Tabla 31. Indicadores de ambiente escolar psicosocial.....	297
Tabla 32. Indicadores de ambiente escolar físico. ....	297
Tabla 33. Indicadores de servicios de salud.....	298
Tabla 34. Indicadores de asociaciones sociales y comunitarias. ....	298
Tabla 35. Composición de la unidad hermenéutica de la investigación. ....	321
Tabla 36. Dimensión lineamientos generales: Categorías, fundamentación y densidad.....	321
Tabla 37. Dimensión implementación y tipificación: Categorías, fundamentación y densidad.....	321
Tabla 38: Dimensión adaptaciones locales y reconocimiento de EES: Categorías, fundamentación y densidad. ...	322
Tabla 39. Dimensión factores facilitadores: Categorías, fundamentación y densidad. ....	322
Tabla 39. Dimensión participación de actores: Categorías, fundamentación y densidad.....	323
Tabla 40. Dimensión factores obstructores: Categorías, fundamentación y densidad.....	323
Tabla 42. Categoría percepción de beneficios de la EES. ....	324

## INTRODUCCIÓN

*“La educación puede ser la gran fecundadora o la gran esterilizante de los hombres, y los hombres pueden ser los grandes transformadores de los pueblos o los más formidables obstáculos para su progreso”*  
Héctor Abad Gómez

La estrategia Escuelas Saludables se enmarca en el enfoque de promoción de la salud, que surge del cambio paradigmático que representa la evolución conceptual de la salud y la enfermedad y de la evidencia de sus determinantes. Estos cambios paradigmáticos se han presentado a la humanidad de forma paralela a los desarrollos y actualizaciones del conocimiento, ya que en la medida en que la que los seres humanos han avanzado en el entendimiento de la salud y sobre todo en aquello que la determina, estas posturas paradigmáticas, pero sobre todo las respuestas a las mismas se han ido ajustando para poder resolver mucho mejor los retos inherentes a la salud.

En el caso que nos ocupa, las estrategias de Escuelas Saludables buscan impulsar la educación sanitaria en el entorno escolar como un método para crear conciencia en la comunidad educativa. El desafío de este proceso de concienciación es ir más allá del espectro individual en cuanto a los comportamientos y pretende avanzar hacia una amplia gama de intervenciones sociales y del entorno, incluyendo a todos los actores implicados.

La promoción de la salud en este tipo de entornos implica educar a los escolares en lo que respecta a la salud, pero desde una mirada integral, promoviendo la participación, el ejercicio de la ciudadanía y, sobre todo, involucrando a toda la comunidad escolar. Se puede decir que la relación entre la salud y la educación es indivisible, ya que existe una interdependencia evidente en el sentido que se ha demostrado que los estudiantes sanos presentan mejores resultados escolares y a su vez los individuos con mejores niveles educativos tienen más herramientas para tomar el control de sus vidas y sobre todo tomar decisiones saludables y seguras para sí mismos y para el entorno (WHO & UNESCO, 2021c).

La estrategia de Escuelas Saludables fue presentada al mundo en la década de los 90s bajo el nombre de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) como parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para desarrollar e implementar todo lo relacionado con la promoción de la salud. Sin embargo es preciso señalar que la estrategia desde su lanzamiento ha tenido una estructura enunciativa y poco específica, entre otras cosas para que le permitiera a las naciones poder adaptarla a las particularidades locales, pero así como no ha habido unos lineamientos uniformes o únicos, tampoco se ha evaluado lo suficiente, entre otros motivos porque ante la diversidad de formas en su implementación puede que aun existan vacíos sobre los cuales se puedan formular estructuras evaluativas que permitan relativizar los resultados.

Esta investigación parte de mi experiencia profesional y de la sensibilidad creada hacia la importancia de la educación en salud desde etapas tempranas para resolver los problemas en salud de la población adulta, se concentró en el Departamento del Valle del Cauca ya que este se ha considerado una de las 7 áreas demostrativas que ha definido el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Estas áreas corresponden a territorios descentralizados política y administrativamente en los cuales existen acuerdos para desarrollar la promoción de la salud, la gestión de la salud pública y la gestión integrada del riesgo a través de procesos sociales e institucionales sostenibles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Nos concentramos en Cali, la capital del Departamento ya que en ésta se ha implementado una adaptación de Escuelas Promotoras de Salud, con el nombre de Estrategia de Escuelas Saludables (EES). Esta iniciativa fue reconocida por la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos - USAID/OFDA-LAC, como una de las experiencias exitosas de América Latina y que debía ser resaltada (Alcaldía de Santiago de Cali, 2011). Como vemos, en el Valle del Cauca, pero en especial Cali, se han albergado una serie de iniciativas que dan fe de la voluntad para la implementación de estrategias como la que nos ocupa en esta investigación, además, que para mí como investigador constituía una oportunidad desde la factibilidad ya que tuve acceso a la información y conocía el territorio previamente por ser nativo de la región. Por último, hubo un factor personal y es que luego de haber viajado por el país en el marco de mis anteriores funciones y por fuera de él en mi formación académica continua, quería volver a mi región para aportar algo desde la investigación que pudiera conducir a mejoras en mi ciudad natal.

La estrategia de EPS en el mundo ha presentado diferentes matices que se han nutrido de las características particulares de cada territorio donde se adaptan e implementan. En ese sentido la diversidad de los contextos hizo que se plantearan algunas preguntas que ayudarían a entender que elementos han afectado de manera positiva o negativa el desarrollo de esta estrategia en Cali. Por lo anterior la evaluación nos permitió acceder a información sustancial sobre su desarrollo, implementación y percepción comunitaria frente a la misma.

Esta investigación se propuso en este aspecto responder algunas cuestiones como *¿Qué factores han impulsado y dificultado la estrategia de Escuelas Saludables de Cali*, así mismo, el desarrollo de esta ha supuesto una serie de adaptaciones y desarrollos que deseamos responder como *¿En qué medida se han implementado los lineamientos que el país establece para este tema o se han desarrollado adaptaciones? ¿En qué instrumentos de política pública se incorpora la EPS a nivel municipal? ¿Qué herramientas pedagógicas se han desarrollado en el municipio para implementar la estrategia y que nivel de participación en su diseño han tenido?*

La estrategia de EPS tiene un claro abordaje comunitario, pues desde su concepción esta trasciende los límites escolares convencionales, para ampliarse desde la lógica de la comunidad escolar en pleno, en la que se incluyen un sinnúmero de actores claves, para tal caso quisimos con esta investigación darle voz

los actores implicados desde la perspectiva de comunidad escolar y responder algunos interrogantes como *¿De qué manera los padres de familia, alumnos y comunidad local han participado en el proceso de desarrollo de estas estrategias? ¿Cómo estas estrategias han impactado la vida de los miembros de la comunidad escolar en sus territorios?*

La estrategia de EPS es una iniciativa que trasciende el sector salud y se consolida como una apuesta de intervención integral que tiene efectos sobre el bienestar en general de la población. La resolución de los anteriores interrogantes permite tener información valiosa sobre la implementación de este tipo de iniciativas, que le podrán ayudar a la ciudad y también al país a identificar oportunidades de mejora para hacer los respectivos ajustes en todos los niveles, más aun a la luz de los nuevos lineamientos o estándares globales que sobre este tipo de estrategias ha entregado al mundo de forma conjunta la OMS y la UNESCO como máximos organismos internacionales de la Salud y la Educación (WHO & UNESCO, 2021b).

Como se señaló, esta investigación se realizó en la ciudad de Cali, que tiene una superficie aproximada de 21.195 Km<sup>2</sup>, de los cuales el 22% corresponde a zona urbana, dividida administrativamente en 22 comunas y éstas a su vez se subdividen en 336 barrios. De acuerdo con las proyecciones poblacionales para el año 2020, el municipio tiene 2'252.616, de los cuales 98% habita la zona urbana (DANE, 2018). Actualmente el municipio cuenta con 91 Instituciones Educativas públicas que a su vez se conforman por 266 sedes educativas o escuelas. En estas sedes, se encuentran matriculados en total 169.100 niños y jóvenes (Secretaría de Educación Municipal -Alcaldía de Santiago de Cali, 2018).

Esta tesis está conformada por cinco grandes apartados: i. marco teórico, ii. metodología, iii. resultados, iv. discusión y v. conclusiones y recomendaciones.

El marco teórico está conformado por tres capítulos, en un primer momento se revisó la literatura para comprender la definición que se ha dado a la salud en medio de los cambios paradigmáticos y sobre sus determinantes, en un segundo momento se ha hecho lo propio pero en específico sobre la promoción de la salud y en un tercer momento se ha revisado el proceso histórico del planteamiento de las estrategias de Escuelas Promotoras de la Salud, en este sentido se partió de la revisión a nivel internacional, posterior a ello se encontró la trazabilidad de las adaptaciones que se hicieron en Colombia y por último se revisó la información disponible sobre la implementación en Cali.

En el apartado de metodología se encuentra estructurado en primera medida por el enfoque epistemológico y el tipo de investigación que se planteó, en este caso hablamos de una Evaluación Participativa Práctica (EPP), segundo por las fases en las que se desarrolló esta tesis, tercero las particularidades y detalles del grupo motor que se creó en el marco del tipo de investigación, cuarto en las técnicas de recolección de la información que se diseñaron y los detalles del proceso de recolección en medio del trabajo de campo y por último los detalles del procesamiento y análisis que se le dio a la información.

Por último, los apartados de resultados, discusión y conclusiones han sido escritos en clave de cada uno de los objetivos generales a resolver con sus respectivos objetivos específicos, así pues, encontramos que en un primer momento se resuelve, discute y concluye sobre aspectos orientados a describir el proceso de implementación de la estrategia en Cali, la identificación de las respectivas adaptaciones municipales, las herramientas para institucionalizarla al interior de las escuelas, por último la información disponible de los diarios de campo y del proceso de tipificación que se ha revisado para resolver lo concerniente a la caracterización de las escuelas. En un segundo momento se hace lo propio, pero para evaluar como tal la EES, en este sentido se presenta, discute y concluye, primero sobre los elementos que han facilitado y dificultado la implementación, sobre todo lo relacionado con la participación de actores, segundo lo concerniente a las herramientas pedagógicas planteadas para esta estrategia y tercero sobre la percepción de utilidad o impacto que sobre esta estrategia tienen distintos actores.

# OBJETIVOS

La presente investigación pretende aportar conocimiento sobre los elementos del contexto caleño que han permitido que esta estrategia perdure en el tiempo y también cuales han dificultado su desarrollo. Reconocer estos aspectos le permitirá a la administración pública local gestionar aquellos que desde sus competencias pueda hacer, pero desde una perspectiva más estructural esta investigación proporciona información relevante que contribuye a la optimización y mejora de la estrategia. La estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud es una iniciativa que trasciende al sector salud y produce efectos en el bienestar general del alumnado y de la comunidad escolar ampliada, por lo tanto, cualquier oportunidad de mejora en ella significará un aporte proporcional a la calidad de vida la comunidad. Con esta finalidad, la presente tesis doctoral se estructura a partir de dos objetivos generales para contextualizar la EPS en Cali:

## 1. OBJETIVO GENERAL No. 1

Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables en Cali

### 1.1 Objetivos específicos

- 1.1.1 Detallar en qué medida se han implementado los lineamientos que el país ha establecido para este asunto en Cali
- 1.1.2 Describir las adaptaciones locales a los lineamientos nacionales
- 1.1.3 Identificar los documentos de centro que han institucionalizado la estrategia de Escuelas Saludables en Cali
- 1.1.4 Caracterizar las Escuelas Saludables en Cali

## 2. OBJETIVO GENERAL No. 2

Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali

### 2.1 Objetivos específicos

- 2.1.1 Determinar los elementos que han facilitado el proceso de desarrollo de la EES en Cali
- 2.1.2 Describir los elementos que han dificultado el proceso de desarrollo de la EES en Cali
- 2.1.3 Determinar el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas del desarrollo de la EES, los padres de familia, alumnos y comunidad local en Santiago de Cali
- 2.1.4 Detallar las herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Santiago de Cali y cómo estas se han nutrido de la participación de distintos actores
- 2.1.5 Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre cómo la estrategia ha impactado su vida

## **PARTE I. MARCO TEÓRICO**

## CAPÍTULO 1. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

## 1.1 HISTORIA DE LA ENFERMEDAD EN CLAVE DE LOS PARADIGMAS

La humanidad ha explicado de múltiples formas el proceso de salud y enfermedad a lo largo del tiempo y este ha cambiado tantas veces como el conjunto de saberes, códigos culturales y sociales que nos han enmarcado. En este apartado haremos un recorrido por el entendimiento de la salud desde la perspectiva de los paradigmas históricos, entendiendo a estos como esos modelos de explicación integral del proceso salud-enfermedad. Estos paradigmas determinan lo que es normal o legítimo y expresan y se explican en determinado contexto histórico, tienen además una fuerte influencia del contexto económico, político y cultural (Vela, 2011).

Así pues, hace miles de años, cuando no teníamos muchos elementos explicativos de los fenómenos y en especial de aquellos que se relacionaban a la pérdida de salud, el ser humano encontró explicación en un conjunto de elementos místicos relacionados a agentes sobrenaturales, espíritus o dioses malévolos que configuraron el *paradigma mágico/místico* (Hernández-Girón, Orozco-Núñez, & Arredondo-López, 2012; Quintero, 2018; Susser & Susser, 1996a).

Con el paso del tiempo y la aparición de los primeros vestigios de clase social, en los que existían unos seres humanos dueños y otros propiedad, se dio paso al *paradigma naturalista o físico*, en este los patronos al tener más tiempo libre, dado que las labores domésticas o cotidianas eran desarrolladas por otros humanos destinados para ellas, podían dedicar más vida a la observación de aquellos fenómenos, que décadas atrás hubieran carecido de mayor raciocinio. Estos pensadores, que tenían de esta manera la posibilidad de filosofar, pudieron expandir la concepción de la realidad, concibiendo de esta forma a los fenómenos como procesos naturales, todos explicables desde las leyes del cosmos por ellos conocidas, desestimando de esta forma la relación con la voluntad de seres sobrenaturales (Gómez, 2018).

La crisis del esclavismo que vivió Europa a mediados del s. IV y que activó la expansión del modelo feudal, que no era otra cosa que un modelo económico y social claramente desigual, ya que se basaba en la propiedad y explotación de las tierras. En el marco de este modelo, los terratenientes eran abiertamente apoyados por los clérigos, juntos controlaban los recursos explotando a los siervos y apropiándose de esta forma de la riqueza. Dicho sistema se prolongó unos mil años, en los que se apoyó fuertemente la ideología cristiana. En este contexto, el terreno recorrido durante el paradigma naturalista que se cimentaba en una visión dinámica e individual de la enfermedad, fue encandilada por concepciones religiosas judeocristianas que implantó la creencia de que las enfermedades y otros fenómenos eran producto de pruebas o castigos divinos como una expresión del ordenamiento establecido por la sabiduría de Dios (Goberna, 2004). De hecho, los monasterios eran considerados centros técnicos avanzados, muchos de ellos servían como hospitales para acoger gratuitamente a los pobres moribundos. Los cuidados al enfermo que prestaban los monjes no eran inspirados por el ánimo de lucro, ni mucho

menos por el amor a la ciencia, sino por la caridad como principio religioso (De Santiago, 2014; Garrison, 1966).

A mediados del s. XI, el sistema feudal entró en crisis y se dio paso a una nueva era cargada de expediciones, como una salida explosiva hacia el mar. Estas dinámicas expedicionarias dieron lugar al surgimiento de lo que años más tarde se conocería como la burguesía, que no era otra cosa que una nueva clase social que se había enriquecido en gran parte, producto de los resultados positivos de sus expediciones y saqueos. Esta nueva clase abandonó el campo y se dedicó al comercio. Los burgueses que vivían en palacios comían muy bien, pudieron enviar a sus hijos a estudiar a las universidades de la época. Sus hijos, se terminaron convirtiendo así en los sabios de la época, pero seguían siendo plebeyos, no tenían títulos, ni podían acceder a espacios de poder, pero a cambio si debían pagar grandes tributos, todo ello como un gran caldo de cultivo de revolución.

Esta nueva clase social, al sentirse excluidos y explotados, empezaron a usar su dinero e ingenio para derrocar el antiguo régimen con la implantación de ideas consideradas para la época como demasiado modernas (Goberna, 2004). Todo este ambiente de ideas modernas impulsó las ciencias naturales como una forma de conocimiento que se cimentaba en el razonamiento, pero sobre todo en la observación empírica de los fenómenos, que garantizaba la comprensión, control y aprovechamiento de la naturaleza, la sociedad y las personas en su contexto (Gómez-Arias, 2018; Huberman, 1983). Este nuevo paradigma científico o racional que emergió se negaba a siquiera aceptar cualquier argumento que no tuviera como base la observación empírica, que además fuera supremamente rigurosa, organizada y consistente.

Podríamos decir que así nació la ciencia como la conocemos hoy. En términos de la salud, este paradigma tan disruptivo terminó respaldando a la medicina europea, que de paso se fue despojando de la concepción religiosa y se permitió retomar elementos de la física, sometidos a los criterios de la investigación científica que por aquella época florecía.

Desde mediados del s. XVIII y buena parte del s. XIX se destacó la teoría del *miasma*, que era una donde el contexto medioambiental producía las enfermedades por medio de emanaciones fétidas, de sustancias orgánicas en descomposición que contaminan el aire. Esta mirada ambiental tal vez dio paso años después a modelos eco epidemiológicos que explicaban como el entorno estaba en relación con la aparición de enfermedades.

A mediados del s. XIX, apareció en el panorama el biólogo y químico francés Luis Pasteur, quien, en este ejercicio de la rigurosidad científica desde la observación empírica y la sistematización de la información, logró grandes avances en la clasificación de un sinnúmero de microorganismos, pero sobre en la relación de estos con las principales enfermedades que aquejaban a algunos animales en la época. Tiempo después aparece en la escena, Robert Koch, médico alemán, quien descubrió el bacilo productor de la tuberculosis y años más tarde el del cólera (Hernández-Girón et al., 2012). Los avances en la microbiología tanto de

Pasteur como de Koch dieron paso dentro de la sombrilla de este *paradigma científico*, a la *teoría del germen*, que no era otra cosa que la relación de las principales enfermedades infecciosas que acechaban a la humanidad con microorganismos.

La teoría del germen fue tan disruptiva para la época, que gran parte de la medicina se centró en identificar y eliminar los microorganismos. Podríamos decir que incluso hoy aún existe una fuerte influencia por entender que el proceso de la salud enfermedad está directamente relacionado a la presencia de patógenos de naturaleza microbiana y una negación a lo sociocultural (Quevedo, 1992; Urquía, 2019).

Los vacíos de la teoría del germen en relación a que para el tratamiento solo era necesario eliminar la causa externa, justificando que las condiciones internas de las personas y de su entorno social son accidentales y pasan a un segundo plano, solo fue un preámbulo que daría paso a diferentes enfoques del paradigma científico mismo, enfoques que en algunos casos pudieron presentarse como opuestos entre sí (Lain-Entralgo, 1978). Todos estos dilemas se empezaron a resolver, por lo menos a integrar en un modelo ecléctico y pragmático que entendía la enfermedad como toda aquella alteración biológica, resultado de lesiones histopatológicas, causas externas en general y de alteraciones funcionales.

En este panorama ecléctico, se empezó además a incorporar los avances en inmunología y en general todo lo relacionado a la genética, llevando incluso a replantearse lo relacionado a los determinantes biológicos, motivo por el cual se activó un interés creciente por controlar el código genético como la mejor forma de controlar también la enfermedad (Susser, 1998). Al interior de este tipo de miradas eclécticas se destacaban el modelo dinámico de Leavell y Clark, la triada ecológica de Cockburn, el modelo de Blum y el modelo canadiense de Lalonde, todos enfoques que han influido ampliamente en la concepción histórica y actual de la salud pública (Hernández-Girón et al., 2012).

En 1963, Thomas Cockburn, epidemiólogo inglés propuso un modelo que buscaba explicar el proceso de la enfermedad, a este se le denominó *Triada Ecológica* (Cockburn, 1963), ya que según este supuesto, las enfermedades eran la representación de alteraciones orgánicas desarrolladas en un huésped como producto de la acción o intervención de un agente causal externo, que ingresa al cuerpo en ciertas condiciones del ambiente. Este modelo planteaba que, para poder entender la enfermedad, era necesario conocer a fondo las particularidades del huésped, del ambiente y del agente relacionado. Sin embargo, consideraba clave que para poder resolver la situación era necesario la eliminación de la causa externa.

En este sentido, el nombre de huésped u hospederero representaba la figura pasiva de un enfermo sin grupo o historia, que debía padecer los efectos de la causa externa con su consecuente sufrimiento. Por otro lado, ese entorno en el cual habita ese agente externo, también se le podía considerar como pasivo. En este orden, el modelo de la tríada reforzó el paradigma uni causal que había sido insinuado anteriormente con Pasteur y Koch, sin embargo, dejó grandes vacíos conceptuales, sobre todo en relación

con aquellas enfermedades que no se podían curar, incluso en aquellas en las que ni siquiera se podía identificar su patógeno.

Todo esto hace que se inicie una nueva revolución en el pensamiento, con la construcción de la idea de la multiplicidad de causas para una única alteración orgánica de los seres humanos. Esta teoría emergió y tomó fuerza al reconocerse el misterio de las nuevas epidemias de enfermedades crónicas; en el curso del tiempo, esta teoría de la multiplicidad de las causas se desarrolló como la actual epidemiología de los “factores de riesgo” (Doval, 2016).

El modelo de la *caja negra* es una metáfora para representar fenómenos cuyos mecanismos internos están ocultos y son desconocidos para el observador (Susser & Susser, 1996b). En dicho modelo se plantea la relación o interrelación de muchos factores en la definición de la causa de una enfermedad, donde el peso causal de cada factor depende de su cercanía con el resultado (Susser & Susser, 1996a).

Con el paso de la era de la caja negra, llegó también de manos de Mervin Susser una teoría epidemiológica que unificaba distintos fenómenos en diferentes niveles, desde las causas a nivel social, se podían representar en un nivel superior, incluyendo al individuo y llegando a la patogénesis del nivel molecular (Susser & Susser, 1996b; Urquía, 2019).

La enfermedad bajo los preceptos de Susser era concebida como un fenómeno poblacional que tiene lugar en múltiples niveles interrelacionados y en jerarquía, de esta forma los fenómenos colectivos de salud tienen lugar de manera similar a un conjunto de “*cajas chinas*”, de modo que un sistema contiene a otro de un nivel inferior (Susser & Susser, 1996a). A esta propuesta Susser la denominó *eco epidemiología*.

A mediados del s. XX los epidemiólogos Leavell y Clark propusieron un modelo dinámico al que denominaron como el de la *Historia Natural de la Enfermedad*, ya que concebía este proceso como algo secuencial que seguía un rumbo definido y era influenciado por las leyes naturales (Clark, 1958); dicho modelo planteó que los seres humanos nacían con la capacidad de desarrollar los procesos vitales, pero también un grado de susceptibilidad que resultaba en alteraciones. El modelo de Leavell y Clark incluía que las personas podían exponerse a algún tipo de condición dañina que ellos denominaron “*noxa*”, la cual desencadenaba la enfermedad misma. Sin embargo, se hacía claridad que el daño no debía aparecer siempre de forma inmediata; por el contrario, solía comenzar de forma silenciosa en lo que se conocía como una fase previa o preclínica, que con posterioridad podría evolucionar y presentarse con signos y síntomas, los cuales desencadenaban la fase clínica como tal (Hernández-Girón et al., 2012).

La presentación clínica observable como tal no se relacionaba con el final del proceso; la enfermedad, de hecho, seguía evolucionando hacia diferentes formas de resolución que iban desde la curación hasta las complicaciones, las consecuencias y la misma muerte. Con el modelo de la historia natural de la

enfermedad y entendiendo las fases que se incorporaron, Leavell y Clark propusieron intervenciones específicas dependiendo del estadio de cada una (Hernández-Girón et al., 2012). Por ejemplo, el término de *prevención primaria* fue acuñado para referirse al conjunto de acciones que se debían implementar en personas sanas y de esta forma evitar el contacto con la noxa. Esta prevención primaria podía ser tanto colectiva como individual, en el caso de las acciones colectivas, concentraban a todas aquellas que se aplicaban grupalmente como por ejemplo la aplicación de flúor en el agua para la prevención de la caries dental. En el caso de la prevención primaria individual, esta se aplica a individuos que están más expuestos a un riesgo, por ejemplo, el uso de las vacunas (Gómez-Arias, 2018).

El fracaso de la prevención primaria suponía que el individuo había sido expuesto a la *noxa*, en este sentido se requería implementar rápidamente acciones de *prevención secundaria* como el diagnóstico y tratamiento adecuado, que estaban dirigidas a condicionar y/o frenar la evolución de la enfermedad y de esta forma evitar la aparición de complicaciones. A su vez, con el fracaso de la prevención secundaria y con ello la aparición de las complicaciones se requería desplegar las acciones de *prevención terciaria* que buscaban rehabilitar al enfermo y de esta forma evitar la discapacidad o invalidez y la misma muerte (Hernández-Girón et al., 2012; White, 2020).

Tal vez el aporte más trascendental de Leavell y Clark consiste en plantear que la enfermedad es un proceso dinámico; sin embargo, su concepto de historia natural tiene una alta influencia en considerar las condiciones biológicas de las afecciones, desestimando otros aspectos primordiales de la historia humana como son los procesos sociales de producción de bienes materiales y de reproducción de las condiciones del grupo, categorías que continúan en un segundo plano (Hernández-Girón et al., 2012).

Como vemos, en este recorrido por los diferentes paradigmas con que la humanidad ha tratado de explicar la aparición de alteraciones o enfermedades en los individuos ha estado directamente relacionado con las herramientas del conocimiento disponibles para cada época, pero también se evidencia una fuerte influencia del contexto socio económico.

En esta apertura o evolución intelectual llegamos al *paradigma salubrista*, que tal vez tuviera sus bases décadas atrás, cuando empezó a surgir la necesidad de encontrar la relación de la salud de las poblaciones con sus condiciones de vida, resaltándose tal vez a mediados del s. XIX el concepto de medicina social (Ayuso-Margañón, 2018). Este enfoque salubrista tiene mucha influencia de miradas sistémicas como lo advierte Saforcada (2001) (citado en Richard, 2016): *“El pensamiento sistémico me ha brindado una posibilidad de comprensión mucho más amplia de los fenómenos vinculados con la vida y su desenvolvimiento y, sobre todo, que los procesos de la vida son esencialmente positivos, el estado natural de los seres humanos es el de salud e inclusive en situación de enfermedad, por grave que sea, está siempre presente el potencial de salud cuya activación es mucho más eficaz para la cura que atacar solo y directamente al enfermedad. Pero claro... la salud no genera el inmenso lucro que si permite generar la enfermedad”*.

Fue precisamente esta apertura sistémica, la que hizo que muchos pensadores de la época iniciaran o reforzaran aún más sus inquietantes reflexiones sobre la influencia del contexto, pero sobre todo de las condiciones de vida de los individuos en la salud de estos. Sigerist fue uno de ellos, para este autor, el bienestar físico de las comunidades resultaba indispensable no solo para la salud individual, sino también para la prosperidad del Estado, lo que le llevó a publicar su obra “Sistema de política integral”, considerada como un acertado código sanitario destinado a los dirigentes de mentalidad reformista de aquella época (Ayuso-Margañon, 2018).

En total acuerdo con Ayuso (2018), la influencia de Henry Sigerist (1941), no se puede desconocer, no solo en la mirada sistémica que hizo sobre la salud, sino en como su pensamiento logró permear las reflexiones de otros tantos autores de la época. Sigerist planteó su teoría de la premisa de que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, *“una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”* (Guerrero & León, 2008).

Ayuso en su revisión además, resalta como otros tantos autores como (Beldarraín, 2002; Guerrero & León, 2008; Vega-Franco, 2002), concluyen que precisamente fueron los planteamientos de Sigerist los que lograron influenciar a la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que en 1946 le dieran el significado a la salud que aun hoy está vigente *“la salud es un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o achaque”* (WHO, 1946).

Gracias al resultado de la influencia de Sigerist en la definición de la OMS, la salud es conocida desde entonces como un proceso holístico, en el que intervienen no solo la dimensión física y biológica, sino también otros factores determinantes, permitiendo comprender al individuo desde su integralidad. Fue precisamente la apertura en esta definición la dio lugar a servirse de ella para incidir en la toma de decisiones en políticas públicas tanto sanitarias como sociales con el propósito mismo de mejorar las condiciones y la calidad de vida de los ciudadanos (Ayuso-Margañon, 2018).

## 1.2 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LA SALUD

En relación con el apartado anterior, el concepto de salud propiamente dicho también ha tenido un recorrido histórico permeado por el contexto, es así como desde los inicios de la humanidad las culturas de todo el mundo han buscado la comprensión de lo que significa estar sano. Vimos anteriormente como en clave de los paradigmas se ha aportado a las explicaciones en el contexto, la definición como tal de salud ha evolucionado entonces muchas veces en armonía al momento histórico de la humanidad, incorporando para ello tanto la comprensión científica y médica de la época, como el conjunto de creencias paradigmáticas como vimos anteriormente.

En ese recorrido histórico como vimos, las antiguas civilizaciones explicaban las cuestiones de la salud y enfermedad desde la presencia de cuestiones sobrenaturales, siglos después, Hipócrates introdujo la primera ruptura con esta mirada mística o sobrenatural y explicó la enfermedad como el resultado de desequilibrios entre cuatro fluidos corporales o humores: la sangre, la bilis negra, la flema y la bilis amarilla. En ese sentido, la salud se definía entonces como un estado de equilibrio corporal que se lograba por medio de acciones conductuales y medicinales (Tountas, 2009). Esta visión del equilibrio de la medicina hipocrática de hecho ha influenciado buena parte de la discusión moderna sobre el concepto de salud, desde la medicina oriental que involucra cuestiones espirituales a prácticas médicas en otras latitudes, la concepción de la salud como un equilibrio producido por factores ambientales y del comportamiento parecen estar aún vigentes (Badash et al., 2017).

En la escuela hipocrática entonces, la salud se presentó como una presunción filosófica y naturista, sin embargo conservaba cuestiones prácticas, en tal sentido, la sangre era el único humor que se podía recoger con seguridad gracias a su composición y ubicación, es así pues cómo la sangría se convirtió a mediados del siglo IV a.C. en la intervención terapéutica por excelencia, esta se usaba para restaurar la buena salud casi de forma generalizada en todas las enfermedades (Conti, 2018).

Posteriormente, la era del Imperio Romano entre el siglo I a.C. hasta el V d.C. introdujo un progreso científico que transformó mucho más la comprensión de este proceso. En ese orden, Galeno, el médico más destacado del Imperio, profundizó la visión hipocrática y la amplió al introducir en esta lógica del equilibrio entre los cuatro fluidos a la personalidad como influencia en este proceso de salud-enfermedad (Conti, 2018), esta mirada tal vez introdujo la relevancia del comportamiento humano en la construcción de la salud desde el impacto que pudiera tener la personalidad en este proceso. La influencia de ésta época también tuvo sus repercusiones en relación a la pasión por la arquitectura, en este sentido Galeno planteaba que el estudio de la medicina debía incluir a todo el cuerpo, y en ese sentido en analogía a la arquitectura, los médicos debían seguir algo así como un plan (Finger, 2000). Galeno entonces, planteó en aquella época que la salud debía tener una visión mucho más holística, considerando al paciente en su integralidad, incluso en aquello relacionado a los estados emocionales y mentales en términos del temperamento (Flaskerud, 2012).

Pero Galeno fue un poco más allá, ya que habló también de los pre requisitos de la buena salud en términos de la libertad que daba la independencia económica, incluso por encima de la buena constitución física, este médico reconocido planteaba según Sigerist (1941) en (Restrepo & Málaga, 2001) que “no es posible llegar a una vida saludable sin independencia completa” como una aproximación si se quiere de esos determinantes estructurales que se señalarían siglos más adelante.

Siguiendo en la antigüedad, el Imperio Romano también hizo el primer esfuerzo estructural para darle a la salud una categoría poblacional, fue en esta época de auge en la que se avanzó en la construcción de sistemas de alcantarillado, acueductos de agua dulce y baños públicos. Estas apuestas innovadoras para la época en términos de salud pública desde el saneamiento, permitieron que el enfoque de la atención médica diera un salto desde la mirada individual al conjunto de la sociedad (Cilliers & Retief, 2006; Conti, 2018). En este sentido, con los romanos se avanzó en una visión más realista de la salud, dejando a un lado la contemplación como explicación de este proceso y no solo teniendo en cuenta los aspectos de saneamiento mencionados, sino que como vimos, se le dio relevancia a los aspectos del estado mental o emocional, de hecho para los romanos el cuidado excesivo del cuerpo, no solo era inútil sino “afeminado”, se dio paso así a una mirada más amplia de la salud que vinculaba a la mente con sus estados, esta postura fue plasmada en la historia con la célebre frase “mente sana en cuerpo sano” (Restrepo & Málaga, 2001).

Ya en la edad media, la religión tuvo también fuertes implicaciones en la forma como se conceptualizó sobre la salud durante esta etapa, en especial la del auge del cristianismo donde se reaccionó contra el cuidado del cuerpo y en contraposición se señaló la importancia del espíritu como elemento fundamental de la salud y el bienestar humano. Así pues, la postura era entorno a que la higiene pagana no era suficiente para preservar la salud y en ese orden lo que se necesitaba eran bautismos masivos por encima de las dietas o ejercicios. Sin embargo, considerando que el cuerpo era un vehículo para llegar al alma, si se consideraron algunos permisos, sobre todo en relación a la higiene colectiva, por ejemplo, el baño representaba un rol importante, en específico durante las conmemoraciones de la Resurrección (Restrepo & Málaga, 2001).

La edad media entonces, combinó los planteamientos tanto de Galeno como de Hipócrates, pero se dio prelación a las ideas de Galeno porque se creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo. Ya en la época del Renacimiento, fueron varios médicos que introdujeron otras perspectivas de salud y con ello divergencias conceptuales (Restrepo & Málaga, 2001). Según Paracelso, médico y alquimista germano-suizo, la salud humana se explicaba en el equilibrio entre el macrocosmos del universo y el microcosmos del individuo, en este orden, prescribía medicamentos derivados de la alquimia y también presentó el concepto de semejanza como principio curativo, esto quería decir que las cosas debían tratarse con cosas similares “*similia similibus*” Weeks (2008) (citado en Conti, 2018).

En la misma época, el médico y astrónomo Fracastoro, introdujo una visión innovadora del proceso de salud-enfermedad, a raíz de la observación de múltiples enfermedades infecciosas, planteó la idea de que estas eran producidas por algo que denominó “*seminaria*” (semillas de enfermedades) que se propagaban de individuos enfermos a los sanos por el contacto directo o por el contacto de objetos personales. A estas conclusiones llegó este médico italiano específicamente de ver la devastadora aparición de la sífilis y

sus consecuencias, el aporte conceptual de Fracastoro a la salud se dio precisamente en relación a la evaluación epidemiológica y a la relación de patógenos con el proceso de degradación de la salud en los individuos (Conti, 2018).

Los conceptos precursores de la salud que emanaban de la visión hipocrática y de Galeno fueron refinados siglos más adelante mediante el descubrimiento de las células en 1665 d.C., el de los microorganismos en 1675 d.C., y el de los genes en 1866 d.C., además el de muchas otras entidades químicas y moleculares que permitían al cuerpo y la mente estar en equilibrio (De Castro, 2016; Gest, 2004). En el siglo XVIII además, los conceptos fueron nutridos por diferentes estudiosos, desde diferentes visiones fisiológicas e incluso anatómicas, es el caso del médico y anatomista Giovanni Battista Morgagni, definió a la buena salud como el estado de integralidad clínico-anatómico del organismo humano, en este sentido consideraba a la enfermedad como la alteración anatómica de algún órgano, a estas conclusiones había llegado como resultado de cientos de disecciones realizadas por el mismo (Conti, 2018).

Con el avance de las décadas también llegaron nuevos descubrimientos y con ello nuevas definiciones de la salud para llevar la atención médica a un espectro poblacional que complementaba la visión molecular y submicroscópica de la medicina. Fue precisamente pensar en esa atención global renovada a los seres humanos tanto enfermos como sanos, la que dio paso en la era moderna a través de la Organización Mundial de la Salud a lo que se considera la piedra angular de las definiciones, porque detrás de ella suponía una postura como tal frente al proceso de salud-enfermedad (Badash et al., 2017). Esta definición tiene en cuenta no solo los rasgos físicos y anatómicos, sino también los sociales y los psicológicos.

La OMS entonces, definió en 1946 a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad”. A esta postura se llegó como una consecuencia de la II Guerra Mundial cuando las Naciones Unidas crearon a la OMS precisamente para desarrollar e impulsar iniciativas de salud global para que los individuos de todo el mundo pudieran alcanzar el más alto grado de salud posible (Jadad & O’Grady, 2008).

Esta postura de la OMS se entendió como algo revolucionario en el contexto, pues el concepto como tal amplió la visión de la salud, ya no solo se consideraban las cuestiones físicas de una enfermedad, sino que se incluían aquellos elementos sociales que impactaban estos resultados. De forma protagónica también señaló la necesidad de lograr el bienestar, que de paso se diferenciaba de la simple ausencia de enfermedad. Este bienestar se relacionaba directamente con las consideraciones psicosociales, conductuales y ambientales. Así pues, la definición planteada por la OMS llegó con un importante impacto social en el sentido que desafió a las organizaciones académicas, comunitarias, profesionales y sobre todo políticas ya que instaba a asignar recursos que le apuntaran a lograr la meta del bienestar como

tal. Esta definición además, se consideró un paso positivo en la percepción y el logro de la salud por ampliar precisamente su alcance (Badash et al., 2017; Saracci, 1997).

Sin embargo, pese a ser bien recibida en su momento, esta definición no ha sido totalmente satisfactoria, a través de los años, muchos han argumentado que esta buena intención de ampliar el alcance sigue sin materializarse, en gran medida por dificultades para lidiar con condiciones crónicas complejas, pero también la evidente desigualdad de recursos entre el mundo en desarrollo y el desarrollado. Algunos han señalado que el problema como tal gira entonces a la falta de practicabilidad de esta definición, han resaltado que si bien la postura fue positiva y ambiciosa, no es práctica porque se queda en lo fundamental y no se puede hacer cumplir de manera equitativa (Habersack & Luschin, 2013). Además, esta definición ha recibido señalamientos por sus inconvenientes conceptuales en relación a que es más cercana a lograr felicidad que salud, en estas posturas se lee que si bien la salud se considera como un derecho humano, defender la felicidad como un derecho equivalente es más complejo y más vulnerable a la subjetividad (Saracci, 1997).

Ahora bien, las críticas a la definición de la OMS vinieron acompañadas de definiciones alternativas. René Dubos (1956) por ejemplo, definió a la buena salud como la condición más adecuada para que cada individuo alcance sus metas personales y sociales. Maslow (1968) escribió que la salud se basaba en la satisfacción de necesidades en un orden particular, primero las físicas, luego la seguridad, el amor, la pertenencia, la estima y finalmente la autorrealización. Por su parte, Ahmed (1977) señaló que la salud es un término relativo que debe reconocer las condiciones de la sociedad y el individuo, según este autor, la salud no era un estado deseable como tal sino un vehículo para cumplir las obligaciones del rol humano (Badash et al., 2017).

Terris (1980) propuso la salud como un *“estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Gavidia & Talavera, 2012). Señaló que el proceso salud-enfermedad se presenta en dos aspectos, uno subjetivo, (sentirse bien o mal) y otro objetivo que además se pudiera observar como la posibilidad de funcionar. En este orden, para Travis estar en buena salud era equivalente a la suma de ese bienestar subjetivo relacionado a sentirse bien, no tener molestias ni sufrimientos y la capacidad de funcionar, relacionada a poder trabajar, jugar, estudiar y relacionarse con los demás.

Como vemos, los constantes desafíos en términos de salud han hecho que constantemente se revisen estas definiciones, institucionales o académicas para que se adapten mejor al contexto. Bircher (2005), experto en economía de la salud propuso por ejemplo que estas definiciones se deben actualizar debido a las crisis mundiales en salud. Ha señalado que la actual definición de la OMS debería cambiarse a *“un estado dinámico de bienestar, caracterizado por el potencial físico, mental y social de un individuo para satisfacer las*

*demandas de la vida únicas a la edad, cultura y responsabilidad personal del individuo*” (Bircher, 2005; Bircher & Hahn, 2016).

En este recorrido conceptual hemos visto entonces como se ha avanzado desde el entendimiento de la salud y en ese sentido todas las ideas anteriores han sido importantes para conducir estas definiciones desde la oposición a la enfermedad, la relación microscópica, el equilibrio entre el bienestar físico, mental y social, la capacidad de funcionar, la relación y el equilibrio con el entorno, sin embargo la visión moderna de la salud ha incluido un aspecto muy importante en relación al comportamiento humano como una representación de la acción individual.

En este sentido, la Oficina Regional para Europa de la OMS plantea en 1985 que *“La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente”* (Gavidia & Talavera, 2012), y se avanza así en darle relevancia a acción del individuo y su determinación para acompañar la construcción de su propia salud. Con esta postura se abandona la concepción de salud como un estado o situación abstracta e idealista y se da relevancia al desarrollo de las capacidades del individuo. Se entiende de esta forma a la salud como un logro diario, por el que podemos y debemos trabajar en cada momento. No se concibe a la salud como una cuestión estática o acabada, sino que se cada vez se puede avanzar más en ese grado de bienestar.

Así pues, encontramos como los cambios sociales y los avances científicos a lo largo de la historia han permeado estas reflexiones y han traído consigo mejoras en el logro de la salud. Hoy por hoy, el concepto de salud no se circunscribe a la última definición dada por la OMS, ni tampoco cada definición alterna sustituye a sus predecesoras, lo importante es entender que el concepto de salud hoy se ha ido construyendo de forma sumativa y tiene un nivel optimizado, cualquiera que sea su definición (Badash et al., 2017; Gavidia & Talavera, 2012), y eso ya por si es muy importante, porque refleja una necesidad constante de cuestionarse su definición pero sobre todo la respuesta que estos planteamientos deberían tener. En conclusión, lo más importante de estos procesos reflexivos no son la definición *per se*, sino como materializamos como humanidad esos conceptos y superamos la impracticabilidad.

### **1.3 MODELO DE CAMPOS DE LA SALUD O DETERMINANTES DE LA SALUD**

Como vimos en los anteriores apartados, la humanidad se ha permitido en un ejercicio de apertura, muchas veces motivado por condiciones inherentes a los mismos sistemas de contexto, reevaluar sus posturas en relación como se produce la enfermedad y mejor aún como se produce la salud misma si la quisiéramos ver desde una perspectiva salutogénica. Como vimos, con la definición que hizo la OMS

sobre la salud en el año 46 se dio un movimiento trascendental, esta definición tan amplia le dio una categoría mucho más social a la construcción de la salud, además de presentar la salud de los individuos como algo mucho más integral y sobre todo sujeto al equilibrio. Pese a las críticas que señalamos anteriormente por considerar esta postura desde utópica hasta estática, podríamos decir que conceptualmente hablando se logró un cambio estructural en la forma de ver y estudiar el proceso de salud - enfermedad. Es así como en la década de los setenta se plantean varios modelos que buscaban explicar esa relación del entorno o contexto con la salud y el bienestar de los individuos, luego de varios aportes hechos por Austin y Werner (1973), Travis (1977) y Lafambroise (1972) como nos lo señala (WHO, 1946) donde precisamente se aportó a comprender esta relación.

En el año 1974 aparece en la escena Marc Lalonde, que para la fecha se desempeñaba como Ministro de Salud Pública de Canadá, planteó un modelo de salud pública explicativo, precisamente de aquellos factores determinantes de la salud que posteriormente se conocería como *Modelo de campos de la salud* (Tulchinsky, 2018). En dicho modelo ya se reconocía que el estilo de vida, el ambiente social y en un sentido más amplio, la biología humana y la misma organización de los servicios de salud se consideraban como esta serie de elementos que influían en la salud de los individuos.

En el sentido del ambiente no solo se identifican factores relativos al ambiente natural, sino sobre todo el social. En relación con este último se resaltan las condiciones de vivienda y trabajo, el nivel de escolaridad, el nivel de ingresos económicos y los valores o códigos culturales. Respecto al ambiente natural, los de mayor relación con la salud se derivan de la contaminación ambiental, tanto por factores biológicos como los microorganismos, físicos como ruido y radiaciones, químicos como los plaguicidas, metales pesados y los cambios climáticos en general.

Lalonde resaltó en sus estudios que había suficiente evidencia de que los comportamientos y hábitos de vida pueden condicionar negativamente la salud. Esta conducta forma por decisiones autónomas del individuo que están en estrecha relación con el entorno y el grupo social al que se pertenezca. Entre los principales comportamientos están la inadecuada alimentación, el sedentarismo, consumo de sustancias nocivas, conductas riesgosas en la sexualidad. Los hábitos de vida sanos o insanos son uno de los principales condicionantes en el proceso de salud-enfermedad. La mejora de estos debe conducir a una mejora en el estado de salud de los individuos y por consiguiente de la prosperidad de la población.

La biología humana que está condicionada por la carga genética y todo aquello que hereda el individuo adquirió gran relevancia gracias a los avances en ingeniería genética, logrados en los últimos años que abrieron aún más la perspectiva que ya se había estado ampliando como se mencionó anteriormente. Por último, Lalonde se refirió a como la organización del sistema sanitario, entendiendo parte de este a todo lo que tiene que ver con infraestructura hospitalaria, recursos humanos, materiales y suministros, tecnologías, etc., está fuertemente condicionada por variables relacionadas a la cobertura, el acceso, la

oportunidad, las buenas prácticas y en general a la resolutiveidad. En este mismo aspecto relacionó que pese a las mejoras de algunos países en relación a los servicios de salud como un determinante, no logran el efecto proporcional que se espera (Acevedo & Martinez, 2013; Tulchinsky, 2018).

La postura de Lalonde se inmortalizó en su documento llamado “Nuevas perspectivas de la salud de los Canadienses” o mejor conocido como el *Informe Lalonde*, lo que buscaba era plantear la necesidad de re direccionar recursos que naturalmente eran destinados a la provisión de servicios de salud a otros aspectos y/o sectores como por ejemplo cuestiones relacionadas al saneamiento básico, la educación y la vivienda (Hancock, 1986; Tulchinsky, 2018).

La influencia del modelo canadiense de Lalonde dio lugar casi en paralelo a que en Estados Unidos en 1976, Alan Dever planteara su propio análisis epidemiológico con el propósito de evaluar las políticas de salud, en él se estimó que el sistema sanitario contribuye al 11% en la disminución de la mortalidad, mientras que la intervención sobre el entorno disminuiría en un 19% y la mejora en los estilos de vida en un 43% (Dever, 1991). Dicha postura coincidía y reforzaba lo planteado por Lalonde en relación con la necesidad de invertir en aspectos distintos a la organización de los servicios de salud si lo que se quería era impactar de forma positiva la salud de las comunidades.

Con en el planteamiento de modelos de determinantes de la salud con una mirada mucho más holística, en especial todos los que empezaron a mencionar el concepto de determinantes de la salud, se ha constituido una de las grandes prioridades de la política pública en cabeza de los respectivos gobiernos en el mundo. Estos debaten constantemente sobre cuáles deberían ser los cambios y de qué forma priorizar las intervenciones que se diseñen para dar respuesta a aquellos que se vayan identificando y de esta forma afectar positivamente la morbimortalidad de las poblaciones.

## **1.4 DISCREPANCIAS CONCEPTUALES DE LA VISIÓN DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD**

Como se podría advertir, la expansión intelectual y la apertura conceptual sobre el proceso de salud y enfermedad trajo consigo algunas discrepancias conceptuales sobre la visión de los determinantes de la salud. Este ambiente convulso hizo que la discusión permitiera profundizar los análisis y posturas sobre la relación del entorno y las condiciones de vida y la construcción de la salud. Como bien mencionamos en el anterior apartado, como consecuencia del modelo planteado por Lalonde en 1974, se produjo un estallido de conceptualizaciones sobre cuales eran esos factores externos al ser humano y en qué medida estos afectaban su salud.

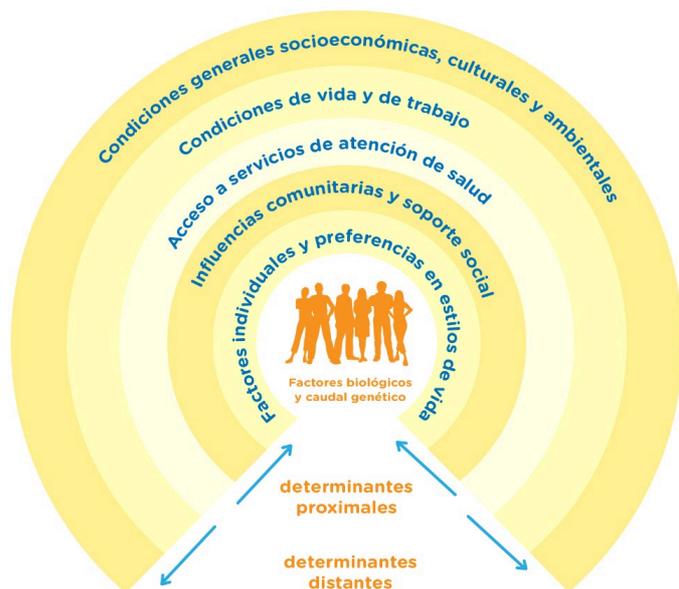
El aporte de Lalonde condujo a retomar la idea de la multicausalidad de los eventos y a plantear modelos epidemiológicos que partían de que los hechos nunca dependían de causas únicas. En este sentido, la explicación de causalidad recurre a las llamadas "cadenas de causalidad", a categorías como causa

necesaria y suficiente (Rothman, 1986), o la ya mencionada llamada triada ecológica (Parra-Cabrera, Hernández, Durán-Arenas, & López-Arellano, 1999). En este sentido el modelo epidemiológico como tal evolucionó en el tiempo incorporando diferentes paradigmas como formas de explicación, el nuevo *Modelo Eco epidemiológico*, perfeccionado por (Susser & Susser, 1996b) tomó como base lo anteriormente expuesto y sobre todo la influencia de los planteamientos que sobre los campos de la salud hizo Lalonde.

El nuevo modelo planteado por Susser & Susser se presentó en una lógica holística de la salud, en donde se hizo explícita la interdependencia de los múltiples niveles (individuos en un contexto biológico, físico, social, económico, histórico, ambiental y político). De esta forma, los factores determinantes de la salud y enfermedad en la población ocurren en todos los niveles de organización, desde el micro celular hasta el macro político (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a). La característica fundamental es la interacción multinivel: el daño a la salud poblacional se atribuye a la compleja interacción multinivel de los determinantes de la salud (Mujica, 2014).

El modelo como tal (gráfico 1), presenta los determinantes en dos extremos que bajo el anterior precepto interactúan para afectar la salud de los individuos: los determinantes proximales que se relacionan al genoma humano, sus comportamientos y las características biológicas del individuo y los determinantes distales que se relacionan mucho más al entorno en el cual se desarrolla la vida misma.

Gráfico 1. Modelo multinivel de determinantes de la salud o eco epidemiológico de Dahlgren & Whitehead



Fuente: Adaptado de MOPECE (p. 25), por OPS/OMS, 2002 a partir de Dahlgren & Whitehead, 1991

Iniciando la década de los 90s, Dahlgren y Whitehead D&W plantearon su *Modelo Socioeconómico* en donde involucraban la teoría de los factores sicosociales, la selección natural o social, el materialismo y el enfoque del ciclo de vida. El modelo de D&W buscaba representar la relación de los determinantes

sociales y se hacía énfasis en como la interacción de diferentes niveles de condiciones causales podrían explicar las desigualdades sociales en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a), para los autores, el modelo se representa en capas, de la más interna o cercana al individuo a la más externa.

En el centro con la representación del individuo, se encuentran los factores constitucionales del ser humano que no son modificables y que afectan a su salud. Mientras, a su alrededor o hacia el exterior se visibilizan los que se consideraría determinantes posibles de modificar, por ejemplo, los hábitos de vida, los estilos influenciados por los grupos o redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a; Palomino, Grande, & Linares, 2014).

En este sentido en el modelo de D&W plantea que la mayor influencia se realiza desde fuera hacia dentro. Es decir que los individuos con una situación económica desfavorable o una falta de apoyo social tienden a adoptar mayores comportamientos nocivos para la salud, así como las condiciones de vivienda, medioambiente e infraestructuras limitan el acceso a una forma de vida saludable (Graham & White, 2016; Mayenco, n.d.).

Gráfico 2. Modelo socioeconómico de la salud de Dahlgren & Whitehead

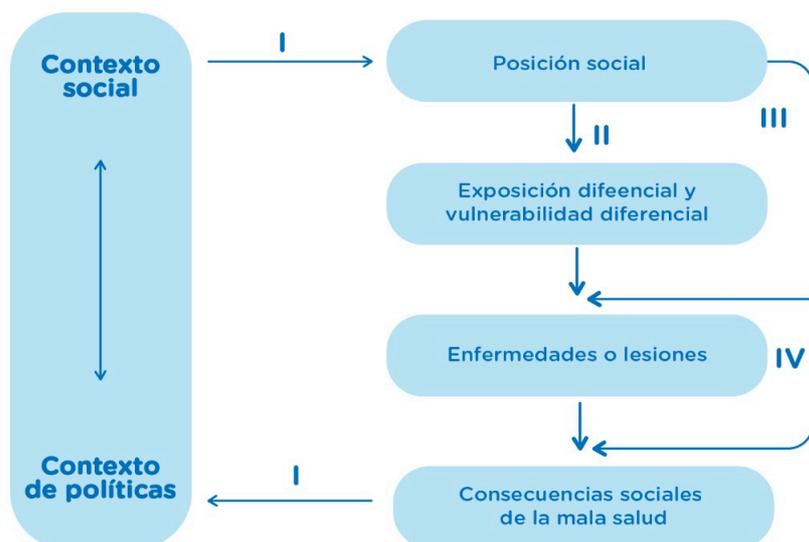


Fuente: Adaptado de *Determinantes sociales de la salud en Chile: En la perspectiva de la equidad* (p. 11), por Vega, Solar, Irwin et al., 2005

En 2001 Diderichsen, Evans y Whitehead (Whitehead & Dahlgren, 2006) adaptaron y presentaron un modelo que buscaba explicar cómo el entorno social de los individuos condicionaba su posición en la estratificación de la sociedad y dependiendo de esta posición se determinaría o impactaría su estado de salud. Como lo plantea el Ministerio de Salud de Colombia en su Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud, este modelo hace énfasis en la forma en que las sociedades se organizan en esa especie de gradiente de estratificación social y donde se hace evidente la forma desigual en la que los individuos

acceden a las oportunidades en relación a su desarrollo y por ende al resultado en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a; Vega et al., 2013).

Gráfico 3. Modelo de Diderichsen



Fuente: Adaptado de *Determinantes sociales de la salud en Chile: En la perspectiva de la equidad* (p. 12), por Vega, Solar, Irwin et al., 2005 a partir de Diderichsen et al., 2001

Lo importante de este modelo es que plantea que existe un primer grupo de mecanismos o motores centrales en la organización social que crean y distribuyen tanto el poder y la riqueza como el riesgo.

Entre estos motores centrales están las políticas educativas, las laborales y los estamentos políticos, en este sentido a la posición socioeconómica se les atribuye la exposición a condiciones perjudiciales para la salud de los individuos y configuran el segundo grupo de mecanismos. En el caso del tercer grupo, Diderichsen, Evans y Whitehead plantean que son aquellos que se relacionan a la forma diferencial en la que se puede presentar la vulnerabilidad, por último, se presentan los mecanismos con los que se recogen todas las consecuencias diferenciales de la enfermedad para aquellos individuos con notables desventajas.

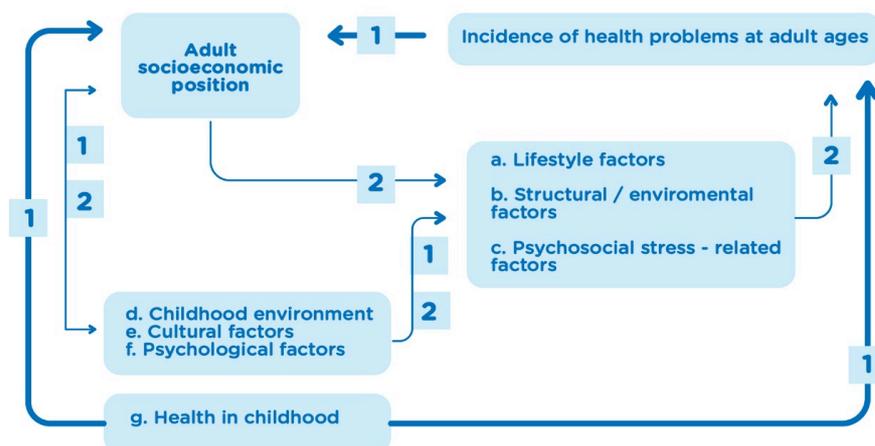
Este modelo sintetiza lo que se ha conocido como “la historia natural de la enfermedad” ya que como vemos, parte de la exposición a un factor de riesgo, pasa por la aparición de un problema de salud y finaliza con un resultado que puede ser a veces más y a veces menos desfavorable para algunos grupos sociales, pero el modelo también advierte sobre como en la medida en la que la salud de la población se vea comprometida puede generar consecuencias sociales en ese contexto general que se podría relacionar a la prosperidad de dicha comunidad (Diderichsen, Evans, & Whitehead, 2001).

Posteriormente entra al radar Johan P. Mackenback a proponer su modelo que se concentra en los mecanismos por los que las desigualdades en salud se generan. La selección frente a la causalidad. El primer mecanismo causal marca los procesos de selección representados por un efecto de los problemas

de salud en la edad adulta sobre la situación socioeconómica de adultos, y por un efecto de la salud en la infancia, tanto en la posición socioeconómica como en los problemas de salud durante la edad adulta. El segundo mecanismo causal está representado por los tres grupos de factores de riesgo que son intermediarios entre la posición socioeconómica y los problemas de salud: i) estilos de vida, ii) factores estructurales/factores ambientales y psicosociales relacionados con el estrés. Mientras que la infancia, medio ambiente, factores culturales y los factores psicológicos se incluyen en el modelo, y se reconoce su contribución a las desigualdades en salud a través de la selección y la relación de causalidad (Caballero, 2012).

Es así como Mackenbach introduce la relevancia de la infancia en los efectos que esta pueda producir en los individuos, pero también revela sobre cómo la posición socioeconómica de los adultos modula y los factores sicosociales y ambientales de la población.

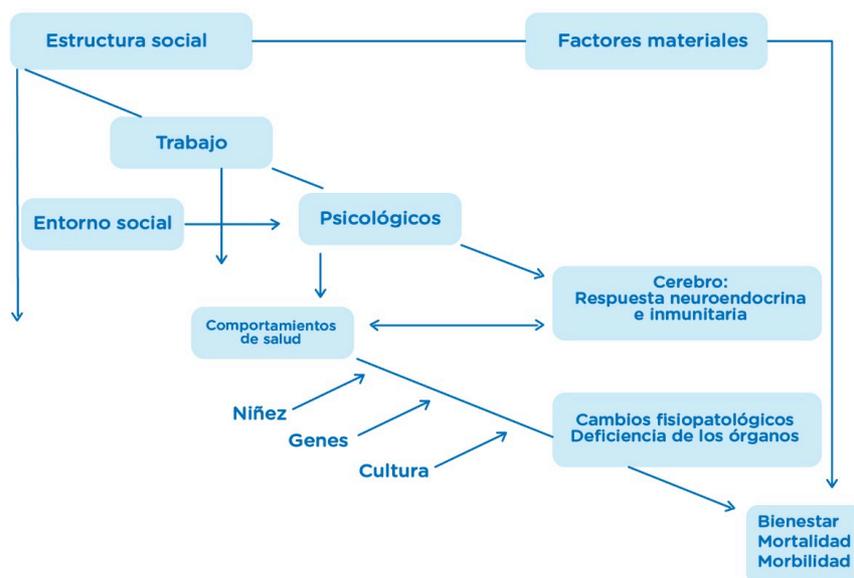
Gráfico 4. Modelo de relación y causalidad de Mackenbach



Fuente: Adaptado de *Observatorio para medición de desigualdades y análisis de equidad en salud* (p. 46) por Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia 2015 a partir de Commission on Social Determinants of Health, 2005

Por último el modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson, que tuvo gran relevancia en el informe de Acheson en 1998 hace mucho énfasis sobre las influencias a lo largo del curso de vida Acheson (1998) citado por (Solar & Irwin, 2010), originalmente se diseñó para conectar las orientaciones clínicas o curativas de la salud pública o preventivas con la salud, pero se modificó posteriormente para acomodar factores que causen problemas de salud y contribuyen a las desigualdades en salud. Los autores afirman que el modelo vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales. Los factores genéticos, de primera infancia, y culturales, también se reconocen como influencias importantes en la salud de la población (Scriven & Garman, 2007).

Gráfico 5. Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson de múltiples influencias en la producción de inequidades en salud durante el curso de vida.



Fuente: Adaptado de *Determinantes sociales de la salud en Chile: En la perspectiva de la equidad* (p. 13), por Vega, Solar, Irwin et al., 2005

Inicialmente se sabe que Wilkinson y Marmot aportaron significativamente a un nuevo conocimiento en referencia al área de las políticas públicas en el análisis de equidad. Los diez temas sobre los que profundizaron el estudio de aquello que determinaba la vida y la salud de los individuos, abarcaban desde la primera infancia, los efectos de la pobreza, las drogas, las condiciones de trabajo, el desempleo, el apoyo social, la alimentación adecuada, las políticas de transporte y la gradiente social, en la que representa la sociedad. En cada caso, la atención se centra en el papel que las políticas públicas pueden desempeñar tanto en la influencia como en la configuración del entorno social, de manera que conduzcan a una mejor salud: la atención se enfoca en el comportamiento y en factores como la calidad de la crianza de los hijos, la nutrición, el ejercicio, la adicción, así como el desempleo, la pobreza y la experiencia de trabajo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

En la década del 2010, el Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud, a cargo de Vega, Solar & Irwin (Vega et al., 2013), presentaron un trabajo muy completo en el que describieron los principales mecanismos de producción de inequidades en salud, como resultado de la discusión de tres modelos teóricos. Entre éstos, analizaron el modelo planteado por Wilkinson y Marmot en 1999, y que posteriormente fue complementado por Brunner.

## 1.5 EL CONSENSO DE LA COMISIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA OMS

Como bien hemos visto en los apartados anteriores, además de los cambios paradigmáticos sobre la construcción de la salud, ha habido contraposición de ideas, en algunos casos contradictorias unas y otras, en otros casos sencillamente complementarias. Ante las controversias en particular sobre el enfoque de

determinantes de salud de la últimas décadas se creó la *Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud* promovida por la OMS (OMS, 2008), esta revisó los principales modelos explicativos utilizados por la comunidad científica e internacional para explorar los cambios conceptuales que estos suscitaban, y ayudar de forma práctica a los países y agencias internacionales a entender y abordar los determinantes sociales que se relacionan con el deterioro de la salud y la emergencia de las desigualdades.

La OMS avanzó para estructurar una postura que permitiera ver las dos grandes esferas donde se construye la salud: La primera los *Determinantes Estructurales*, y la segunda *Determinantes intermedios o factores intermediarios de la salud*, la manera como se presentan estos factores y su interacción en la sociedad se expresan en el impacto sobre las desigualdades en salud y en el bienestar (OMS, 2011). La comisión de los Determinantes de Salud plantea que los determinantes estructurales son aquellos que generan la estratificación social. Éstos incluyen los factores tradicionales de ingreso y educación. Aunque actualmente es vital reconocer el género, la pertenencia étnica, la sexualidad y los recursos de capital social como los estratificadores sociales (Caballero, 2012).

Los determinantes intermedios a su vez son aquellos que se derivan de la configuración de estar debajo de la estratificación social y determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de la salud que compone las condiciones. Se incluye en la categoría de determinantes intermedios: las condiciones de vida, las condiciones de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamiento de la población y barreras para adoptar estilos de vida saludables y los servicios de salud (Álvarez et al., 2007; Caballero, 2012; Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Es innegable que la OMS tuvo un gran acierto con la promoción de este modelo “único” al que se le llamó *Modelo de Determinantes Sociales de la Salud*, y de esta forma se resalta el trabajo riguroso que hizo la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud CDSS. En este sentido (Berkman & Sivaramakrishnan, 2008), resaltaron como la CDSS logró de una forma realmente efectiva, que tanto la academia y la investigación como tal, pudieran converger con la política a través de esta nueva herramienta conceptual. Así mismo Vega (2009) destaca que el modelo ha sido bien recibido por diferentes actores sociales, políticos y del mundo académico en general afines a su orientación, estos han señalado la esperanza del mejoramiento de la salud, pero sobre todo del logro de la equidad y reconocen que el modelo sea producto de una tan extensa revisión y discusión de las mejores evidencias. Sin embargo también se destacan algunas voces en contra que ponen en duda la aplicabilidad del modelo en el sentido de que es difícil la rectoría cuando se trata de otros sectores diferentes al de la salud y en este sentido es difícil pretender alcanzar con el modelo un mejor estado de salud para las poblaciones (Vega, 2009).

Como ya mencionamos el *Modelo de Determinantes Sociales de la Salud* se presenta en dos grandes cuerpos, los determinantes estructurales y los intermedios. En el caso de los *estructurales* se incluye dos dimensiones: a) el contexto socioeconómico y político macro, y b) la estructura social.

Gráfico 6. Marco conceptual de Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Adaptado de *Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud* (p. 7), por OMS, 2011 a partir de Solar & Irwin, 2010

En relación con el *contexto socioeconómico y político macro* se encuentran todos aquellos aspectos que impactan e influyen de forma importante la estructura social y la distribución de poder y recursos dentro de la sociedad. En este sentido en primer lugar está el Gobierno, con él se incluye toda la tradición política, el marco de legalidad, pero también la corrupción misma, las fuerzas organizadas como los sindicatos etc. Así mismo, se identifican diferentes actores económicos y sociales que influyen en la configuración social y en las distintas políticas tanto económicas, laborales, sociales y hasta de distribución de riqueza y recursos. En este primer bloque también se relacionan todo el contexto macro político que tiene que ver con el sistema u organización educativa, sanitaria y por último la configuración de la cultura y los valores o códigos sociales.

En ese orden, respecto a la *estructura social* los elementos que constituyen este componente son la posición en la estratificación socioeconómica que cada individuo tiene en la sociedad, se incluye variables tales como: el nivel de escolaridad, nivel de los ingresos, la ocupación, el género, la edad, el territorio y pertenencia étnica. Es precisamente debido a la configuración de estos factores que cada individuo se presenta en un escalón u otro de esa escalera social configurando de esta forma la existencia de las desigualdades en salud que emanan de las jerarquías de poder o de acceso a los recursos y las oportunidades de unos versus otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

En relación con los *Determinantes Intermedios* se podría decir que son aquellos que están más cerca del individuo y que por ende son más susceptibles a ser gestionados y transformados. Entre este grupo se encuentran los *recursos materiales*, hacen referencia estos a las condiciones alrededor del empleo como situación laboral, la precariedad, la informalidad, los riesgos ocupacionales, la carga de trabajos domésticos (incluyendo aquellos de cuidado de personas), la situación económica y patrimonial; las condiciones cualitativas de la vivienda y sus equipamientos urbanos en el contexto del entorno comunitario.

*A su vez, los factores psicosociales y los factores conductuales y biológicos* son todos aquellos vacíos en relación con la falta de apoyo social, la autorrealización, el autocontrol y al estrés mismo producidos por la yuxtaposición de situaciones o condiciones relacionadas a los recursos materiales el contexto de poder anteriormente descrito. Estos vacíos repercuten en la adopción de conductas insanas como una válvula de escape a la “realidad” tales como el consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, sexualidad insegura, depresión, etc.

Por último, entre los determinantes intermedios encontramos todo lo relacionado a los *servicios sanitarios*. En este apartado encontramos todo lo relacionado a la cobertura, el acceso y oportunidad, la calidad y la resolutivez, sin desconocer al gasto de bolsillo que por concepto de salud deban hacer las comunidades.

En conclusión, la propuesta de modelo hecha por la CDSS retoma todas las reflexiones hechas con posterioridad sobre la relación del contexto o el entorno y la salud de las poblaciones y determina que estas tienen su origen en el contexto político y socioeconómico, el escenario en el que se definen los mecanismos que generan, configuran y reproducen los sistemas de estratificación social: las políticas públicas y de bienestar, las relaciones de producción, el mercado de trabajo, entre otros. Estos mecanismos configuran las distintas divisiones sociales con su correspondiente distribución desigual de poder, prestigio y acceso a recursos, cuya expresión operativa son las clases sociales, la distribución del ingreso, el género, la pertenencia étnica, la educación, la ocupación, entre otros. Es en este nivel donde operan los determinantes de las inequidades en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

## **CAPÍTULO 2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

## 2.1 ANTECEDENTES DEL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Como vimos en el capítulo anterior, la humanidad ha cambiado los paradigmas con los que explica el proceso por el cual se construye la enfermedad, en este sentido y como lo señala Restrepo (2001), el valor que se le da a la salud en cada sociedad es fundamental para lograr entender la historia de la salud pública y de la medicina. Este valor está influenciado a su vez, por las ideologías y corrientes de pensamiento que han dominado en el mundo a lo largo del tiempo con relación a la concepción de la salud (Restrepo & Málaga, 2001). Así mismo es importante resaltar que de la forma como la humanidad ha evolucionado en la explicación que les da a los procesos de salud - enfermedad, así mismo se ha influido en la manera como esta, les ha dado respuesta a dichos paradigmas. En este sentido, cuando los seres humanos explicaban la enfermedad como el resultado de sucesos sobrenaturales, le daban respuesta con ritos de reconciliación o incluso con sacrificios. Así mismo, cuando el paradigma se relacionaba al miasma, el conjunto de respuestas estaba orientado a la eliminación de dichos focos miasmáticos (Vela, 2011).

En este orden de ideas, la respuesta que la humanidad le ha dado en los últimos años al enfoque salubrista en el que estamos, es desde la Promoción de la Salud (PS), entendiendo a esta como la imperiosa necesidad de mejorar las condiciones de saneamiento y el empoderamiento ciudadano por alcanzar mejoras en relación con las condiciones de vida y de su propia salud. Por lo consiguiente los aportes en promoción de la salud hacen parte integral del proceso de estructuración conceptual de la salud pública como la conocemos hoy, en clave de un sistema de pensamiento, política y acción. Los aportes iniciales sobre PS fueron dados por Winslow y Sigerist (Robledo-Martínez & Agudelo-Calderón, 2011).

En este sentido fue Sigerist como padre de la medicina social, quien utilizó por primera vez el término de la promoción de la salud como uno de los grandes frentes y objetivos de la práctica social. Decía el autor *“La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso”* Sigerist (1941) en (Sigerist, 1996) y de esta manera resaltaba la complejidad en la gestión de la salud y la responsabilidad de una mirada integral para lograr mejoras en el estado de salud de las comunidades.

Con la influencia de Sigerist (1941) en todas estas discusiones y reflexiones, se han presentado a lo largo de los últimos años distintas definiciones sobre la promoción de la salud en directa relación con las mismas reflexiones sobre el enfoque de los determinantes de la salud. A continuación, revisaremos las más relevantes de ellas.

Winslow en (Sigerist, 1996) define la salud pública y en ella presenta una aproximación a la promoción de la salud *“la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y*

*la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (pag.30).* En la definición se puede entender que la promoción de la salud correspondería a sanear el medio ambiente, a la educación del individuo, así mismo en lo referente a desarrollar esa “maquinaria social”. Pese a su formación positivista, Winslow adoptó una definición de salud pública en una perspectiva de causación amplia y holística.

Si bien el enfoque de ambos pensadores es similar, las motivaciones de uno y otro son diferentes. Aunque ambas definiciones tienen en común los determinantes de la salud, los conceptos utilizados por Winslow remiten a las categorías de educación, individuo, grupos sociales y sociedad, mantenimiento y mejoramiento de la salud. Así mismo, es evidente que mientras Winslow pone en relación las diferentes dimensiones conceptuales, Sigerist hace énfasis en los determinantes (Robledo-Martínez & Agudelo-Calderón, 2011).

Laframboise por su parte presentó un marco conceptual del campo de salud, buscando una definición apropiada que facilitara la formulación y aplicación de políticas públicas de salud y salud pública (Anderson, 1984). El campo de salud como vimos anteriormente consideraba el estilo de vida, el entorno o contexto, la organización de los servicios de salud y la biología humana, convirtiendo de esta forma, la salud en un problema de la sociedad y no sólo del sector salud. Cada uno de estos conceptos fue planteado de manera amplia; el esquema del campo ordena y pone en relación algunos de los determinantes clave de la salud y resultaba útil desde el punto de vista político e instrumental. Incrustado en este contexto, el campo de salud también hace relación a la PS. El propio Laframboise lo sugirió así: *"El reto en el campo de la salud en Canadá es mantener el presente alto nivel de cuidado de salud e investigación médica, mientras concentramos nuestros esfuerzos para llevar a un nivel similar las áreas de estilo de vida y medio ambiente..."* (Robledo-Martínez & Agudelo-Calderón, 2011).

En 1974, Lalonde definió a la promoción de la salud como una estrategia *"destinada a informar, influir y asistir tanto a las personas como a las organizaciones para que acepten más responsabilidad y sean más activas en asuntos que afectan la salud mental y física"* Lalonde (citado en Ayuso-Margañon, 2018).

Ya en la década de los 80s, exactamente en 1986, la OMS introdujo en el marco de la reunión de Ottawa tal vez el significado más relevante sobre PS, este se centraba en la capacidad de los individuos para controlar los determinantes y los recursos personales y materiales disponibles (WHO, 1984). Años más tarde Nutbeam como parte del glosario sobre PS que produjo para la OMS, ratificó que esta se definía como *"El proceso para permitir a la gente que aumente el control sobre su salud y de ese modo mejore su salud"*(WHO,

1998d), tal vez el aumento de este control por parte de los individuos se refería a mejores condiciones de educación en la población.

En la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud por medio de su oficina para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS, 1998), se refirió a la PS como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. Ya en el año 1994, Hancock, creador del concepto de ciudades saludables, entendió la promoción de la salud como la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder, presentando al poder en dos niveles: el primero, referido a individuos y grupos para que sean capaces de tomar el control de sus vidas y su salud y el segundo, referido a la salud como parte vital de la agenda política (Ayuso-Margañón, 2018; Restrepo & Málaga, 2001).

Como vemos, la mayoría de estas aproximaciones se centran en el individuo y en el ambiente, en relación con los individuos el concepto de empoderamiento brota con fuerza en todas las definiciones. El objetivo fundamental de la PS podríamos decir que es que el individuo sea capaz de tomar el control de su vida y de su salud. En este orden de ideas, es preciso no perder de vista los determinantes de la salud que, de una manera o de otra, están presentes también en las definiciones; deben de ser revisados y es preciso buscar el control sobre ellos, tanto en la dimensión personal en el sentido de cómo individuos ser capaces de tomar las mejores decisiones en relación a nuestro bienestar, como en la comunitaria, a través de políticas públicas saludables, que incorporen la educación en salud y la participación de las personas como aspectos fundamentales ya que ésta es precisamente la esencia de la promoción de la salud (Ayuso-Margañón, 2018).

## 2.2 LA CARTA DE OTTAWA Y SU CONTEXTO

Como mencionamos hace unas líneas, en 1986 durante la reunión de Ottawa se introdujo el significado más relevante sobre la PS, tal vez el antecedente más importante de la *Carta de Ottawa* fue el aporte previo que sobre el cambio de paradigmas se había hecho años atrás en la declaración de Alma Ata (The Pan American Health Organization, 1978), en el evento de política de salud internacional más importante en la década de los 70s y que giró en torno a la importancia de la Atención Primaria, marcando así un hito en la salud pública del mundo. Se buscó dar un cambio de enfoque en la salud, desde la erradicación y la prevención de enfermedades a la promoción de recursos para la salud. En este sentido, algunos autores señalan que la aparición de la Carta de Ottawa fue también una consecuencia del fracaso de los postulados contenidos en la estrategia de “*Salud para todos*” que se había promulgado en el 78 (Espinosa-Restrepo, 2012; Hancock, 2011).

La declaración de Ottawa en términos de macro política se dio en el inicio del ciclo neoliberal y de la expansión de la globalización cerca de 1986, desde ese entonces las lecturas que se han hecho de la Carta de Ottawa, así como los énfasis, pero sobre todo las materializaciones en cuanto a su implementación han sido muy diversas. En cierta forma, la declaración tuvo su impulso desde una lógica política y en ese sentido, algunos actores han hecho eco de tal fin, en relación a que la declaración como tal, es un llamado al desarrollo de políticas saludables, pero también en la necesidad de construir capacidades en las comunidades y en los individuos, para controlar su vida y su salud en el sentido de tomar las mejores decisiones, pero también y de forma resaltada en la capacidad de incidir en los contextos (López-Fernández, L.; Solar, 2017; Potvin & Jones, 2011).

Pero la Carta de Ottawa también ha recibido otras interpretaciones en relación con que se convirtió en una oportunidad para legitimar la necesidad de centrar los esfuerzos de la salud pública en la modificación de los estilos de vida individuales, para afrontar las epidemias de las enfermedades no transmisibles crónicas. En este sentido, la declaración estuvo cargada de elementos respecto a la educación y la participación y con ello al empoderamiento de los individuos, para precisamente modular esos comportamientos insanos. En este sentido, el contexto de la misma reunión en Ottawa y su declaración impulsada por la OMS, produjeron un gran giro en la consolidación de una mirada biopsicosocial del proceso de la enfermedad, pero sobre todo de la respuesta a este cambio paradigmático. La Carta nos señaló que el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones necesarias para la salud. En este sentido, la PS exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación (Pasarín, Miller, & Benedicto, 2008).

Los aportes previos de Lalonde frente a lo anterior, la Carta reinterpretó la mirada sistémica cerrada del campo de la salud y se reemplazó por un esquema abierto de determinantes de la salud, que se interpretó como todos aquellos factores o requisitos de la salud. Así mismo, se consideró que la salud no es, en sí misma, un objetivo, sino, por una parte, un recurso y fuente de riqueza de la vida cotidiana y, por otra parte, resultado de los medios y capacidades de los "pueblos". En este orden y respecto a lo mencionado en el anterior párrafo, la Carta planteó una premisa básica como lo es, la de "...proporcionar medios a los pueblos". Esto dejó de lado el supuesto de los enfoques que concibió la salud como un objetivo o resultado de las políticas y de esta forma resaltando la influencia de los determinantes o los estilos de vida (Robledo-Martínez & Agudelo-Calderón, 2011).

La carta de Ottawa (OMS, 1986), definió cinco grandes áreas fundamentales sobre las que en el ejercicio de la PS se debería trabajar: la formulación de políticas pública saludables, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios (Coronel & Marzo, 2017). En relación con este último punto, la Carta sugirió que esta reorientación debía partir de ampliar el enfoque curativo y clínico, además del

fortalecimiento de acciones que apunten a una práctica integral de salud. En este sentido, se consideró de suma importancia crear un ambiente en el que se puedan producir cambios de actitud en los profesionales. Estos cambios mencionados deberían impulsarse de todas formas por medio de cambios en los procesos educativos, de entrenamientos y de nuevos formatos organizacionales. En síntesis, los servicios deben estar volcados a la necesidad de los individuos como un todo, debiendo organizarse respetando las diferencias culturales que puedan existir. Ese reordenamiento debe realizarse a partir de compartir las responsabilidades y de la colaboración entre los usuarios, profesionales, instituciones prestadoras de servicios y la comunidad (Carvalho, 2008).

Otro de los pilares fundamentales de esta declaración se relaciona precisamente con la participación comunitaria en los procesos decisorios, en la planificación y en la implementación de las acciones de salud. En este sentido, se resalta la imperiosa necesidad de que las acciones de salud busquen fortalecer la actuación de los individuos y de los grupos, sugiriendo la implementación de acciones de soporte social a las comunidades que estimulen procesos de autoayuda y acciones de educación para la salud (Carvalho, 2008). Sin embargo, tal participación y empoderamiento ciudadano no sería posible si de base no se desarrollan las habilidades personales para vivir la vida y la necesidad de crear condiciones favorables para ejercer un mayor control sobre la salud y el medio por parte de los individuos y colectivos (WHO, 1986, 1997b).

Por último, respecto a los aportes de la Carta de Ottawa, así mismo como lo planteó Ayuso (Ayuso-Margañón, 2018), otro de los elementos fundamentales para destacar de dicho documento, y, sobre todo, porque en este caso, también hace parte estructural de esta tesis, es la referencia que la declaración hizo a la relevancia de la educación para la salud como una herramienta indispensable para el desarrollo de las aptitudes personales y en este orden para que los individuos ejerzan un mayor control sobre su propia salud en relación a la toma de las mejores decisiones para sí mismos y para la comunidad.

### **2.3 APORTES SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS REUNIONES MUNDIALES**

Como es lógico, no pretendíamos que la conceptualización sobre la PS se quedara en el contexto de la declaración de Ottawa, en este sentido las reflexiones han continuado, diríamos por varios caminos, uno de ellos es el de las conferencias internacionales (WHO, 2001) que se han convertido en escenarios en donde se examinan múltiples experiencias y se han contrastado con los enfoques conceptuales, incluso se han hecho sendas valoraciones que han conducido a la formulación de políticas públicas (Robledo-Martínez & Agudelo-Calderón, 2011).

En este sentido, la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en abril de 1988 en Adelaida, Australia. En esta se continuó en la dirección establecida en Alma-Ata en relación con la atención primaria y en Ottawa en el tema que nos ocupa. Así pues, 220 participantes de 42 países compartieron experiencias en la formulación e implementación de políticas públicas saludables. En esta se destacó la necesidad de generar entornos de apoyo para promoción. En Adelaida también, se emitió un llamado para impulsar la cooperación entre gobiernos y actores del sector privado relacionados a la agricultura, el comercio y la educación. También se destacó en esta la preocupación por la equidad en todas las áreas del desarrollo, entendiendo a estas como aquellos determinantes de la salud, se discutió sobre el acceso igualitario a servicios de salud para pueblos indígenas, minorías étnicas e inmigrantes. Así mismo se hizo hincapié en que los niveles de educación y alfabetización se tengan en cuenta cuando se estén diseñando las políticas de salud y sobre todo se resaltó la importancia de crear sistemas de información de salud capaces de evaluar el impacto de estas. Por último se abordaron cuestiones como el impacto ecológico de algunos cultivos comerciales como el tabaco, en relación a la limitación de estos para generar otros cultivos que estimulen la producción de alimentos (Kickbusch, McCann, & Sherbon, 2008; Raingruber, 2017).

En 1991 se llevó a cabo la 3ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en la ciudad sueca de Sundsvall. En esta la conclusión fue la importancia de un ambiente de apoyo para construir la salud. Un ambiente saludable incluye no solo aspectos físicos sino sociales de donde se vive, trabaja, educa y socializa. En Sundsvall se enfatizaron cuatro pilares fundamentales sobre los entornos: El primero en relación con una dimensión social, incluyendo las normas, valores y costumbres sociales; en segundo lugar, está la dimensión política, incluyendo en ésta la participación social en la toma de decisiones y el compromiso implícito con los derechos humanos y la paz. En tercer lugar, está la dimensión económica en la que se incluye la sostenibilidad y el desarrollo y por último la necesidad de reconocer y utilizar las habilidades y el conocimiento de las mujeres.

Como otro aspecto primordial, la conferencia destacó las crecientes desigualdades entre países ricos y pobres, así como la relación entre justicia social y salud. Se hizo un llamado a la participación de pueblos indígenas en el desarrollo de las políticas de promoción de la salud en relación con la sabiduría y la relación espiritual que estos pueblos mantienen con su entorno, dicha relación fue presentada como modelo para el resto del mundo. En la conferencia también se pidieron tres estrategias clave de acción de salud pública: fortalecimiento de la abogacía a través de la acción comunitaria, el empoderamiento y educación de las comunidades para tomar el control de su propia salud, y mediación de conflictos para asegurar el acceso equitativo a la salud (WHO, 1991).

La cuarta reunión internacional se dio en Colombia en el año 1992, a esta se le llamó la *Declaración de Santa Fe de Bogotá*, se debatieron fundamentalmente dos cuestiones críticas que constituían las principales

preocupaciones en materia de salud pública para la Región: las inequidades sanitarias y las condiciones sociales, incluida la violencia (Coronel & Marzo, 2017). El objetivo de esta declaración era definir el significado de la promoción para las Américas, una razón muy propicia dado que esta era la primera reunión internacional sobre la PS en una región en vía de desarrollo, razón por la cual le imprimió un mensaje de urgencia a los conceptos de igualdad, desarrollo y la necesidad de la participación de todos los sectores, sexos, culturas y en general, todos los recursos para alcanzar la salud.

La declaración se enmarcó en la desgarrada inequidad de la región, que se agrava con la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, determinantes que irremediablemente impactan las condiciones de vida de la mayoría de la población, junto con un aumento de los riesgos para la salud y una reducción de los recursos para hacerles frente. Por consiguiente, la Declaración de Santa Fe de Bogotá señaló que el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes, conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos (OMS, 1992).

En 1993 se promulgó la *Carta del Caribe*, producto de la reunión internacional sobre PS en Trinidad y Tobago, fue esta la primera conferencia hecha en el Caribe, en ella se debatió en profundidad el papel de los medios de difusión en el fomento de estilos de vida no saludables, al exaltar conductas de riesgo como fumar y consumir bebidas alcohólicas, y propuso una alianza con los medios de comunicación para reducir esta influencia y promover estilos de vida saludables (Coronel & Marzo, 2017).

La siguiente conferencia internacional sobre promoción de la salud se celebró en julio de 1997 en Yakarta, Indonesia. *La Declaración de Yakarta*, que deriva de esa conferencia enfatizó que la pobreza es la mayor amenaza para la salud, mientras que resumiendo, la paz, el refugio, la educación, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de mujeres, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social, el respeto por los derechos humanos y la equidad son requisitos para la salud (WHO, 1997a). En la conferencia también se destacó la relación que sobre la salud tienen algunos factores transnacionales como la economía global, los mercados financieros, el acceso a tecnologías de la comunicación, la degradación ambiental, así como el uso desmedido de los recursos. En Yakarta se hizo un llamado a la acción para establecer una alianza global de promoción de la salud.

Los siete objetivos de esa alianza empiezan por crear conciencia sobre los determinantes cambiantes de salud, apoyar colaboraciones dedicadas a la promoción de la salud, movilizar recursos para la promoción de la salud, acumular conocimientos de mejores prácticas, permitir el aprendizaje compartido, promover la solidaridad en acción, y por último fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en la promoción de la salud (Raingruber, 2017; WHO, 1997a).

En el 2000 la cita fue en México, en esta reunión se concluyó que la promoción de la salud debe ser un elemento fundamental de las políticas y programas sanitarios en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor calidad de vida para todos, así mismo se aprobaron los lineamientos para apoyar la preparación de los planes de acción en ese sentido. En el año 2002 se dio por su parte el *Compromiso de Chile* donde se revisaron los compromisos contenidos en la *Declaración de México* y se perfeccionaron los planes de acción con nuevos objetivos. En el mismo año se dio la Cumbre de la Tierra en Johannesburgo, en África del Sur, donde se demostró la capacidad colectiva frente a los problemas planetarios y se reafirmó la necesidad de garantizar un crecimiento en conformidad con el medio ambiente, apoyado en la salud, la educación y la justicia (Coronel & Marzo, 2017; Martínez, 2013).

En 2005, la OMS emitió la *Carta de Bangkok*, que tuvo sus bases en los planteamientos del 86 en Ottawa pero adicionándole un enfoque en la coherencia de la política de salud y un compromiso de colaboración entre los gobiernos, las organizaciones internacionales y el sector privado (OMS, 2005). La Carta de Bangkok instó a las personas a "*abogar por la salud basada en los derechos humanos, invertir en políticas, acciones e infraestructura sostenibles para abordar los determinantes de salud, gestionar la transferencia de conocimiento e investigación, y abordar la alfabetización en salud*" (Howard, Nieuwenhuijsen, & Saleeby, 2008). En la reunión tailandesa se abogó por la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas. La salud ahora se consideraba una parte crítica de la economía extranjera política, seguridad nacional, comercio y geopolítica (Raingruber, 2017).

La siguiente Conferencia Mundial de Promoción de la salud tuvo lugar en Nairobi, Kenia en 2009 y era para esa fecha la única celebrada hasta el momento en un país africano, en ella se enfatizó la importancia de utilizar varios procesos de participación, y emitió un llamado a la acción denominado el *Llamamiento de Nairobi* (OMS, 2009), en él se definieron las estrategias clave y los compromisos que se debían cumplir urgentemente para subsanar las deficiencias en la ejecución en la esfera de la salud y el desarrollo, haciendo uso de la promoción de la salud para lograrlo, se establecieron así más de 70 acciones encaminadas a subsanar las deficiencias en la promoción de la salud consignadas en el documento (Robledo-Martínez & Agudelo-Calderón, 2011).

En el 2013 se llevó a cabo la siguiente Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en Helsinki, esa promulgó y posicionó el enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP) (WHO, 2013). Reforzando la idea de que la salud tiene relación en gran medida a factores externos al ámbito sanitario, así mismo hizo hincapié que una política sanitaria eficaz debe atender a todos los ámbitos políticos, con especial incidencia a las políticas fiscales, las sociales incluyendo las educativas, las medioambientales, y la investigación. La conferencia planteó entre sus objetivos el de impulsar nuevos enfoques y capacidades de apoyo a la estrategia STP y de esta manera poder avanzar la implementación de las recomendaciones de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. La Declaración

de Helsinki sobre STP hizo un llamado a los gobiernos para que incorporen la salud y la equidad en salud en sus agendas y avancen estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a la estrategia (Martínez, 2013).

La última reunión mundial sobre promoción de la salud hasta la fecha se dio en Shanghái, China. De la reunión emanó la Declaración de Shanghái, en esta se reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible: *“Reafirmamos que la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) establecen el deber de invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades. Estamos determinados a no dejar a nadie atrás”* (WHO, 2016b).

Para cumplir el propósito expuesto en Shanghái se indicaron varias líneas de acción: La primera se relaciona en adoptar decisiones políticas audaces en pro de la salud, ya que ante un nuevo contexto mundial para la promoción de la salud, la salud de las personas no se puede desligar de la del planeta, específicamente del desarrollo sostenible (Coronel & Marzo, 2017), y el crecimiento económico por sí mismo no garantiza la mejora de la salud de una población. En este mismo orden, se resaltó que las desigualdades sanitarias requieren la acción política en muchos sectores.

El segundo punto se relaciona a la relación de la buena gobernanza y la salud. Las políticas en pro de la salud y la justicia social benefician a toda la sociedad. El tercer elemento hace alusión a que las ciudades y las comunidades son entornos esenciales para la salud. La salud en este sentido es un producto o resultado social, esto en relación con aquellos lugares donde los individuos viven, aman, trabajan, compran y se divierten.

La siguiente línea se relaciona a como los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud. Por último, se hace un llamado a la acción, ya que se reconoce que la salud como tal es una opción política y en este sentido hay que contrarrestar los intereses perjudiciales para la salud, aquellos que obstaculizan el empoderamiento ciudadano, pero sobre todo en el sentido que la salud depende en gran parte los hábitos, estilos de vida y en general de nuestras decisiones (Sociedad Española de Medicina de la Familia y Comunitaria, 2016). En relación a este último punto, la declaración de Shanghái planteo 12 consejos: seguir una dieta saludable; mantenerse físicamente activo, a diario y cada uno a su manera; vacunarse; no consumir tabaco en ninguna de sus formas; evitar o reducir el consumo de alcohol; gestionar el estrés para una mejor salud física y mental; mantener una buena higiene; no conducir a velocidad excesiva, ni bajo los efectos del alcohol; abrocharse el cinturón de seguridad en el automóvil y usar casco en la bicicleta; mantener

prácticas sexuales seguras; someterse a revisiones médicas frecuentes; amamantar a los bebés (WHO, 2016a).

Como vimos en este recorrido, cada uno de estos escenarios reflexivos han logrado nutrir la definición que sobre la promoción de la salud se hiciera de manera incipiente décadas atrás. Podríamos decir que, de forma general, se le ha dado a la PS la categoría de herramienta, que permite a los individuos incrementar progresivamente el control sobre su salud y su vida. Ahora bien, podríamos decir también que dicha herramienta tiene una faceta intrínseca al ser humano y otro extrínseca respecto al entorno. En relación con esto último, la PS busca modificar aquellas condiciones sociales, ambientales y económicas que impactan o se relacionan a los determinantes de la salud. En el aspecto intrínseco, esta herramienta busca que los individuos y las comunidades adquieran habilidades y capacidades con las puedan tomar el conjunto de decisiones que les permitan alcanzar el mejor estado de salud disponibles (Coronel & Marzo, 2017).

A manera de conclusión también se puede resaltar que la PS ha sido una preocupación de instituciones políticas y sociales, y que ha existido conciencia de que es un factor esencial para el mejoramiento de la salud en todo el mundo. Que el interés sostenido, es el que precisamente hace que la comunidad internacional este constantemente buscando nuevas alternativas de solución a los retos intersectoriales de la construcción de salud. En el tema que nos ocupa en esta tesis, como lo es la promoción de la salud en el entorno escolar en clave de las estrategias de escuelas saludables o promotoras de la salud, entendemos que el entorno escolar se convierte en una gran oportunidad para implementar las cuestiones anteriormente descritas en las múltiples reuniones, sobre todo aquellas que hacen referencia a esas cuestiones intrínsecas como la construcción de habilidades para que como individuos podamos tomar las mejores decisiones. En este sentido es claro identificar la fuerte mención que se le ha hecho a la educación en las múltiples y complementarias definiciones y aportes que sobre la promoción de salud se hizo durante todas estas décadas.

Desde la misma Declaración de Ottawa comienza a adquirir importancia la educación, ya que en la misma declaración se estableció que entre los factores determinantes de la salud estarían: la paz, educación, vivienda, alimentación, ingresos, estabilidad medioambiental, justicia social y equidad. Haciendo énfasis en el desarrollo de aptitudes personales que le faciliten a los ciudadanos ejercer un mayor control sobre su propia vida, sobre el medio ambiente y para que elijan todo aquello que le ayude a construir su propia salud (OMS, 1986). El escenario escolar en este sentido se convierte entonces, como el ideal para promover el desarrollo de las habilidades necesarias para la vida en el marco de la educación para la salud, entendiendo esta última como “las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria” (WHO, 1998b), se convierte en una gran estrategia para lograr que los individuos y las comunidades en general puedan participar de forma activa en la definición de las alternativas para mejorar su estado de salud (Ayuso-Margañon, 2018).

## 2.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ENTORNO ESCOLAR

Como se señaló anteriormente en este viaje en el tiempo en relación con los aportes sobre la promoción de la salud, la educación se ha presentado como un determinante fundamental de la salud, y si este lo analizamos en clave de los ciclos de la vida encontramos que las escuelas en los primeros años adquieren un valor fundamental para el propósito de la mejora sustancial del estado de salud de las poblaciones. En este orden, las escuelas junto con la familia son las principales instituciones para proporcionar la enseñanza y las experiencias que preparan a los individuos, desde sus primeros años para ejercer sus roles como adultos sanos y productivos (Olsen & Allensworth, n.d.; Pulimeno, Piscitelli, Colazzo, Colao, & Miani, 2020). Las escuelas juegan un rol fundamental en influir en los comportamientos relacionados con la salud de los estudiantes. Las escuelas, desde las básicas hasta las secundarias son, por lo tanto, entornos principales para la programación de salud pública y en especial para la implantación de la promoción de la salud.

Así mismo, como se evidencia en (Langford et al., 2015), el impacto de las vivencias infantiles en el estado de salud de los individuos en la edad adulta, ha sido suficientemente investigado (Felitti et al., 1998; Galobardes et al., 2006; Kessler et al., 2010; Poulton et al., 2002; Wadsworth & Kuh, 1997; Wright et al., 2001). En este sentido, es ampliamente conocido que las experiencias de los seres humanos en la etapa inicial de su vida, deja una marca indeleble en la etapa adulta, esta evidencia señala que el conjunto de creencias, comportamientos y actitudes que se aprenden durante estos primeros años, por ejemplo, los relacionados con la actividad física, la elección de alimentos, el consumo de alcohol o tabaco, muestran una fuerte relación con lo adoptado en la edad adulta (Kelder et al., 1994; Singh, Mulder et al., 2008; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997).

Dicho lo anterior, la promoción de los estilos de vida saludables en la etapa inicial de la vida es supremamente importante y en este sentido, como se mencionó hace unas líneas, la escuela junto con la familia son esos entornos ideales para promover este tipo de comportamientos. En el caso del entorno escolar, podríamos decir que todos los individuos en la etapa de desarrollo pasan un buen tiempo en las escuelas, estas tienen el potencial de ser un maravilloso entorno de influencia tanto en la salud, como en la vida en general de los niños.

Las intervenciones escolares apropiadas pueden fomentar una educación efectiva, prevenir comportamientos destructivos y promover prácticas de salud duraderas. Para muchos jóvenes en sus años de formación, la escuela puede ser, de hecho, el único lugar de apoyo donde aprenden información de salud y tienen un comportamiento positivo constantemente reforzado. El principal rol de las escuelas es la enseñanza-aprendizaje de los respectivos planes de estudios, de hecho la promoción de la salud ha tenido un rol importante en las escuelas, pero tradicionalmente las actividades de PS se han centrado en la

educación para la salud, en relación a la entrega casi exclusiva, de información sobre temas de salud a los estudiantes a través de los planes de estudio formales, o en el desarrollo de habilidades específicas como habilidades de comunicación o técnicas de rechazo (Lynagh et al., 1997).

Este entorno también representa una gran oportunidad para la PS del individuo en general, pero también en el desarrollo de la infancia, de la juventud y en este sentido de la comunidad, incluyendo especialmente a la familia como un núcleo fundamental. En este orden de ideas, existe cada vez más evidencia acerca de la mayor efectividad de los programas de salud cuando incluyen las actividades promotoras de salud dentro de un enfoque global de la escuela, implicando actividades en más de un ámbito (Albert Lee, 2009; Stewart-Brown, 2006) Estas estrategias materializan entornos de apoyo físico, social y de aprendizaje, que involucra a todos los actores de la comunidad escolar.

Según Salleras (1990) citado en (Ayuso-Margañon, 2018), en la escuela se actúa sobre individuos en fase de formación física, mental y social que todavía no han adquirido hábitos insanos, y que poseen gran capacidad de aprendizaje de conocimientos y asimilación de prácticas, lo que hace que este entorno sea ideal para la educación en salud, de la misma forma que lo es para la educación en general. Al mismo tiempo, en la práctica casi todos los niños y niñas acuden a la escuela, por lo que ningún otro programa puede tanto al medio escolar. Diríamos entonces que es precisamente este entorno uno de los más eficientes cuando se trata de entregar herramientas a los individuos para que sean transformadas en las mejores decisiones y por ende en lo mejores estilos de vida.

Otro aspecto clave es la interrelación entre la salud y la educación, específicamente el éxito escolar, ya que una buena salud facilita el crecimiento, el desarrollo y el aprendizaje óptimo de los niños, mientras que la educación contribuye al conocimiento de los niños sobre la salud y con ello que desarrollen el conjunto de habilidades necesarias para tomar el control de sus vidas. Además, existe un fuerte vínculo entre el estado de salud de los niños y su capacidad para aprender (Ayuso-Margañon, 2018; A. Lee et al., 2020). Así pues, invertir en entornos escolares positivos y saludables puede tener numerosos beneficios para mejorar la salud, el bienestar y el rendimiento académico, y reducir las desigualdades (Langford et al., 2014).

En este orden, varios estudios han encontrado que las conductas de riesgo para la salud afectan negativamente en primera medida los resultados educativos, incluidas las tasas de graduación, las calificaciones de clase y el rendimiento en las pruebas estandarizadas; en segundo lugar se afectan las conductas educativas, incluida la asistencia, las tasas de deserción, los problemas de conducta y la participación en actividades escolares tales como tareas y actividades extracurriculares; y por último las actitudes de los estudiantes, incluidas las aspiraciones para la educación superior, los sentimientos sobre la seguridad en la escuela y las actitudes personales positivas (Ding et al., 2009; Olsen & Allensworth, n.d.).

Pero los beneficios de la relación entre la educación y salud no solo se traducen en rentabilidad social, que es obvia, sino que también se presentan en términos de costo-efectividad. En ese sentido la OMS a través del Comité de Expertos en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas, planteó desde 1997 que el gasto en salud escolar da siempre como resultado un ahorro sustancial en las atenciones derivadas de la carga de enfermedad en los adultos, en este sentido, el comité señala que los programas de salud escolar se podrían justificar solo con este motivo económico y sería suficiente (OMS, 1997). Así mismo el Banco Mundial y la OMS hicieron una comparación de la rentabilidad de los diversos programas de salud pública, llegando a la conclusión de que los programas de salud escolar son uno de los más costo-efectivos, y que podrían hacer mejorar la salud de la nación (Ayuso-Margañon, 2018; WHO Global School Health Initiative & World Health Organization. Health Education and Promotion Unit, 1996). Ahora, si bien algunos programas de promoción de la salud en el entorno escolar, parecen haber tenido algún impacto a corto plazo, realmente hay poca evidencia que demuestre que dichas intervenciones puedan impactar sobre el comportamiento de los individuos a largo plazo (Brown & Summerbell, 2009; Faggiano et al., 2005; Foxcroft & Tsertsvadze, 2011; Gibbs et al., 2008).

En conclusión, la educación y la salud son inseparables, si fomentamos la salud, las esperanzas y las habilidades de los niños y adolescentes, su potencial para mejorar el mundo será ilimitado. Si son saludables, pueden aprovechar al máximo cada oportunidad de aprender. Así mismo, si los niños son educados, pueden vivir vidas plenas y contribuir a construir un futuro para todos. En la medida en la que cada escuela se convierta en un entorno promotor de la salud, esta desempeñará un rol fundamental en la sociedad al lograr cambios sustanciales en las próximas generaciones.

## **CAPÍTULO 3. ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD**

### 3.1 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD COMO INSTRUMENTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Así como la definición del proceso de salud-enfermedad y el de promoción de la salud ha cambiado con el paso del tiempo, el concepto de la *Educación para la Salud (EpS)* o educación sanitaria ha tenido su propio recorrido, en gran parte paralelo a los anteriores. La conceptualización de la EpS tuvo su origen con las discusiones del paradigma higienista de mediados del siglo XIX. En ese entonces, tal como nos lo referencia Ayuso Ayuso-Margañón, 2018), se establece a la EpS como una de las actividades principales de la acción sanitaria, en la actualidad y en el contexto de la PS, se le considera a la EpS uno de los dos componentes estructurales de la promoción junto con la gestión de los determinantes sociales de la salud.

Volviendo a la historia y en relación a lo inmediatamente anterior, Winslow fue uno de los precursores al incluirla en su definición de salud pública, y entenderla como una actividad imprescindible para promover y proteger la salud de la comunidad (Viñao, 2010).

Según algunos autores, los cambios sociales y los estudios sobre la infancia dieron paso a lo que ahora llamamos educación para la salud (EpS) (Salleras, 1985). En 1998, Nutbeam definió el término de *Educación para la Salud* en el Glosario de términos de la OMS así: "*EpS comprende una construcción consciente de oportunidades de aprendizaje que implican alguna forma de comunicación destinada a mejorar la educación para la salud, mejorar el conocimiento (alfabetización en salud) e incluir el desarrollo de habilidades para la vida que conduzcan a la salud individual y comunitaria*" (World Health Organization, 1998b),.

Según Tones (2002) (citado en Diaz-Valencia, 2012), las políticas públicas saludables sobre la EpS deben plantear una clara diferencia entre la educación para la salud y la promoción de la salud, al proponer que la definición técnica de la EpS podría ser: "una actividad intencional diseñada para elevar la salud o aprender sobre la enfermedad, buscando cambios de comportamiento en los individuos". Sin embargo, el autor aclaró que esta última parte no es el propósito fundamental de educación para la salud (Tones, 2002),.

Por otra parte, pese a que la comunidad internacional ha discutido ampliamente la diferencia entre la promoción de la salud y la educación para la salud, otro número de ellos por el contrario ha propuesto verlos como cuestiones complementarias (Whitehead, 2003), pero advirtiendo que estos conceptos no son interdependientes, sino que deberían verse de manera interrelacionada (Whitehead, 2007).

Volviendo a si la EpS debe o no incidir sobre el comportamiento del individuo, la misma OMS como lo menciona Ayuso (2018), plantea que la educación para salud si representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para conseguir modificar sus comportamientos. En este sentido, la EpS

busca que los individuos adquieran y conserven estilos de vida saludables por un lado, pero también que aprendan a hacer un uso más eficiente de los servicios de salud y que sobre todo tengan más y mejores habilidades para tomar las mejores decisiones, tanto de forma individual como en la comunidad y de esta manera puedan mejorar su estado de salud y las condiciones de su propio entorno (Caja & López, 1993; Salleras, 1985).

La definición de EpS como mencionamos anteriormente se ha ido perfeccionado gracias a las discusiones globales, en especial a la diferenciación entre educación sanitaria y la misma educación para la salud, tal como lo plantea Salleras (1985) y nos lo recuerda Ayuso (2018), la educación sanitaria hacía relación casi exclusivamente a la responsabilidad del individuo de tener más y mejores comportamientos para cuidar de su salud, mientras que la EpS en un sentido más amplio, explica la importancia del contexto en esa construcción y en este sentido insta también a que desde el entorno se promueva que los individuos y las comunidades tengan vidas más participativas, incluso incidiendo en aquellas decisiones y tomadores de las mismas, para la gestión y mejora de los determinantes sociales de su salud.

De todas formas, independientemente de si se desea cambiar o no comportamientos, la EpS destaca la necesidad de entregarle a los individuos herramientas psicosociales y emocionales para que a su vez las transformen en habilidades que les permitan enfrentarse a los diferentes problemas que presenta el entorno (Mangrulkar, Whitman, & Posner, 2001; Moreira & Murillo. P., 2016), entendiendo al entorno como a ese conjunto de determinantes de la salud que ya ampliamente hemos mencionado. La misma Organización Mundial de la Salud (WHO, 1993), ha promovido el modelo de las habilidades para la vida como aquella estrategia con la cual, por medio de la adquisición de herramientas psicosociales, los niños, niñas y adolescentes podrán acceder a estilos de vida saludables, a través del fortalecimiento y desarrollo de competencias psicosociales personales (Bravo, 2005). En este sentido se entiende a la EpS como ese conjunto de habilidades para la vida en el marco de un proceso transversal a la condición del ser humano, que trasciende la concepción puramente operativa e instrumental de EpS y de la misma promoción de la salud.

El deber de ser de la educación para la salud no es ser solo una herramienta para prevenir enfermedades o mejorar la salud. EpS es parte de un concepto mucho más amplio dirigido a la búsqueda del bienestar individual y colectivo, donde el sujeto y los grupos sociales asumen roles activos y de liderazgo (Díaz-Valencia, 2012).

Tal cual como pasó décadas atrás con la discusión mundial sobre los determinantes de la salud y sobre como la OMS intervino para generar consensos sobre estos. En el caso de la EpS también ha hecho sus aportes. En 1983, la OMS vuelve a redefinir el término en la 36ª Asamblea Mundial de la Salud, en esta ocasión como “el conjunto de actividades de información y educación que estimulan a las personas a

querer disfrutar de buena salud, saber cómo alcanzar dicho objetivo, hacer todo lo posible, individual y colectivamente, para conservar la salud y recurrir a una ayuda en caso necesario” (Perea, 2000).

La misma OMS, años después de la 36ª Asamblea, introdujo en su *Glosario de Promoción de la Salud* (1998) que la EpS “Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (WHO, 1998c).

Como vemos, existen múltiples maneras de entender a la EpS, en este ejercicio de conceptualización no podríamos pasar por alto que no solo dicha definición, sino su misma práctica ha variado en cuanto a su enfoque ideológico y metodológico como consecuencia de los cambios paradigmáticos en relación con el concepto de salud dominante en cada etapa y la manera de ejercer la práctica educativa y de salud. Esta misma evolución de la definición, ha planteado desde las perspectivas que ponen el énfasis en las conductas individuales hasta las que ponen su punto de atención en el ambiente, en la que se incorpora la delegación de poderes que elevan la participación comunitaria por encima de los estilos de vida e incluye el cambio social (Figuerola, Farías, & Alfaro, 2004).

En el sentido de incidencia de las conductas individuales, se podría entender la EpS como una acción “pasiva” de consumo de información, que en el mejor de los casos podría ser utilizada por los individuos en la modulación de sus comportamientos, pero tal vez no es ese el espíritu de esta, ya que su valor debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva.

En relación a esto y para efectos de esta tesis, el autor entiende a la educación para la salud como una caja de herramientas para la comunidad, en donde se incluye por obvias razones la información relevante sobre lo que es o no saludable, pero no solo desde la perspectiva de que esto se traduzca en comportamientos individuales sobre tales prácticas en salud, sino que esa misma información pueda ser usada desde los individuos hasta las comunidades para reclamar, además, lo que es justo en términos de los determinantes y que de esta forma se pueda incrementalmente mejorar el estado de bienestar y calidad de vida de la sociedad. En este mismo orden Navarro y Bimbela (2005) (citado en Ayuso-Margañon, 2018), coinciden al afirmar que la educación para la salud se centra en potenciar y promover actitudes, valores, habilidades y comportamientos saludables, que contribuyen a la mejora de la calidad de vida de las personas en todos los ámbitos.

Los individuos como vemos son responsables de construir su propia salud desde la toma de decisiones frente a sus estilos, pero estos que son modificables dependiendo en gran parte de nuestra voluntad, se

ven influidos por el entorno con todo y sus problemas sanitarios de orden colectivo y ambiental, que para tal caso requiere emprender una tarea colectiva que solo será posible si se eleva el grado de responsabilidad de los ciudadanos hacia dichos problemas, que se derivan del estilo de sociedad que adoptemos. Y todo esto es posible si se ofrece una educación (Fortuny & Gallego, 1988), y en el marco de ella toda la información necesaria para que la ciudadanía educada en salud tome el conjunto de decisiones necesarias desde el ámbito individual hasta el colectivo.

### 3.2 ESCUELAS SALUDABLES Y PROMOTORAS DE LA SALUD

La Escuela Saludable es aquella donde se aprende de una manera saludable y solidaria con el medio y que por ende se desarrolla en un ambiente sano. En esta, la salud se transversaliza en la dinámica escolar, especialmente en la programación curricular, tiene como propósito fundamental contribuir al desarrollo de la salud del alumnado, incrementando sus habilidades y promoviendo actitudes y conductas que lo posibiliten (Gavidia, 2001).

En la Tabla 1 vemos las tres dimensiones inicialmente referenciadas para hablar de las Escuelas Saludables y que corresponde en buena parte a los elementos estructurales que la OMS ha relacionado a la salud misma, es así como en clave de entender ese estado de completo bienestar físico, psíquico y social, las escuelas que se consideraran saludables debían replicar la estructura que permitiera abordar lo relacionado al ambiente físico incluyendo en este todo lo relacionado a infraestructura, mobiliario, suficiencia de espacios, accesibilidad, iluminación y ventilación, seguridad del entorno y limpieza; al ambiente psíquico y social por separado para abordar todo lo relacionado al bienestar general como se muestra a continuación.

Las Escuelas Saludables como concepto emergen en la década de los 90s para avanzar en los compromisos emanados de la Carta de Ottawa en relación con la promoción de la salud, en este caso en el entorno escolar. El impulso en esa época vino tanto de la OMS, pero también de UNICEF y UNESCO. De hecho, el director de la OMS para esa época, Hiroshi Nakayima señaló en este contexto que *“Educar a los niños para la salud a través de la Escuela, debe ser una prioridad, no sólo para el sector salud. Para que los niños aprendan, deben de gozar de buena salud”* Nakayima (1996) y Obyrne (1994) (citados en Restrepo & Málaga, 2001).

Es importante señalar que una de las prioridades de esta estrategia se relaciona a las dimensiones de creación y mantenimiento de entornos y ambientes seguros y saludables. Este entorno se explica en la combinación de las tres dimensiones, es así como la confluencia de las cuestiones físicas, psíquicas y sociales deben entenderse desde un doble enfoque, por un lado, como posible fuente de enfermedad, y, por otro lado, como factor influyente en la adopción de determinadas conductas. En ello radica precisamente su trascendencia y la necesidad de actuar sobre él (Ayuso-Margañon, 2018; Gavidia, 2001).

Tabla 1. Dimensiones de Escuelas Saludables

DIMENSIONES DE ESCUELAS SALUDABLES	
Dimensiones	Descripción
<b>Física</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se cuida la infraestructura para que sea un entorno cómodo tanto para alumnos como profesores: paredes pintadas, arboles, plantas en los salones.</li> <li>2. Mobiliario en buen estado: mesas, sillas, armarios.</li> <li>3. Los baños limpios, con espejos, papel higienico, jabón, toallas o secadores que se puedan usar sin restricciones.</li> <li>4. El servicio de limpieza funcional pero con la colaboración de los alumnos: papeles en canecas, pisos limpios.</li> <li>5. Espacios iluminados, ventilación y calefacción cuando aplique.</li> <li>6. Aulas de estudio y el patio de recreo tienen una superficie suficiente para la cantidad de estudiantes.</li> <li>7. No existen barreras arquitectónicas que dificulten la movilidad de personas con discapacidades.</li> <li>8. Los accesos al centro están vigilados y con las indicaciones de semáforos o señales de tráfico adecuadas.</li> </ol>
<b>Psíquica</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es sensible a las señales de los alumnos, a veces no expresadas verbalmente por su incapacidad de exponer sus propias necesidades, y las trata adecuadamente incluyéndolas en su currículo escolar.</li> <li>2. Atiende, en la elaboración de sus programaciones, a la adquisición de conceptos, habilidades y actitudes que permitan a los alumnos y alumnas realizar actuaciones de manera individual y colectivas que mejoren la calidad de vida.</li> <li>3. Utiliza una metodología didáctica basada en situaciones problemáticas que afectan directamente al alumnado, de manera que su solución potencie su autoestima y su capacidad de tomar decisiones informadas sobre su estilo de vida.</li> <li>4. Desarrolla las capacidades necesarias para identificar los factores de riesgo, asociar el riesgo al daño y reconocer las raíces de la enfermedad y del malestar.</li> <li>5. Evita las situaciones amenazantes, y no utiliza el castigo como instrumento de aprendizaje, ni los exámenes como arma de castigo, antes bien los consideran como una situación de reflexión conjunta alumnos-profesores, sobre lo realizado en el aula</li> </ol>
<b>Social</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realizan actividades que favorecen las relaciones personales entre profesores y alumnos.</li> <li>2. Se facilitan vehículos de expresión para todas las personas que viven el centro (tablones de anuncios, revistas, participación en los órganos colegiados del centro, etc.), de forma que se pueden emitir opiniones, sentimientos, ideas, que colaboren en el buen gobierno de la institución.</li> <li>3. Las decisiones cotidianas se traducen en una visión crítica y solidaria con el medio (elección del tipo de papel, posibilidades de reciclado, grado de utilización de la corriente eléctrica, del agua, etc.).</li> <li>4. Se reconoce el papel ejemplarizante del profesorado y del personal no docente, lo que obliga a éstos a cuidar determinadas pautas de conducta, especialmente durante su estancia en el centro.</li> <li>5. Se promocionan ciertos hábitos de vida procurando hacer fáciles los comportamientos saludables (alimentación equilibrada en el comedor, posibilidad de higiene bucodental después de las comidas; ducha después del ejercicio físico, etc.).</li> <li>6. Dispone de orientación psicopedagógica para atender a todo el alumnado.</li> <li>7. Se realizan revisiones de salud y las vacunaciones necesarias para una acción preventiva, que se contextualizan dentro de las actividades de enseñanza-aprendizaje de forma que no aparezcan como un elemento anecdótico.</li> <li>8. La participación de todas las personas relacionadas con la escuela saludable configura el ambiente social que la caracteriza.</li> <li>9. En ella se trata de utilizar el currículo oculto como una vía de transmisión de actitudes y valores, y los objetivos que se fijan se hacen explícitos también al alumnado para que contribuya en su desarrollo y no sea una cuestión exclusiva del profesorado.</li> </ol>

Fuentes: Extraído de *La transversalidad y la Escuela Promotora de la Salud* (p. 507-508) por Gavidia, 2001

Así pues, la conceptualización de Escuela Saludable se ha concentrado en las cuestiones que debe cumplir este entorno para proporcionar salud hacia adentro, a sus alumnos y docentes si se pudiera decir. Pero como hemos visto con los demás postulados, este también se ha expuesto a la revisión. En ese orden evolutivo conceptual, durante la misma década de los 90s se empezó a hablar entonces ya no de Escuelas Saludables, sino de Escuelas Promotoras de la Salud. En esta nueva concepción ya no era suficiente las características de la ES, la visión de EPS implicaba contribuir al desarrollo de la salud tanto del alumnado como de la comunidad donde se ubicaba, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables y la colaboración con cuestiones comunitarias que se orientaban a mejorar el ambiente. En síntesis, esta nueva

versión de las escuelas saludables ya no se ocupa solo de lo interno, sino que sienten preocupación por la comunidad que las alberga y en ese sentido cultivan esos vínculos. Esta revisión conceptual supuso entonces que para que una escuela fuera un centro difusor de la salud, debía tener una estrecha relación con las familias, en este sentido, implicándolas, informándolas y consultándolas, pero así mismo en una interacción intensa con la comunidad (Gavidia, 2001).

Las Escuelas Promotoras de la Salud EPS entonces, son en esencia la forma en la que se logró materializar por completo el ejercicio de la promoción de la salud en el entorno escolar, en su versión incipiente de Escuelas Saludables, las relaciones con la comunidad extendida eran prácticamente nulas y en relación con los preceptos que sobre la promoción de la salud se fundamentaban, les hacía falta el componente participativo.

Así pues, es importante retomar algunos antecedentes y postulados sobre la PS, pues son la base fundamental de las EPS. Como se referenció en anteriores apartados, la PS como tal, apunta a ampliar el marco operativo de la estrategia de atención primaria y contribuir a alcanzar los objetivos de "Salud para Todos", mediante el fortalecimiento de la capacidad de las personas para optar y mantener estilos de vida saludable y participar en las acciones comunitarias necesarias para vivir una vida saludable (Pan American Health Organization, 2003).

Como señalamos, los planteamientos de PS se inspiraron del movimiento holístico con el que se entendió a la salud a mediados de los 80s, previo a las menciones que, sobre la promoción de la salud, había hecho Sigerist años atrás. En este sentido, la promoción de la salud escolar se vio influenciada y respaldada por los valores establecidos en la misma Carta de Ottawa como vimos (Pan American Health Organization, 2003). Esta declaración sin lugar a duda marcó un cambio significativo en la política de salud pública de la OMS, desde el enfoque en el comportamiento individual hasta el reconocimiento de cómo las influencias sociales, políticas y ambientales influían en el mismo comportamiento individual y lo condicionaban. La aplicación de estos principios al entorno educativo fue precisamente el preámbulo de la creación de la estrategia de *Escuela de Promoción de la Salud* como la conocemos hoy.

Las EPS buscan promover la salud en todo el entorno escolar, pero es importante señalar que el propósito no es solo a través de la educación para la salud en los planes curriculares, sino desde una perspectiva mucho más amplia e integral (Langford et al., 2015). En este sentido, una EPS tiene como propósito promover la adopción de estilos de vida positivos para la salud, proporcionar un entorno (tanto físico como sicosocial) que apoye y fomente los estilos de vida saludables y permitir que todos los miembros de la comunidad escolar puedan tomar medidas cada vez más saludables (Health Education Board for Scotland, 1996).

Se ha señalado en varias ocasiones que no existe una definición unificada de una escuela promotora de la

salud (Denman, 1999; Ippolito-Shepherd & Cerqueira, 2003; IUHPE, 2008; Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999; Lynagh et al., 1997; Nutbeam, 1992; OMS, 1997; Parsons, Stears, & Thomas, 1996; Lawrence St Leger & Young, 2009), de hecho, se ha descrito ampliamente el alcance y propósito pero hasta ahora no hay una definición en un sentido estricto.

En ese mismo orden, las distintas organizaciones y grupos académicos han descrito los elementos de la estrategia, la Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud, por ejemplo, relaciona la estrategia con seis pilares: políticas de salud escolar; entorno físico; entorno social; habilidades de salud individual y competencias de acción; vínculos comunitarios y servicios de salud (IUHPE, 2008), exactamente los mismos pilares que menciona la oficina de la Organización Mundial de Salud para el Pacífico Oeste (WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2016). Sin embargo, en otra buena parte de la literatura, se han agrupado los anteriores pilares en solo tres (Denman, 1999; Deschesnes, Martin, & Hill, 2003; Deschesnes, Trudeau, & Kebe, 2010; Ippolito-Shepherd & Cerqueira, 2003; Lister-Sharp, Chapman, Stewart-Brown, & Sowden, 1999; Marshall et al., 2000; Nutbeam, 1992; Parsons, Stears, & Thomas, 1996), descritos a continuación:

1. Plan curricular de estudios en salud: En este sentido, lo relacionado a la educación para la salud, recibe un tiempo específico dentro del plan de estudios formal de la escuela, con esto se pretende ayudar a los estudiantes a desarrollar el conocimiento, las actitudes y las habilidades necesarias para tomar decisiones saludables.
2. Ambiente escolar: se promueve la salud y el bienestar de los estudiantes y el personal a través del currículo 'oculto' o 'informal', en el cual queda incluido además los valores y actitudes promovidos dentro de la escuela, no solo en su entorno físico, sino en un entorno mucho más amplio.
3. Compromiso con familias o comunidades: las escuelas tienen brazos comunicantes con las familias, actores externos y en general con la comunidad, en este sentido se reconoce que la influencia fluye en doble vía, tanto desde ese entorno hacia el interior de la escuela como desde adentro hacia fuera (Langford et al., 2014).

Por otra parte, como vimos anteriormente, Gavidia (2001) cuando planteó las tres grandes dimensiones a trabajar en las Escuelas Saludables: La dimensión física, la dimensión psíquica y la dimensión social, planteo que de forma complementaria las Escuelas Promotoras de la Salud debían incorporar si se quiere una cuarta dimensión en relación a las relaciones comunitarias y de esta forma integrar el centro educativo a la comunidad (Gavidia, 2001a).

Lo cierto es que, a pesar de no tener una definición exacta, las EPS se deben caracterizar como escuelas que constantemente fortalecen su capacidad como un entorno saludable para vivir, aprender y trabajar (Gavidia, 2001), que además se deben ocupar de lograr traducir los retos que frente a la gestión de los

determinantes sociales implica la materialización de la transversalidad o la integralidad en su puesta en marcha, y sobre todo de detonar la participación de los escolares en la vida social.

En este orden de ideas, una EPS debe involucrar a técnicos tanto del sector salud como del sector educativo, a los profesores, estudiantes, padres de familia, y en general a los actores comunitarios en relación con la comunidad escolar, para promover o aunar los esfuerzos. *“Una EPS debe tener la capacidad de implementar políticas institucionales, prácticas y otro tipo de medidas que reconozcan al individuo y respeten su autoestima, brinden múltiples oportunidades de éxito y reconocen los buenos esfuerzos e intenciones, así como los logros personales. Se esfuerza por mejorar la salud del personal escolar, las familias y los miembros de la comunidad, así como de los estudiantes, y trabaja con los líderes de la comunidad para ayudarlos a comprender cómo la comunidad contribuye a la salud y la educación”* (OMS, 1997; WHO, 1998b).

Desde el punto de vista institucional, podríamos decir que fue entre principios y mitad de la década de los noventas, cuando en diferentes latitudes se adelantó casi al unísono, la definición y lanzamiento de la estrategia de EPS. En EE. UU. Por ejemplo, se lanzó un programa de salud escolar, en su definición se agregaron elementos, que incluían, por ejemplo, programas de promoción de la salud escolar para el personal de las escuelas y esfuerzos integrados de promoción de la salud escolar y comunitaria (Allensworth & Kolbe, 1987). Con el tiempo, el concepto original ha sufrido algunos cambios, pero continúa siendo implementado por el *Programa Coordinado de Salud Escolar* de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU (CDC - U.S. Department of Health & Human Services, n.d.).

En 1995, la OMS, con el apoyo del CDC de EE. UU., promovió un encuentro en Ginebra, Suiza del Comité de Expertos sobre Educación y Promoción de la Salud Escolar Integral, en dicha reunión se definió una hoja de ruta "para alentar a las instituciones y agencias educativas y de salud a coordinar sus esfuerzos para promover salud a través de las escuelas " (OMS, 1997).

En el caso de América, la iniciativa surgió de la oficina de la OMS para la región, la Organización Panamericana de la Salud (Ippolito-Shepherd & Cerqueira, 2003), en respuesta a la situación de los programas de salud escolar identificada en los países de la región y como resultado del compromiso de la Organización desde la década de los ochenta, con la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar (Cerqueira, 1996). Dicha iniciativa buscaba desarrollar y fortalecer la PS y la EpS en las escuelas desde un enfoque integral y con acciones específicas para Latinoamérica, fue planteada por la OPS y aceptada durante la Reunión de Consulta sobre este tema que se realizó en Costa Rica. A este encuentro además de los representantes de los sectores salud y educación de los doce países, también asistieron miembros de organizaciones internacionales como UNICEF, UNESCO, UNFPA y la Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (Pan American Health Organization, 1995).

La versión de EPS para las Américas se enmarca en una mirada integral y un enfoque multidisciplinario que considera a los individuos en el contexto de su vida cotidiana en distintos entornos como el familiar, el comunitario y el social. Así mismo, promueve el desarrollo de conocimientos, capacidades y aptitudes para que los individuos puedan cuidar su salud y la de otros, además de disminuir al mínimo las conductas de riesgo. En relación al empoderamiento, la iniciativa regional promueve el análisis crítico y reflexivo de del contexto, incluyendo lo valores, comportamientos, condiciones sociales y modos de vida, este empoderamiento parte de ayudar a los miembros de la comunidad educativa a que tomen decisiones, no solo desde la perspectiva comportamental individual, sino también en cuanto a la participación de la vida social y política (Ippolito-Shepherd & Cerqueira, 2003; Ippolito-Shepherd, Cimmino, Cerqueria, & OPS, 2005).

Así mismo, del otro lado del Atlántico, específicamente en Europa, también en el año 1995 la Oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con la Comisión de la Unión Europea (CUE), y el Consejo de Europa (CE), realizaron el lanzamiento de la Iniciativa Global de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS). La iniciativa regional para Europa tiene como antecedente las recomendaciones de la Conferencia sobre la Promoción de la Educación para la Salud dada en Estrasburgo en 1990. Dichas recomendaciones a su vez, son una prolongación de los trabajos de colaboración realizados en la década de los 80 en el marco del Proyecto Piloto "Educación para la Salud" (Burgher et al., 1999; Ministerio de Sanidad y Consumo & Ministerio de Educación y Ciencia, 2001).

La versión de la estrategia europea empezó a pequeña escala, con escuelas piloto en solo cuatro países de Europa Central y Oriental: la República Checa, Hungría, Polonia y Eslovaquia. Desde entonces, se ha expandido para abarcar más de 40 países de toda Europa (Clift et al, 2005). El Instituto Holandés para la Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades (NIGZ por sus siglas en Holandés), un centro colaborador de la OMS, asumió la responsabilidad de coordinar la red europea y cambió su nombre a Escuelas para la Salud en Europa (SHE por sus siglas en Inglés) (Ayuso-Margañon, 2018).

Casi una década después de la Carta de Ottawa y basándose en la experiencia de América y Europa, la OMS impulsó un movimiento para expandir los conceptos y lanzar de esta manera su iniciativa global de salud escolar con el objetivo de "aumentar el número de escuelas que realmente pueden llamarse *Escuelas Promotoras de la Salud* (WHO, 1998a). La OMS en este momento definió que en una EPS, se debía proporcionar: a) un ambiente saludable, b) educación en salud escolar y c) servicios de salud escolar y proyectos y alcance escolar / comunitario, d) programas de PS para el personal, e) nutrición y seguridad alimentaria, f) oportunidades de educación física y recreación, y h) apoyo social y promoción de la salud mental (Whitman & Aldinger, 2009).

Desde que comenzó la Iniciativa Global de Salud Escolar a mediados de la década de 1990, la OMS ha

brindado liderazgo y muchos servicios a los países para apoyar la difusión del concepto EPS y la implementación de políticas y programas. Una buena parte del interesante camino que la estrategia global de EPS ha recorrido es precisamente la consolidación de redes que han ido proporcionado un ambiente constante de reflexión colectiva, es así como se iniciaron redes regionales para el desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud en el Pacífico Occidental en 1995, América Latina en el 96, África del Sur también en 1996 y la misma experiencia europea que desde el 95 emergió como una red misma. Así mismo en 1997 se celebraron reuniones para desarrollar redes en el sudeste asiático y los países del norte del Pacífico occidental. A cada una de estas redes la conforman diferentes organizaciones públicas y privadas interesadas en planificar y trabajar juntas para ayudar a que el enfoque de EPS sea cada vez más global (WHO, 1998a).

En este orden, la OMS desde sus diferentes oficinas regionales ha preparado toda clase de directrices, desde documentos de políticas hasta publicaciones en general que sintetizan la evidencia sobre estrategias efectivas para gestionar la salud en la escuela, así mismo ha estado en la disposición de brindar asistencias técnicas para lograr poner a andar a las EPS. Debemos resaltar que, en paralelo, ha habido un sinnúmero de movimientos en los que se han propuesto importantes vínculos entre la educación y la salud, en especial con programas de PS en escuelas, la mayoría de ellos promovidos por agencias de la ONU y con distintos nombres, pero gracias a la intervención de la UNESCO y la misma OMS, se ha consensado no renunciar a los nombres únicos de sus propios programas, acordando promover y utilizar los elementos comunes de las políticas de salud escolar. En este sentido es clave mencionar que las implementaciones de los programas de salud escolar pueden conocerse por otros nombres que no sean la EPS, pero en esencia representan los mismos valores de la idealización inicial (Whitman & Aldinger, 2009).

Para efectos de esta investigación, nos permitiremos resaltar a continuación, la definición de elementos constitutivos de la estrategia de EPS, esta configuración responde a lo mencionado en términos de la promoción de la salud en el entorno escolar que se hizo en la Carta de Ottawa y que ha sido rescatado a lo largo de los últimos años por diferentes organizaciones, incluyendo a la Organización Mundial de la Salud y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

Esta definición de 6 elementos fue producto de que en la década de 1980, el modelo de tres componentes que se mencionó anteriormente, se ampliara para incluir componentes adicionales (Allensworth & Kolbe, 1987). Según este modelo, y bajo el entendimiento del investigador desde la definición institucional de la OMS, un programa de Escuela Promotora de Salud debe explicarse de acuerdo con seis componentes esenciales o pilares que extienden la mira inicial de las Escuelas Saludables mencionada párrafos atrás.

Tabla 2. Elementos esenciales de las Escuelas Promotoras de Salud

PILARES DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD OMS	
Pilares	Descripción
<b>Políticas escolares saludables</b>	Se definen claramente en documentos o en prácticas generalmente aceptadas que promuevan la salud y el bienestar. Muchas políticas promueven la salud y el bienestar, por ejemplo, las que facilitan que en la escuela se prepare comida sana o aquellas que expresan su rechazo al acoso y el hostigamiento en las escuelas.
<b>El entorno físico de la escuela</b>	El entorno físico se refiere a los edificios, terrenos, espacios de juego y equipamientos en el recinto escolar y alrededores: el diseño y la ubicación del edificio, la provisión de luz natural y de suficiente sombra, la creación de espacios para el ejercicio físico y de instalaciones para la actividad docente y para una alimentación saludable. Se refiere también a: las instalaciones básicas, al mantenimiento y las instalaciones sanitarias para impedir la transmisión de enfermedades; disponibilidad de agua potable, de aire limpio, y a la ausencia de contaminantes medioambientales, biológicos o químicos perjudiciales para la salud en el entorno de la escuela.
<b>El entorno social de la escuela</b>	El entorno social de la escuela es una combinación de la calidad de las relaciones del personal y de los estudiantes y de éstos entre sí. Está influida por las relaciones con los padres y con la comunidad más amplia.
<b>Habilidades de salud individuales y competencias para la acción</b>	Se refiere al programa curricular tanto formal como informal y a las actividades relacionadas con éste, a través de las cuales los alumnos incorporan conocimientos, toman conciencia y realizan experiencias adecuadas a su edad que les permiten adquirir competencias a la hora de actuar para mejorar su salud y su bienestar, los de otras personas en su comunidad y fuera de ella, y mejorar sus resultados académicos.
<b>Vínculos con la comunidad</b>	Los vínculos con la comunidad son las relaciones entre la escuela y las familias de los alumnos y la escuela con los grupos y personas claves de la comunidad. La consulta adecuada con estos grupos y su participación en apoyo a la escuela mejora la EPS y ofrece a los alumnos y al personal el entorno y el apoyo necesarios para sus acciones.
<b>Servicios de salud</b>	Son los servicios de salud locales y regionales, vinculados con la escuela o basados en ella, que ostentan la responsabilidad de la atención de salud y de la promoción de la salud de niños y adolescentes, a través de la prestación de servicios directos a los alumnos (incluidos aquellos con necesidades especiales). Incluyen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. la realización de reconocimientos médicos y de valoraciones por profesionales autorizados y cualificados.</li> <li>2. servicios de salud mental (incluido el asesoramiento) para fomentar el desarrollo social y emocional de los alumnos; para prevenir o reducir los obstáculos al desarrollo intelectual y al aprendizaje; para reducir o prevenir el estrés y los trastornos mentales, emocionales y psicológicos y para mejorar la interacción social de todos los alumnos.</li> </ol>

Fuentes: Extraído de *Generar Escuelas Promotoras de Salud: Pautas para promover la salud en la escuela* (p. 3) por IUHPE, 2008 y *Health Promoting Schools Framework* por WHO - Western Pacific Region Office, 2016

### 3.3 EVALUACIÓN Y CRITERIOS DE EFICACIA DE LAS ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

Pese a que la estrategia fue lanzada en la década de los 90s, un sinnúmero de datos existentes sobre experiencias de PS en el entorno escolar muestra que una gran debilidad de este tipo de intervenciones se relaciona con la ausencia de evaluaciones y/o falta de adecuación y calidad de estas, que permitan sistematizar y conocer sus resultados e impacto. Así mismo, los resultados de la Primera Encuesta

Regional de EPS en América Latina (Ippolito-Shepherd et al., 2005), mostró que cerca del 76% de los países encuestados cuenta con modelos de evaluación que, mayoritariamente, consisten en evaluaciones de proceso, en los resultados llama la atención que sólo un país de los diecinueve participantes en este estudio indicó utilizar evaluaciones de impacto en algunos de estos proyectos.

Uno de los grandes retos que sobre la evaluación de este tipo de estrategias se identifica, es que en un buen número de los casos de estudio de EPS, sólo se evalúan algunos de los componentes de los proyectos (OMS, 1997), que en su mayoría se relacionan a las habilidades para vida y por otra parte se enfocan en algún área específica como salud nutricional o actividad física por ejemplo. En este sentido, las evaluaciones focalizadas no son suficientes para demostrar la efectividad de este tipo de estrategias que por su naturaleza es integral. La mayor parte de la literatura sobre investigación en este ámbito indica la necesidad de utilizar una variedad de enfoques metodológicos, incluidas las evaluaciones de proceso y resultado y los métodos cuantitativos y cualitativos combinados (De Lellis, Mozobancyk, & Cimmino, 2009; Ramos et al., 2013), para lograr comprender los resultados que la estrategia proporciona.

Sobre el concepto de EPS plantea la OMS que su objetivo es ir más allá del cambio de comportamiento individual e inclusive, considera el cambio organizacional y estructural, como mejorar el entorno físico y social de la escuela, sus planes de estudio, métodos de enseñanza y aprendizaje (WHO Regional Office for the Western Pacific, 1996). En este sentido se pueden entender la complejidad de evaluar una estrategia que de base busca hacer este tipo de modificaciones estructurales no solo al interior de las escuelas, sino en el propio entorno.

Langford et al. realizaron en 2014 una revisión Cochrane del marco de EPS de la OMS para mejorar la salud y el bienestar de los estudiantes y su rendimiento académico, el estudio incluyó 67 ensayos, aleatorizando en total 1443 escuelas o distritos escolares. Entre los estudios se abordaron un sinnúmero de áreas de evaluación tales como: actividad física, nutrición, actividad física y nutrición combinadas, acoso escolar, tabaco y alcohol, salud sexual, violencia, salud mental, lavado de manos, conductas de riesgo múltiples, uso de casco de bicicleta, trastornos alimentarios, protección solar y salud bucal. Este estudio mostró varias cosas; primero la calidad de la evidencia en general fue de baja a moderada según el estándar planteado para el mismo estudio. Así mismo se detectaron algunos sesgos en relación con limitaciones de método como la gran dependencia de los datos auto informados y las altas tasas de deserción para algunos estudios. Esta revisión evidenció además que hubo una falta de datos de seguimiento a largo plazo para la mayoría de los estudios analizados. Sin embargo, en la misma también se pudieron tener hallazgos positivos respecto a la implementación de la estrategia de EPS en relación con el índice de masa corporal (IMC), actividad física, estado físico, consumo de frutas y verduras, consumo de tabaco y sobre acoso escolar.

Los efectos de las intervenciones fueron relativamente pequeños, pero tienen el potencial de producir beneficios para la salud pública a nivel de la población, concluye entre otras cosas Langford en su revisión (Langford et al., 2015), en esta también se encontró poca evidencia de efectividad para el índice de masa corporal estandarizado, así como cero evidencia de efectividad para el consumo de grasas, el consumo de alcohol, el consumo de drogas, la salud mental, la violencia y el acoso escolar, cabe mencionar que puede tener relación a que solo un pequeño número de estudios se centraron en estos últimos resultados. Por último, la revisión Cochrane señaló que pocos estudios habían incluido resultados académicos, por lo tanto, no se podrían sacar conclusiones claras sobre la eficacia de este enfoque para mejorar el rendimiento académico de los escolares.

La necesidad de evaluar este tipo de estrategias, ha abierto también un debate amplio sobre qué tipo de indicadores o datos ayudaría a evaluar el impacto de EPS, y si en estos procesos se deben monitorear los resultados del comportamiento en salud o confiar más en los resultados del proceso, como las políticas escolares y el entorno escolar (Lee et al., 2019). En este sentido, para una implementación más amplia, pero sobre todo integral de las EPS, se necesita un conjunto común de indicadores que permitan identificar aquellos retos de la salud que demandan atención y que por consiguiente motivarían cambios dentro del entorno escolar pero también en su contexto, así como el estado de salud y el comportamiento de los estudiantes bajo la sombrilla de una EPS. Este conjunto de indicadores se necesitan especialmente en los países en desarrollo como punto de partida porque no muchas de sus escuelas pueden implementar EPS en su totalidad (Adamowitsch et al., 2017; Joyce et al., 2017).

En este sentido, entender el espíritu integral de una estrategia como estas, demanda de igual forma, metodologías de evaluación que permitan medir esa integralidad en la escuela y desde una perspectiva más amplia sobre la evidencia, ya que debemos tratar con la complejidad del sistema escolar (Lee, 2017; Rowling, 2006). La evaluación de este tipo de estrategias además debe considerar los aspectos o criterios de eficacia que se han relacionado con ella. Como vimos anteriormente, desde su implantación en el mundo, las estrategias de EPS han presentado múltiples formas de ejecución, en gran medida por la amplitud de los lineamientos, sin embargo, se ha podido esclarecer que el contexto influye su desarrollo. Así mismo la evidencia ha descrito algunos factores relacionados a la eficacia de las EPS, tales como la formación del profesorado, un abordaje a partir de estrategias integrales o transversales y la construcción de redes (Ramos et al., 2013).

De igual manera se ha señalado que el éxito de una EPS tiene mucho que ver con la interacción coordinada que se da, de la institución educativa con su entorno; la familia, la configuración de los servicios de salud, los equipamientos urbanos para la recreación y encuentro, la comunidad en general. Todo esto forma de alguna manera un conglomerado social donde se evidencia una relación compleja de ese todo con la escuela (Ogilvie et al., 2005). Es necesario entonces que junto con trabajar aspectos

individuales y conductuales deben trabajarse otros inherentes a la promoción de salud como lo son el ambiente escolar, familia y comunidad, ya que, de no hacerlo, el impacto esperado no será consistente en el tiempo.

En términos prácticos y desde una perspectiva integral en la evaluación, traemos a la discusión la experiencia del Esquema de Incentivos de la Escuela Saludable de Wessex en inglés (WHSA) (Moon, Mullee, Rogers, Thompson, Speller, Roderick, et al., 1999) y el Esquema de Incentivos de la Escuela Saludable de Hong Kong (HKHSA) (Moon, Mullee, Rogers, Thompson, Speller, Roderick, et al., 1999), ambas han desarrollado un sistema detallado de indicadores para analizar si cada escuela individual ha alcanzado el estándar para ser un modelo de EPS, en dicho esquema se observa una perspectiva holística y se evidencia una correcta comprensión de todos los efectos de la promoción de la salud escolar. En ambos casos se han identificado cambios positivos relacionados con el proceso de incentivos (Lee et al., 2014; Rogers et al., 1998).

La metodología propuesta en las experiencias de WHSA y HKHSA han proporcionado un marco estructurado para la implementación de las mismas, pero también muestran interesantes resultados en relación al sistema de monitoreo y evaluación y en este orden al reconocimiento de los logros (Lee et al., 2014; Rogers et al., 1998). Hong Kong ha ampliado y sostenido el movimiento EPS en las últimas décadas, su evaluación integral del estado de las EPS bajo el enfoque de HKHSA ha permitido a las escuelas identificar sus fortalezas y debilidades y, por lo tanto, identificar formas de mejorar.

En el caso de la experiencia asiática, la evidencia sugiere que la adquisición de conocimientos protectores de la salud y la reducción de conductas riesgosas, están influenciados por la forma en que la escuela es administrada, la participación de estudiantes y el compromiso con los programas desarrollados, en la forma cómo los profesores se relacionan y tratan a los estudiantes, y cómo la escuela involucra a su comunidad local y a los padres de familia (Patton et al., 2006; Stewart-Brown, 2006). El desarrollo de la metodología de auditorías y monitoreo de datos en la experiencia de HKHSA ha sido muy relevante para motivar los cambios que en ella se han identificado, Joyce coincide en la importancia de este tipo de monitoreo para las mejoras incrementales (Joyce et al., 2017). Del mismo modo, el diseño del Índice de Salud Escolar (SHI en inglés) de los CDC de los EE. UU. (Joyce et al., 2017), el marco de evaluación de los Programas Nacionales de Escuelas Saludables (NHSP en inglés) en Inglaterra (CDC, 2014) y el programa *“What is Healthy Together Victoria”* en Australia (Arthur et al., 2011), comparten la típica auditoría de proceso, identificando áreas de acción y monitoreo del progreso. Estas auditorías se parecen más a aquellas que buscan el mejoramiento continuo desde un enfoque de calidad, pero podrían no inspirar el proceso de cambio que busca la EPS.

La revisión Cochrane de Langford nos da bastantes luces sobre los elementos más relevantes que han surgido de las distintas aproximaciones de evaluación de EPS en el mundo. Además de destacar los resultados de la experiencia de Hong Kong, resalta otros tantos en temas puntuales, por ejemplo, los hallazgos del estudio austriaco analizado. En él se aboga por un enfoque más sistemático y coordinado, con la comprensión por parte de los directores y maestros en relación a integrar la salud y el bienestar, de forma estructural en el sistema escolar en lugar de estar implementando muchas actividades aisladas, que entre otras cosas responden a un apoyo muy entusiasta de los proveedores de servicios de PS (Adamowitsch et al., 2017). Esta experiencia austriaca revela precisamente la necesidad de lograr permear los procesos educativos en su integralidad y de forma estructural con los elementos de la PS en el entorno escolar y de esta forma avanzar en la sostenibilidad de este tipo de estrategias.

Así mismo, la revisión encontró que los planes de estudio de salud que son estructurados con participación activa no solo de los responsables de implementar la estrategia, sino también de los estudiantes, así como una mayor formación de los profesores en la EpS, incluida la información de salud para la familia y la comunidad, sin duda mejora la salud física y emocional de los propios estudiantes (Griebler, Rojatz, & Simovska, 2017). En relación a la participación de varios actores de la comunidad escolar, ésta ha sido reconocida como un elemento clave para efectivizar la implementación de la PS en los entornos escolares, si esta participación se da en el marco de relaciones positivas y de ellas se deriva el compromiso de múltiples socios en la toma de decisiones y la implementación de actividades, se fomenta una cultura escolar de apoyo (Honkala, 2014; Ramos et al., 2013). Sin embargo, referente al tema de la participación algunos estudios han mostrado que era difícil promoverla y conseguirla, en relación en gran medida a falta de tiempo, falta de cultura participativa en la sociedad y poco interés o implicación de los padres en la vida de sus hijos (De Lellis et al., 2009; Nkamba, Tilford, & Williams, 2008; Ramos et al., 2013). En estos mismos estudios se observó la poca o nula participación de alumnos en las estrategias analizadas, cuestión que es bastante relevante toda vez que podríamos decir, son los estudiantes los beneficiados directos de este tipo de intervenciones.

En este orden, tanto las familias como los alumnos y la comunidad local continúan estando poco involucrados en la planificación y el desarrollo de programas de salud, no sólo los desarrollados al interior de las escuelas, sino en un sentido más amplio. Esta poca o nula participación no permite entonces que las estrategias respondan a las realidades locales, ni mucho menos aporta al empoderamiento comunitario. Por consiguiente, estos vacíos realmente no permiten mejoras sustanciales del estado de salud de los individuos, ya que como lo hemos mencionado, la participación es una línea operacional clave de la promoción de la salud, que se nutre de la vivencia de la sociedad (Santamera, 2014), esta tiene implícito el desarrollo en un entorno comunitario, en este sentido es claro que el ser humano no se desarrolla en la completa individualidad, sin embargo muchos no tienen la posibilidad de participar en las decisiones que impactan su vida.

Permitir la participación de los escolares les puede ayudar a identificar y adoptar conductas saludables, así como comprender el impacto que tiene en su salud el entorno social y físico en el que viven, esto con el fin último de pretender, que siendo agentes de cambio, puedan intervenir en su transformación y mejorarlo (Davó et al., 2008). Facilitar dicha participación, se relaciona, además, con algunos efectos personales que pueden contribuir a un estado de salud mental positivo de estos, especialmente el desarrollo o mejoras en las habilidades para la vida y la autoestima o estatus social ya que adquiere sentido el desarrollo del ser en un entorno mucho más amplio. La participación de los estudiantes podría de hecho ser promovida como un enfoque para promover la salud mental positiva (Ursula Griebler & Nowak, 2012). Por otra parte, Griebler también plantea, que la participación de los estudiantes mejora sus relaciones con los adultos y docentes en especial, ya que de alguna manera se gana confianza. Estudios han demostrado que las relaciones cálidas, caritativas y de apoyo entre el personal y el alumno y las comunicaciones positivas son un factor crucial en la producción de altos niveles de competencia emocional y bienestar.

La participación de los estudiantes entonces contribuye a mejores resultados educativos ya que involucran a los alumnos en el debate sobre la enseñanza, se considera una clave para mejorar la enseñanza y el aprendizaje (Flutter & Rudduck, 2004), pero para promover esta participación se debe tener en cuenta que los jóvenes varían en sus intereses, habilidades y confianza, por lo que se necesitan estrategias múltiples y enfoques flexibles para que estos puedan participar de manera significativa. En este sentido, cualquier modelo de participación desarrollado en el marco de las EPS, debe asegurar un enfoque inclusivo y no crítico para que una forma de participación no sea percibida como superior a otra (Rowling & Samdal, 2011). Así mismo, en relación a la participación, Langford (2015) resalta la necesidad de adoptar enfoques de Educación Crítica en Salud (CHE en inglés), ya que en estos modelos se requiere el empoderamiento de los estudiantes en el desarrollo de capacidades para actuar sobre los determinantes sociales más amplios de la salud (Fitzpatrick, 2015; Torres, 2017), en este sentido, un estudio ecuatoriano también destacó la necesidad de desarrollar la perspectiva CHE para reafirmar la comprensión holística de la salud en lugar de centrarse solo en la modificación biomédica y conductual (Langford et al., 2015; Torres, 2017).

Por otro lado, Griebler en su revisión reveló también los efectos positivos de la participación de los estudiantes en la promoción de la salud escolar con respecto a una mayor satisfacción y motivación, actitudes positivas, desarrollo personal, competencias y conocimientos, efectos relacionados con la salud, mejores interacciones y relaciones sociales (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, & Hawkins, 2002; Griebler et al., 2017). Respecto a la participación de otros actores, esta revisión resaltó que la participación de otros miembros de la comunidad, incluyendo a los padres en la promoción de la educación comunitaria en salud y / o la discusión sobre políticas escolares saludables, han mostrado una correlación significativa con la buena salud y más satisfacción con la vida de los escolares. Griebler en este

sentido concluye que a medida que la escuela consulta a los padres de familia, otros miembros de la comunidad y a grupos de profesionales, permite que estos apropien el concepto de las EPS y en ese orden de ideas, presten su asesoría y / o apoyo para materializar el enfoque holístico durante la implementación (Griebler & Nowak, 2012).

Previo a la revisión Cochrane de Langford (Langford et al., 2015), la Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud (UIPSES/IUHPE en inglés) produjo en el 2000 un documento bastante extenso para monitorear y evaluar las EPS, en él recomendó a las escuelas utilizar algún modelo de acreditación para medir y rastrear cambios. En este sentido el informe de la IUPHE hizo referencia a la estrategia de incentivos de Hong Kong HKHSA mencionada párrafos atrás, pero no incluyó evidencia de si este tipo de programa de acreditación podría ser efectivo para motivar cambios en ella. La IUHPE mencionó también que la evidencia ofrecida por numerosos estudios realizados en las últimas décadas sugiere que las intervenciones de PS basadas en el entorno escolar pueden ser eficaces porque transmiten conocimiento, desarrollan habilidades y apoyan elecciones saludables en clave de conductas positivas. Esta evidencia sugirió que las intervenciones de PS son más eficaces si:

1. *Además de cambios conductuales, se orientan a resultados cognitivos y sociales*
2. *Los planes escolares son de amplio alcance e integrales, en ellos debe estar claro la integración con los actores encargados de la salud*
3. *Las intervenciones deben ser transversales en el tiempo, abarcando varios años escolares y guardando relación con cambios en el desarrollo social y cognitivo de los escolares*
4. *Se debe prestar una atención adecuada a crear capacidad a través de la formación de los profesores y la provisión de recursos (IUHPE, 2000).*

En relación con la formación profesional, es clave destacar que los profesores son actores indispensables para el desarrollo de la promoción ya que estos poseen una serie de características que le confieren un papel muy importante para mejorar la salud en el contexto escolar volviéndolo un agente estratégico. En este sentido, los profesores son por naturaleza, observadores privilegiados, ya que perciben el estado de salud de sus estudiantes a través indicadores externos; son además un modelo para los estudiantes, sus alumnos en este sentido observan con atención sus pautas de comportamiento y tratan de imitarle; sirven como transmisores de mensajes, a veces lo hacen conscientemente cuando lo planean, pero también cuando piensan que no lo hacen, a través del currículo oculto; son también promotores de programas; y por último agentes cruciales para el cambio y mejora de la salud, ya que actúan sobre el individuo en el campo de las competencias, pero también sobre el centro escolar (Davó, 2009).

Así mismo, se ha demostrado que los maestros participarían en la promoción de la salud si creen que dará resultados positivos (Tjomsland et al., 2009) y si se ha producido un proceso de interiorización, es decir que la escuela "se siente" como una escuela saludable (Tjomsland, 2010). El aumento de la capacidad de los docentes para participar puede lograrse mediante el continuo desarrollo profesional de los maestros y

el aprendizaje profesional de los mismos. En estudios recientes se ha mostrado que la gran mayoría de docentes son sensibles en la formación en salud de alumnos y personal de las escuelas pero en la aplicación hay una reducción respecto a la voluntad inicial (Shepherd et al., 2012).

Incluir aspectos de salud en la formación profesoral puede ser tan fácil como difícil, teniendo en cuenta que el modelo de los determinantes sociales de la salud nos da la oportunidad de hablar de salud y bienestar desde diferentes temas como el medioambiental, la alimentación, la justicia, la violencia, etc. Sin embargo, puede ser difícil si no existe una aproximación integral u holística que permita conectar todos esos elementos “suelos” para que en el proceso de enseñanza aprendizaje se apropie la interrelación de estos y se entienda la salud como ese constructo social o resultado de las distintas conexiones de sectores ya mencionados. En la complejidad que supone abordar la salud en el entorno escolar se han dado avances en su vinculación, una de ellas es la adaptación que han surtido los cursos para abordar los aspectos relacionados con la salud de las necesidades educativas especiales, la discapacidad y el manejo del comportamiento (Shepherd et al., 2012).

Diferentes estudios además han mostrado que los profesores se han empezado a alejar de la forma convencional de pensar que la salud es simplemente ausencia de enfermedad, a un enfoque más holístico e integral de la salud teniendo en cuenta el bienestar psicológico y social (Lee, Tsang, Lee, & To, 2003). Otro punto de vista común que se ha rescatado es que estos agentes han empezado a apropiarse que la buena salud es esencial para el aprendizaje efectivo de los alumnos (Shepherd et al., 2012) y que de esta manera, la salud termina convirtiéndose en algo así como los rieles sobre los cuales puede transitar el tren de la educación, sin esta es prácticamente imposible que el proceso de aprendizaje sea efectivo.

Como bien se ha dicho, las EPS tienen la capacidad de transformar a los individuos, las escuelas y las comunidades, permitiéndoles y empoderándolos para alcanzar mayores niveles de función y, en última instancia, ser ciudadanos más fuertes y con mayor capacidad de toma de decisiones y contribución a la sociedad. En este sentido las EPS tienen un efecto poderoso en reducir la carga de la enfermedad y mejorar la resiliencia de los individuos y las comunidades y, por lo tanto, son un mecanismo para reducir los costos a largo plazo de la atención médica y el bienestar social (Macnab, Gagnon, & Stewart, 2014). Que se adopte un enfoque de EPS no requiere grandes provisiones de recursos económicos o voluntades políticas de alto nivel como se suele pensar, sino que requiere de algo tan sencillo como difícil como lo es el cambio de la mentalidad o un cambio de paradigma del proceso de enseñanza, en este sentido el maestro adquiere un rol protagónico, en el marco de la autonomía educativa en esta ruptura dogmática para pasar a convertirse en un agente de cambio conectado con las dinámicas y retos que supone la sociedad moderna.

La formación de los profesores en temas de salud pública no es entonces un capricho del sector salud, sino una necesidad imperiosa de todos por avanzar hacia el bienestar social y la calidad de vida en una lógica integral e interconectada (St. Leger, 1998), para asegurar la calidad de las aproximaciones de EPS se debe garantizar la formación de los docentes pero no aislada en el tiempo sino permanente y tampoco haciendo uso de métodos rígidos de formación sino aprovechando espacios de compartir experiencias para aprender de pares (Lee et al., 2003; Ramos et al., 2013).

En cuanto a los planes escolares, el informe de la IUHPE señaló que estos son una herramienta fundamental en el ejercicio de la PS en el entorno escolar, en cuanto al éxito de la EPS, los planes deben compartir ciertos factores: en el primer grupo están todos aquellos relacionados al contenido. Los programas de PS eficaces deben estar bien diseñados, basarse en teorías de aprendizaje pertinentes y ser planificados y probados ampliamente, además, los programas basados en un eficiente plan de estudios, tienen como objetivo la apropiación de competencias de negociación, resolución de conflictos, pensamiento creativo, toma de decisiones, saber salir adelante, imitación, relaciones interpersonales y comunicación, todo lo anterior asociado y aplicado a conocimientos en salud, pero sobre todo en estrecha relación al modelo de determinantes sociales de la salud.

En un segundo grupo de factores, están los relacionados con el aprendizaje y la enseñanza, en este sentido es clave señalar que los procesos de enseñanza deben estar enmarcados en la resolución de problemas en todos los niveles pero sobre todo se deben abordar en el contexto de la comunidad donde viven los estudiantes, podríamos decir que de esta forma se configura un proceso de enseñanza y aprendizaje aplicado a la realidad, de esta forma se apropian mucho mejor los contenidos porque se le da el valor de utilidad a los mismos. Por último, se resaltan los factores en relación a los recursos y el desarrollo de la plantilla de personal, en este sentido los recursos más eficaces y atractivos son aquellos que están cimentados teorías de aprendizaje aceptadas y sobre todo comprendidas por los profesores, además, se menciona que los programas con planes de estudios bien diseñados y pertinentes, funcionan solamente si existe un programa de desarrollo profesional integrado y de amplio alcance para los profesores (IUHPE, 2000).

Otro elemento clave en el desarrollo de la estrategia de EPS en el mundo es el relacionado al entorno, ya que este es un factor fundamental en la promoción de la salud escolar. Tanto así que pese a las discrepancias entre los elementos que debe incorporar la estrategia, siempre se coincide en este como uno principal, no solo entre los 6 pilares que han mencionado (Allensworth & Kolbe, 1987; IUHPE, 2008; WHO - Regional Office for the Western Pacific, 1996), sino en los tres que han terminado condensando otros tantos (Denman, 1999; Deschesnes et al., 2003; Ippolito-Shepherd & Cerqueira, 2003; Lee et al., 2020; Lister-Sharp et al., 1999; Marshall et al., 2000; Nutbeam, 1992; Parsons et al., 1996).. Ahora bien, en

cuanto al entorno, encontramos que no solo es aquel que recoge los elementos físicos y de infraestructura y el entorno psicosocial, sino también como este se organiza.

En el físico se relacionan todo lo que tiene que ver con mobiliario, iluminación y ventilación, edificaciones y el diseño de estas con especial atención a los baños, instalaciones especiales como áreas recreativas y deportivas, servicios de comedor. Todos estos elementos contribuyen en gran medida a la salud de los estudiantes (St Leger, 1999). En cuanto a las condiciones físicas de las escuelas también se han encontrado desigualdades que tiene que ver con la brecha rural - urbana, por ejemplo a nivel general, las escuelas urbanas presentan condiciones de saneamiento en mejor estado (Nkamba et al., 2008).

En cuanto al ambiente psicosocial, la evidencia sugiere que las relaciones entre los profesores y los estudiantes y entre los propios estudiantes son decisivas en la promoción de la salud escolar (Northfield et al., 1998; Samdal, Nutbeam, Wold, & Kannas, 1998). La IUHPE también resalta cómo la identidad de la escuela, incluyendo el conjunto de valores y tradiciones que la sostienen, constituyen un andamio influyente e importante para los programas de PS escolar (Brellochs, 1995; Hawkins & Catalano, 1990; Northfield et al., 1998; Nutbeam, Smith, Moore, & Bauman, 1993; St Leger, 1999). Por último, en relación con el entorno, se debe resaltar la estructura organizativa, entendido en este apartado todo lo incluido en relación con la administración, planificación y procesos de implantación de la estrategia, los presupuestos y los enfoques de programación. Todos juntos se constituyen en elementos que inciden en las actividades de promoción de la salud escolar y en el éxito de las mismas (Collins et al., 1995; National Health and Medical Research Council, 1996; Parsons et al., 1996; WHO, 1996b).

En este orden de ideas, es claro como el entorno en el cual se desenvuelven los escolares tiene un impacto en ellos y en sus procesos formativos, por ejemplo en el caso de la alimentación sana, está demostrado como los adolescentes necesitan un entorno físico escolar de apoyo que les permita tomar decisiones alimentarias apropiadas que promuevan la salud y el bienestar (Langford et al., 2014; St Leger et al., 2007). En este sentido el conocimiento nutricional que se entrega en el aula a través de la enseñanza no es suficiente para influir en los patrones de alimentación de los adolescentes, ya que necesitan acceso a alimentos saludables con apoyo social (Gostin, Abou-Taleb, Roache, & Alwan, 2017), en esa misma línea se puede mencionar la necesidad que los espacios físicos de las escuelas puedan de igual forma promover la actividad física de los escolares.

Respecto al impacto de los servicios de salud que se prestan al interior de las escuelas, la evidencia ha mostrado que pueden desempeñar una función de diagnóstico muy pertinente para prevenir la complicación de enfermedades. La mayoría de las escuelas participan en programas de vacunación, la evidencia en este caso es diversa, los programas de inmunización que tienen orientación a ser aplicados en gran parte directamente en las escuelas y sobre los cuales existe evidencia, demandan al mismo tiempo la

intervención de los servicios de salud en las escuelas (Resnick, Harris, & Blum, 1993). Así mismo, en el informe de IUHPE (2000), se muestra que la evidencia señala como las visitas de médicos a las escuelas tienen éxito solamente si estas hacen parte integral de programas de promoción de la salud en los que se incluya al entorno escolar, además de que los médicos en este caso, estén subordinados a la labor del profesor y se complementen entre sí en el propósito de la salud de los escolares en el marco de un programa estructurado (GBD 2016 SDG Collaborators, 2017; A. Lee et al., 2014). Se ha demostrado además, como la provisión de servicios básicos de salud muestran una correlación significativa con una mejor salud auto percibida en las escuelas primarias y secundarias, así como mejor salud mental en las escuelas primarias (Lee et al., 2019).

Otro aspecto relevante no solo en la configuración de la estrategia de EPS, sino en los resultados que ha mostrado, es en relación con que muchos programas de PS escolar ponen un énfasis considerable en el desarrollo y la implantación de políticas institucionales como por ejemplo sobre la prohibición de consumo de tabaco, alcohol, equidad de género, seguridad o manejo de emergencias, reciclaje. Estas políticas se utilizan a menudo como parte de programas de salud escolar de amplio alcance y por lo visto han funcionado de forma eficaz. Su eficacia se relaciona a si la misma tiene relación especialmente a prioridades de los gobiernos locales o nacionales, o si su implementación obedece a mecanismos consultivos en los cuales participan las diferentes partes interesadas de la comunidad escolar (IUHPE, 2000). En este sentido, las políticas escolares saludables han mostrado correlaciones significativas con diferentes aspectos de la salud de los estudiantes, Gostin et al. (2017) (citado en Lee et al., 2019), también se ha proporcionado evidencia de que las personas fumarán menos y comerán dietas más saludables en ciudades con una mejor regulación (Wechsler, Lee, Nelson, & Kuo, 2002), también se propone en este documento que la ley no necesita ser coercitiva sino que debe ser capaz de crear un entorno para hacer que la elección saludable sea una opción mucho más fácil.

Por otra parte, los resultados de un estudio sobre el consumo de alcohol de la Facultad de salud pública de Harvard ha demostrado que el comportamiento del consumo de alcohol de los estudiantes universitarios podría reducirse mediante esfuerzos de políticas adicionales (Young, St Leger, & Blanchard, 2012). En este sentido, las políticas escolares sobre salud pueden cumplir esta función reguladora que propicie el cambio comportamental.

Como vemos, en cuanto a la estrategia de EPS podemos encontrar innumerables indicadores o estándares para su evaluación, algunos de ellos en relación a indicadores de impacto o producto, en este sentido orientados a medir el resultado que puede tener esta estrategia en la salud de los escolares, y en otros casos se han señalado indicadores del proceso mismo, incluyendo aspectos del marco teórico sobre el cual se fundamenten las implementaciones y al cual se le hace el debido seguimiento, a continuación se hace un resumen de los principales indicadores revisados para el desarrollo de esta investigación:

Tabla 3. Resumen de indicadores sobre Escuelas Promotoras de la Salud

Eficacia en las Escuelas Promotoras de la Salud		
Indicadores	Autor	Año
Diseño del plan de estudios para la educación para la salud / Participación de los estudiantes / Desarrollo profesional del personal / consulta y trabajo con organismos comunitarios y los padres / Sistema para cuidar a los estudiantes y al personal con necesidades emocionales / Entorno físico escolar de apoyo que promueva la salud y el bienestar / Si la escuela puede garantizar la seguridad de los estudiantes siempre que estén bajo su cuidado / La provisión de servicios básicos de atención de la salud y gestión / Políticas escolares saludables.	Albert Lee et al.	2019
Estado de salud de los niños, por ej., altura para la edad, ingesta total de calorías / Capacidad de aprendizaje, asistencia y logros de aprendizaje, por ejemplo, alfabetización y aritmética, competencias básicas de aprendizaje / Comportamientos que afectan la salud, por ejemplo, consumo de tabaco, actividad física / Calidad del entorno físico y psicosocial, por ejemplo, calidad del agua y el saneamiento, políticas y prácticas en las escuelas / Implementación del programa de salud escolar, por ejemplo, currículo, acceso a servicios de salud / Vínculos con la comunidad escolar local.	Organización Mundial de la Salud	1997
Índice de masa corporal (IMC) / Actividad física / Estado físico / Consumo de frutas y verduras / Consumo de tabaco / Acoso escolar	Langford et al.	2015
Formación del profesorado / Abordaje a partir de estrategias integrales o transversales / Construcción de redes.	Ramos et al.	2013
Interacción entre institución educativa con su entorno incluyendo la familia / Configuración de los servicios de salud / Equipamientos urbanos para la recreación y encuentro.	Ogilvie et al.	2005
Administración de escuela / Participación y compromiso de estudiantes / Relacionamiento y trato de maestros a estudiantes / Involucramiento de la escuela con su comunidad local y a padres.	Patton et al.	2006
Planes de estudio de salud estructurados con participación activa de la comunidad escolar / Formación de los profesores en EpS / Familia y comunidad con información en salud.	Griebler et al.	2017
Participación activa de varios actores de la comunidad escolar	Ramos et al. Honkala et al.	2013 2014
Participación en especial de los escolares	Davó et al. Griebler et al.	2008 2017
Cambios conductuales / Integración de actores en planes escolares / Intervenciones transversales y sostenidas / Formación profesoral / Provisión de recursos.	IUHPE	2000
Formación de los maestros	Tjomsland et al. Shepherd et al. St. Leger Lee et al. Ramos et al.	2010 2012 1998 2003 2013
Entorno físico adecuado: mobiliario, iluminación y ventilación, edificaciones y el diseño de las mismas con especial atención a los baños, instalaciones especiales como áreas recreativas y deportivas, servicios de comedor.	St. Leger	1998
Entorno psicosocial: relaciones entre profesores y estudiantes y entre los propios estudiantes son decisivas en la promoción de la salud escolar	Northfield et al. Sandal et al.	1998
Estructura organizativa de escuelas: administración, planificación y procesos de implantación de la estrategia, presupuestos y enfoques de programación.	Collins et al. National Health and Medical Research Council, Parsons et al. WHO	1995 1996
Auditorías de proceso	Joyce et al. CDC Arthur et al. Department of Health	2017 2014 2011
Comprensión de directores y maestros en relación a integrar la salud y el bienestar.	Adamowitsch et al.	2017

Ahora bien, independientemente de si las actividades al interior de las escuelas en el marco de las EPS se deriven de los planes curriculares o las políticas institucionales, hay evidencia suficiente de cuáles son esos temas que una EPS debe implementar para mejorar el estado de salud de los escolares. El informe de la

Comisión Europea (IUHPE) que hemos mencionado ampliamente en el desarrollo de este marco conceptual recoge buena parte de ellas que se relacionan a continuación:

1. **Actividad física:** Las intervenciones que mejoran la actividad física se traducen en resultados académicos positivos (Symons, Cinelli, James, & Groff, 1997; WHO, 1996a), pero además existe evidencia de que el impacto de la actividad física también se ve en aspectos cognitivos, sociales, conductuales y, en algunos casos, biológicos como por ejemplo la pérdida de peso, sin embargo la evidencia ha mostrado que para poder obtener estos resultados positivos, la actividad física debe hacer parte de intervenciones integrales de amplio alcance. Así como estar incluida en los planes de estudio con una asignación de tiempo exclusiva entre 60 y 80 minutos, debe además ser promovida desde la políticas institucionales para que fomenten la participación, debe haber colaboración con los proveedores locales de deportes y recreación, además, debe garantizar la formación adecuada del personal que lidera estos programas, y por último, se debe contar con infraestructura y recursos de calidad para la práctica física (IUHPE, 2000).

En este orden de ideas, las escuelas proporcionan un ambiente propicio para la ejercer la actividad física de forma eficaz ya que atienden a un buen número de niños y adolescentes durante todo el año (Stone, McKenzie, Welk, & Booth, 1998), además de tener instalaciones y equipos, así como personal formado o que podría formarse para enseñar las habilidades y los beneficios de la actividad física de por vida (CDC, 1996; Pate, Baranowski, Dowda, & Trost, 1996; WHO, 1996a). En el caso de la experiencia norteamericana, el CDC enumera diez recomendaciones entre sus directrices de actividad física para los programas escolares tales como: incluir políticas, medio ambiente o entorno, clases de educación física, planes de estudio de educación para la salud, actividades extracurriculares, participación de los padres y programas comunitarios. En el caso de las actividades extracurriculares, el CDC recomienda vincular las escuelas y los estudiantes con los programas comunitarios de actividad física y de esta forma desarrollar sistemas efectivos para integrar a los jóvenes con actividades comunitarias de la misma naturaleza (CDC, 1997). Dado que las evidencias han mostrado que más del 80% de la actividad física de los escolares ocurre fuera de los programas de educación física de la institución (Heath, Pratt, Warren, & Kann, 1994), y en este sentido es indispensable tender estos vínculos con la comunidad.

En términos de salud pública, las intervenciones en general que se hacen al interior de los entornos escolares son fundamentalmente costos eficientes, ya que está demostrado cómo la información que se traduce en apropiación de conductas en esta etapa inicial tiene una repercusión durante el resto de la vida. En términos de actividad física, los resultados de los adolescentes suecos por ejemplo, sugieren que aquellos que tenían más experiencia con la actividad física y los deportes antes de los 15 años tenían una mayor disposición psicológica para la actividad física a los 30 años de edad (Engstrom, 1991), aspecto que

es sustancial, pues es bien sabido las dificultades que hay en el ejercicio de la EpS en adultos que ya están consolidados.

En este orden de ideas, es indispensable señalar que la actividad física es un elemento clave de la promoción de la salud pública para jóvenes y adultos, dado que precisamente la inactividad se ha establecido como un factor de riesgo modificable para algunas patologías (Engstrom, 1991), en este sentido el papel de la actividad física en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud ha ganado un papel destacado en la política de salud pública no solo de los EE.UU (CDC, 1997; Health and Welfare Canada, 1992; U.S. Department of Health and Human Services, 1991), sino de otros países (WHO, 1996a) y debe ser un pilar esencial en los programas de promoción de salud en el entorno escolar.

**2. Alimentación:** En cuando al impacto de la nutrición escolar, la evidencia ha mostrado la eficacia de las intervenciones de promoción de la salud se presentan en varias etapas, por ejemplo desde el desarrollo de habilidades o apoyos políticos, y aquellas orientadas a la dinámica de la comida y comer bien, ya que pueden mejorar las prácticas nutricionales de los jóvenes (Ayuso-Margañon, 2018) y los escolares bien nutridos apropian mejor los conocimientos.

Es claro entonces que la nutrición es indispensable en los procesos educativos, sin embargo, en cuanto a la evidencia del impacto de los programas de salud escolar en la mejora de las habilidades o conductas nutricionales los resultados no son muy prometedores. La revisión Cochrane de Langford, mostró como las intervenciones escolares de solo nutrición, produjeron un pequeño aumento en el consumo de frutas y verduras, esto equivale a 30 gramos adicionales de frutas y verduras por día, equivalente a media porción (Langford et al., 2015). Este hallazgo es comparable con otra revisión de programas de nutrición basados en la escuela que informaron un aumento de 0,38 en las porciones de frutas y verduras en siete estudios (Howerton et al., 2007).

Estos resultados poco prometedores pueden tener relación a que los estudiantes de las escuelas consumen la mayor parte de su ingesta diaria de alimentos fuera de ellas. En este sentido, las familias y el entorno influyen más en las elecciones alimentarias de los estudiantes que la misma escuela. “Tradicionalmente, los programas de nutrición escolar han estado orientados en gran medida al plan de estudios, que, a su vez, ha puesto énfasis en la educación nutricional (grupos de alimentos) y no en conductas alimentarias específicas” (IUHPE, 2000). En este sentido, es fundamental como ya se ha mencionado anteriormente, que los programas de salud escolar bajo la sombrilla de la estrategia de EPS cuenten con una fluida participación de todos los actores que confluyen en la comunidad escolar para garantizar de esta forma que las estrategias que puedan ser desplegadas al interior de las instituciones puedan tener su espejo de apoyo en los otros entornos (familiar y comunitario).

**3. Educación sexual:** La IUHPE ha señalado que los cambios biológicos junto con el conjunto de valores, creencias y actitudes del entorno en el que viven los jóvenes, incluyendo a su familia, la cultura y la misma sociedad influyen en el desarrollo sexual de los escolares. En este sentido se ha señalado que la forma más eficiente en la que las escuelas pueden realizar el proceso de educación sexual, es en relación un contexto más amplio e integral.

Las escuelas en este orden brindan un entorno institucional en donde los escolares pueden aprender sobre la sexualidad, no solo desde el punto de vista biológico, sino social, dado que, al interior de las familias, ni de la misma sociedad sea un tema que se pueda discutir ampliamente en muchos países. En este sentido, son las escuelas ese entorno social seguro y de apoyo en que puede proveerse esta educación en cada una de las etapas adecuadas para tal fin y en compañía de compañeros (IUHPE, 2000). Como bien mencionamos, el conjunto de valores sociales y políticos condicionan las intervenciones que se implementen al interior de las escuelas, en este sentido las experiencias de éxito se pueden interpretar de acuerdo con ese marco contextual en el que sean implementadas y a la vez dificultan el ejercicio de la evaluación y la relatividad con la que se expongan sus resultados.

De hecho, la revisión de Langford, señaló que en este caso, solo pocos estudios de los revisados se relacionaban a la implementación y evaluación de este tipo de intervenciones, consideró además que los resultados de las intervenciones son demasiado heterogéneos en términos de enfoque, entorno y resultados como para sacar conclusiones incluyentes (Langford et al., 2015). En esa lógica contextual, la educación sexual para algunos, está en relación al conocimiento de las funciones biológicas y sexuales a cierta edad, mientras que para otros, esta debe estar orientada a las interacciones sociales entre los sexos y a aquello que se considera una conducta apropiada (IUHPE, 2000).

En este orden de ideas, no es muy lógico atribuirles exclusivamente a las escuelas los efectos sobre la reducción de la tasa de embarazos no deseados en adolescentes y la disminución de enfermedades de transmisión sexual, cuando como vimos, el entorno del escolar influye o por lo menos tiene una fuerte incidencia en sus conductas sexuales. De todas formas, las escuelas si cumplen un rol primordial en la promoción de la salud sexual, en este sentido hay evidencia de que es posible alcanzar determinados resultados relacionados con la salud, por ejemplo en cuanto a la reducción de los embarazos en adolescentes y de las enfermedades de transmisión sexual (Ayuso-Margañon, 2018; Howard & McCabe, 1990; Kirby, Barth, Leland, & Fetro, 1991). Las intervenciones sobre educación sexual que se diseñen con una clara orientación educativa en clave de objetivos cognitivos y sociales pueden alcanzar su propósito si de manera eficaz incluyen que los programas sean dirigidos por personal sensible y bien formado, además, que los estudiantes tengan oportunidades de hablar y discutir sobre lo que sienten y puedan también dar sus opiniones, no solo en las escuelas sino en sus casas. Los programas también deben plantear sus temas y contenido teniendo en cuenta el nivel de madurez y comprensión de acuerdo a la edad y por último,

estos deben estar orientados a los aspectos positivos de la sexualidad (Kirby et al., 1994; National Health and Medical Research Council, 1996).

**4. Consumo de drogas:** El informe de la IUHPE señala que el volumen más amplio de investigación sobre las intervenciones basadas en las escuelas tiene relación las intervenciones que abordan el consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas. Existe evidencia de que la primera experiencia con las drogas varía según la sustancia específica consumida, y de que la iniciación temprana en el consumo de estas se relacione estrechamente a problemas de consumo posteriores (IUHPE, 2000). En este sentido, se ha señalado desde hace bastantes décadas, que buena parte de las intervenciones se orientan precisamente a prevenir o incluso retrasar ese primer encuentro de los jóvenes con estas (Dwyer, Coonan, Leitch, Hetzel, & Baghurst, 1983).

Así mismo, la mayoría de los estudios se han concentrado en adolescentes, tabaco y alcohol, informando así sobre cuatro factores: conocimiento, actitudes, intenciones y consumo (White & Pitts, 1999). Se ha señalado además que, para que los programas de promoción de la salud en relación a la prevención del consumo de estas sustancias tengan efecto, deben cumplir o por lo menos incluir cuatro factores: Una orientación al desarrollo de habilidades, desde las generales como las de comunicación asertiva, hasta las habilidades específicas en relación a las relacionadas a rechazar la droga; así mismo, los programas deben tener un diseño sólido y riguroso basado en la evidencia y el marco conceptual adecuado adaptado al contexto; se debe también tener una asignación exclusiva en el plan de estudios para abordar estos temas.

De acuerdo con la IUHPE, otras estrategias que son muy eficientes en este tipo de programas son las interacciones y colaboraciones con la comunidad, el seguimiento y evolución del programa por parte de los responsables, las políticas institucionales. En este orden, las intervenciones de PS bien diseñadas e implantadas en el campo de las drogas pueden alcanzar su propósito de retrasar la mayoría de las veces el comienzo del consumo por parte de los no consumidores, además de obtener reducciones significativas a corto plazo en algunos consumidores (Hanewinkel & Asshauer, 1999; IUHPE, 2000).

Por otra parte, los análisis de regresiones han mostrado que los programas de prevención del consumo, que se centran en el conocimiento presentado en conferencias no interactivas son menos efectivos que las conferencias interactivas (Langford et al., 2015), en esa misma línea, otras revisiones Cochrane sobre intervenciones escolares para el consumo de alcohol, drogas y violencia han arrojado distintas evidencias de la efectividad de estas intervenciones. Faggiano (2005) por ejemplo, encontró que los programas basados en habilidades pueden reducir el consumo de drogas (Faggiano et al., 2005), en otras síntesis de estudios multinivel centrados en el entorno escolar, se descubrió que las escuelas con mayor rendimiento y menor absentismo escolar tenían tasas más bajas de consumo de sustancias y comportamientos agresivos, lo que sugiere que los factores institucionales pueden ser protectores (Bonell et al., 2013).

En relación con lo anterior, hay suficiente evidencia de cómo las actividades de promoción de la salud en el entorno escolar son eficientes siempre y cuando compartan algunos elementos como una correcta planificación, tener programas de formación docente, que las actividades estén integradas a los programas escolares, contar con políticas y recursos de respaldo y por último contar con el acompañamiento de la comunidad escolar en pleno (Bonell et al., 2013), sin embargo, también hay evidencias de aquellos elementos que han dificultado el desarrollo de estrategias de PS en las escuelas, en esta dirección, el informe de la IUHPE también ha resaltado que la mayoría de intervenciones que fracasan se deben a aquellas que se han dado como respuesta a una crisis específica, también se señala la falta de participación de las escuelas en la idealización e implementación de las mismas pero también en la falta de recursos de apoyo (IUHPE, 2000). Por otro lado, se señala también como factor de fracaso los programas que han sido basados, en gran medida en portavoces y recursos externos, lo que se traduce en una baja implicación de los actores propios de la escuela, por último la poca o nula inversión en la formación de los profesores y en la entrega de recursos de apoyo (Marshall et al., 2000; St Leger, 1999; WHO, 1996b).

Así mismo, el comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas, en su informe señaló la falta de desarrollo de programas de salud en casi todos los países, tal vez por la escasez de recursos, de profesionales cualificados, o falta de voluntad política (Ayuso-Margañón, 2018), pero también se ha señalado no solo la falta de implementación, sino la ausencia de evaluaciones de impacto de las mismas. En ese sentido, en el caso de la adaptación latinoamericana, los resultados de la Primera Encuesta Regional de EPS (Ippolito-Shepherd et al., 2005) mostraron que cerca del 76% de los países encuestados cuenta con modelos de evaluación que, mayoritariamente, consisten en evaluaciones de proceso, en los resultados de la encuesta llama la atención que sólo un país de los diecinueve participantes en este estudio indicó utilizar evaluaciones de impacto en algunos de estos proyectos.

### 3.3.1 Barreras o desafíos de la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud

Volviendo al informe del comité de expertos de la OMS (OMS, 1997), se han resaltado en este, algunas barreras en la implementación de las estrategias de EPS que se relacionan a continuación:

- **Visión inadecuada y falta de planificación estratégica:** Es necesario tener claro el propósito final a alcanzar en una estrategia de esta magnitud, la visión per se no es suficiente, esta debe estar acompañada de una estricta planeación, pero a su vez, todo plan debe estar acompañado del propósito final que se espera alcanzar con él, en este sentido el uno sin el otro no podría dar resultados duraderos y sostenibles. Es muy importante, además, que en el planteamiento de la visión puedan participar todos los actores involucrados, ya que una configuración participativa de esta garantiza el desarrollo e implementación de las acciones

que se deriven.

- **La falta de comprensión y la aceptación de los programas de salud escolar:** Tal vez, la principal consecuencia del paradigma médico curativa se resume en la negación por aceptar que el origen de la salud o la enfermedad recae en las relaciones con el entorno, en ese sentido, los programas de salud escolar no son a menudo muy bien recibidos, por que suscitan no solo un cambio de paradigma, sino porque además de promover cambios comportamentales en los escolares, también se promueven otro tipo de cambios en el ejercicio de la ciudadanía activa, pero no solo de los escolares sino de la comunidad escolar en pleno. Esta influencia para el empoderamiento y el ejercicio de la ciudadanía generan controversia, pero además son vistos como prioridades secundarias por los líderes y tomadores de decisiones, no solo en el ámbito internacional, sino el local.
- **Descoordinación y falta de colaboración:** Tal vez la principal dificultad en este sentido se relaciona a que no existe una agenda transectorial compartida entre el sector salud y el educativo en el caso específico de las EPS, pero también de forma general para otros tantos aspectos de los retos sociales. En este sentido, no solo es importante tener sincronía en el entendimiento que los beneficios de la promoción de la salud ocasionan en el sector salud, sino en pleno. Así pues, no solo es necesario que tanto educación y salud lleguen a puntos de encuentro desde visiones compartidas hasta planes compartidos, sino que es de suma importancia que organizaciones no gubernamentales e internacionales puedan ayudar a tender puentes entre los sectores gracias a su mirada holística.
- **La falta de sentido de pertenencia, responsabilidad y gestión responsable:** El cambio paradigmático del proceso de salud ha mostrado como los comportamientos y estilos de vida influyen de forma contundente en la construcción de la propia salud de los individuos y sus comunidades, pero también ha mostrado la responsabilidad de diversos sectores en esta construcción. En este sentido, es necesario que los individuos comprendan no solo el sentido de pertenencia hacia estrategias como las de EPS y lo que las mismas significan para sus vidas, sino la responsabilidad de apropiarse y aplicar todo lo que la misma entrega. Pero, el sentido de pertenencia y la responsabilidad también se deben acatar entre los distintos niveles de actores que intervienen en el desarrollo de este tipo de estrategias y que afectan la gestión responsable de las mismas. Por ejemplo, cuando los gobiernos declaran que los programas de salud escolar son responsabilidad de las escuelas, pero no les dan los recursos necesarios, cuando los directores de escuelas transfieren la responsabilidad a los profesores pero sin permitir su participación en la definición de las visiones o planes, en este sentido no solo se afecta el sentido de pertenencia de estos, sino su compromiso con la misma, también cuando las escuelas en pleno transfieren sus problemas sin solución a las familias pero tampoco se le vincula a estas al desarrollo de la misma.
- **La falta de recursos:** Los resultados de este tipo de intervenciones son a largo plazo, casi

para generaciones venideras, tal vez por esto la asignación de recursos es a menudo muy baja, los resultados al ser a largo plazo no configuran una prioridad política que espera recoger resultados en un horizonte de plazo más cercano. Esta asignación tan precaria de recursos se traduce en muy que muy pocos maestros y personal de la escuela son formados y entrenados en los conceptos generales de los programas de salud y pocas escuelas tienen las habilidades para ponerlas en práctica. Así como carencias de todo tipo con relación a materiales para educar acerca de la salud, como guías de los planes curriculares y recursos materiales en general.

Así mismo la OMS en 2015, en reunión de expertos revisó las intervenciones de la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud a nivel mundial, identificando ocho barreras principales que afectan una implementación efectiva de la iniciativa EPS (WHO, 2017):

1. Falta de políticas, lineamientos, planes de ampliación, implementación de políticas;
2. Cabildeo y defensa insuficientes para las actividades de salud escolar y de EPS;
3. Presupuestos insuficientes e incumplidos;
4. Fallas de coordinación entre los ministerios relacionados y las partes interesadas
5. Falta de capacidad técnica en recursos humanos y capacitación;
6. Falta de calidad y cantidad de recursos para la implementación;
7. Falta de seguimiento y evaluación, así como datos y pruebas insuficientes para promover intervenciones de salud escolar y de EPS;
8. Barreras culturales para la implementación (WHO, 2018)

Ya en la actualidad, los países miembros de la OMS también han señalado algunos desafíos comunes en relación con la implementación de este tipo de estrategias en varios niveles. Muchos de ellos persistentes en cuanto a recursos inadecuados: financieros, humanos y materiales. También se han identificado como áreas de preocupación estructuras organizativas débiles y una muy baja participación de las partes interesadas (WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2017). Así mismo, los implementadores de la estrategia junto con la identificación de barreras han señalado algunas estrategias para superarlas que se resumen en la siguiente tabla y que se presentan en clave de entender si se pueden gestionar desde un nivel local o nacional (Tabla 4).

Tabla 4. Desafíos en la implementación de la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud

Desafíos y respuestas exitosas de Estados miembros			
Desafío	Respuesta	Nivel implementación	
		Local	Nal
<b>Recursos materiales y financieros insuficientes</b>	• Incorporar el programa EPS en los planes nacionales de desarrollo del sector educativo.		X
	• Fortalecer las directivas e inversiones gubernamentales, particularmente en el nivel local.		X
	• Alentar a las escuelas a recaudar fondos y movilizar recursos de las organizaciones sociales y autoridades.		X
	• Proporcionar evidencia a los líderes gubernamentales y socios de desarrollo sobre la importancia de la salud escolar.	X	X
	• Formar asociaciones con estados gubernamentales y no (organizaciones no gubernamentales y entidades del sector privado, como empresas locales).	X	X
	• Utilizar las reuniones del grupo de trabajo técnico, el grupo de trabajo y el comité directivo para movilizar recursos de los socios	X	X
<b>Diferencias en funciones entre Educación y Salud</b>	• Diseñar y comunicar pautas para la implementación de EPS que demuestren la importancia y los roles sinérgicos de los sectores de salud y educación, especialmente a nivel escolar.	X	
	• Alinear las metas del programa de EPS con las metas de la escuela para aumentar el compromiso.	X	
	• Nombrar un coordinador y establecer un grupo de trabajo para los proyectos de EPS.	X	X
<b>Recursos humanos limitados (profesores y profesionales de salud)</b>	• Desarrollar herramientas para reducir la carga de trabajo de los docentes, como plantillas de avisos escolares a los padres.	X	
	• Utilice incentivos adecuados para fomentar el buen desempeño.	X	
	• Integrar las actividades de EPS en el plan de estudios y eventos escolares existentes	X	X
<b>Debilidades en habilidades / conocimiento sobre EPS en quienes implementan la estrategia</b>	• Fortalecer la red de oficiales, personal y otros implementadores a nivel nacional, subnacional y escolar, para facilitar el intercambio de experiencias y mejores prácticas.	X	X
	• Fortalecer la capacidad a través de conferencias, talleres y / o formación inicial y en servicio para docentes. Invitar a expertos	X	X
	• Desarrollar y difundir materiales de aprendizaje para los estudiantes en el idioma local.	X	X
<b>Baja participación de los padres</b>	• Realizar talleres de educación para la salud, controles de salud y actividades de fitness para padres.		X
	• Organizar ferias de salud, festivales y concursos de cocina.		X
	• Realizar encuestas comunitarias / evaluaciones de salud.		X
	• Organizar campañas de salud para la comunidad.		X
<b>Cambio de contexto político, económico y social</b>	• Llevar a cabo evaluaciones de impacto y procesos regulares.	X	X
	• Llevar a cabo sesiones de retroalimentación formales e informales regulares con las partes interesadas en la implementación de la estrategia.	X	X
	• Reconocer las debilidades (áreas de ineficacia) en la implementación y abordarlas de manera proactiva.	X	X
	• Innovar continuamente para lograr el impacto deseado.	X	X

Fuente: Extraído de *Health Promoting Schools: Experiences from the Western Pacific Region* (p. 12) por WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2017

Es claro que la implementación de estrategias de PS en el entorno escolar tiene diversos resultados desde sociales hasta económicos y políticos. En relación al impacto social, la evidencia ha mostrado que las actividades de promoción de la salud escolar que sean bien conceptualizadas y planificadas aportan considerablemente a la reducción de problemas sociales innecesarios no solo en el espacio de tiempo de desarrollo de las mismas, sino en el futuro (National Health and Medical Research Council, 1996; The World Bank, 1993; WHO, 1996a). Esto es así, si dichas estrategias se sustentan en las escuelas como

unidad básica y si estas están en total conexión con las familias y la comunidad local. Otro de los aspectos relevantes sobre el impacto de este tipo de intervenciones es sobre su valor para la sociedad como conjunto, así pues el *valor público* como lo ha señalado Moore (1995) debe ir más allá de un enfoque de impactos monetarios y debe incluir los beneficios sociales que perciben los ciudadanos sobre este tipo de estrategias (Moore, 1998).

Ahora bien, el concepto mismo de *valor público* se ha debatido precisamente por la ambigüedad del término o por las diferencias de enfoques en las que se aplica. Por ejemplo, definiciones como el “valor público es aquello que el público valora” Blaug (2006) (citado en Conejero, 2014), muestra como esa percepción ciudadana respecto a una intervención puede configurar el valor público que la ciudadanía da a determinada implementación.

En términos económicos, el impacto es evidente en relación a que la prevención de los problemas de salud se traduce en los beneficios económicos que las intervenciones escolares provocan, ya que se dirigen a la disminución de estilos de vida riesgosos y de esta forma se constituyen en un vehículo obvio de intervenciones rentables en las que al haber una población más sana, habrá una sociedad más productiva (Grant, 1995; Leslie & Jamison, 1990; Rothman et al., 1994; The World Bank, 1993). Sin embargo, también se ha señalado que la mayoría de las intervenciones de promoción de la salud escolar no se valoran en términos de costo eficacia, y ésta sigue siendo una ciencia inexacta (OMS, 1997).

Con relación al impacto político a pesar de que las intervenciones basadas en las escuelas reciben con frecuencia respaldo político, este no siempre está dirigido a las formas más eficaces de intervención escolar. De hecho, el informe de IUHPE señala como este respaldo político se utiliza frecuentemente como forma para evitar la adopción de decisiones políticas más difíciles como por ejemplo, invertir más recursos en educación sobre el consumo de tabaco en las escuelas en lugar de regulaciones más fuertes contra la industria (OMS, 1997).

En términos de evaluaciones de las estrategias de EPS, existe aún un amplio debate sobre qué tipo de indicadores ayudaría a evaluar el impacto de HPS pero por otro lado, se podría avanzar mucho más en la medición de impacto de estas estrategias si en la agenda mundial de encuestas y estudios que se hacen sobre niños y adolescentes, se incluyeran variables que den cuenta del estado de salud en los contextos sociales, culturales y económicos en los que crecen estos grupos, más allá que solo analizando datos de mortalidad (OMS, 1997). Con este tipo de información de base será mucho más práctico diseñar ese conjunto de indicadores que puedan evaluar como cada programa escolar tiene un impacto en la salud de esta población. Ahora bien, en términos de indicadores, para poder evaluar las estrategias de las EPS, el informe del Comité de Expertos de la OMS sugiere que estos deben estar planteados desde aquellos que son necesarios para medir el nivel de implementación hasta otros que busquen medir los resultados o

impacto de estas. En este sentido y con relación a lo planteado por Patton (2010), hay una primera necesidad en entender y medir el estado de salud de los escolares, se plantean así un primer grupo de indicadores de salud como: tasas de mortalidad en menores de 5 años, carga de morbilidad en clave a años de vida perdidos por discapacidad, indicadores de peso para la talla y para la edad, talla para la edad. En general se deben seleccionar indicadores y métodos apropiados para determinar y vigilar el estado nutricional de los niños y poder tomar las medidas correctivas.

Hay un segundo grupo de indicadores de aprendizaje y rendimiento escolar; estos buscan evaluar la contribución de estos programas de PS al proceso educativo, así como la eficacia de los contenidos de EpS. Para determinar la capacidad de aprendizaje es necesario como mínimo medir la capacidad que tienen los niños de acudir a la escuela y permanecer en ella, para esto se plantea cifras de matrículas, así como tasas de deserción o ausentismo. Por otro lado, el alfabetismo, los conocimientos en aritmética y las habilidades son los principales aspectos evaluados en cuanto a rendimiento, se ha avanzado también en establecer la relación entre el estado nutricional de los niños y la capacidad de aprendizaje. Sin embargo es necesario que todos estos indicadores se puedan adaptar en el contexto local de las escuelas a evaluar, teniendo en cuenta en ello no solo el sistema de educación en el cual está inmersa, sino aspectos relevantes del contexto socioeconómico de las mismas (OMS, 1997; Patton et al., 2010).

El tercer grupo de indicadores se relacionan a los de comportamiento en materia de salud, medir los conocimientos sobre EpS es importante, pero es mucho más importante poder aproximarnos a medir como ese conocimiento modula los comportamientos. Sin embargo, es importante el desarrollo de este tipo de indicadores (Slaby, n.d.), los estudios que demuestran las relaciones existentes entre las conductas de riesgo como las que fomentan la salud son importantes, ya que ponen en manifiesto la necesidad de este tipo de indicadores que puedan medir estos comportamientos y orientar su desarrollo (Nutbeam, Aaro, & Wold, 1991). Es precisamente el resultado de estas conclusiones que han dado vida al enfoque de habilidades para la vida cuyo objetivo es precisamente desarrollar y consolidar los conocimientos prácticos y la capacidad para que los escolares tomen decisiones saludables (OMS, 1997).

Por último, el Comité de Expertos de la OMS (1997) ha señalado los indicadores de calidad de los programas de salud, en este sentido es claro evidenciar que el entorno escolar afecta el estado de salud de quienes interrelacionan en él, así como de que un entorno escolar que no sea saludable afecta la calidad de los programas de salud (Nkinyangi & Van der Vynckt, 1995). Con relación al entorno es clave recordar que este está compuesto por los elementos inherentes al ámbito físico, al sicosocial y al comunitario. En relación al entorno físico, se han desarrollado en este la mayor parte de indicadores, la mayoría relacionados a la calidad del agua y el saneamiento en general (Burgers, 1994; OMS, 1997). El informe resalta, además, que es clave desarrollar un instrumento sencillo y unificado con el que se pueda dar cuenta del entorno físico de las escuelas y en él se incluyan las variables que expliquen ese entorno en el

contexto. En el campo del entorno sicosocial se ha señalado que los indicadores están menos desarrollados (Ippolito-Shepherd et al., 2005; OMS, 1997).

Como hemos visto, la evidencia que hay con relación a la evaluación de las estrategias de EPS es realmente muy heterogénea, esto se explica en gran parte con la misma forma diversa en la que se ha dado la propia definición y alcance de la estrategia y como ésta se ha adaptado a las particularidades de cada región. En líneas gruesas, la mayoría de evidencia que se puede encontrar trata de evaluar aspectos aislados de los programas de salud escolar. En el caso de la revisión Cochrane de Langford et al. (2015), se señala que una intervención holística basada en la escuela, como el marco de EPS, puede ser efectiva para mejorar una serie de resultados de salud en los estudiantes, especialmente aquellos relacionados a la actividad física, a mejoras en el índice de masa corporal, al consumo de frutas y verduras y respecto al consumo de tabaco. En ese mismo orden, dada la escasez de datos, no fue posible determinar el impacto del enfoque de EPS en los resultados académicos o de asistencia o en ambos (Langford et al., 2015)

En conclusión, la salud de niños y adolescentes es importante no solo en su etapa sino como recurso fundamental para el futuro de las sociedades. En esta línea, así como se manifiesta en Langford (2015), la inversión durante la etapa escolar previene el sufrimiento, reduce la inequidad, crea adultos sanos y productivos, y por consiguiente construye rentabilidad social y económica para la humanidad en pleno, pero en especial para las naciones. Las escuelas son un entorno natural en donde esta inversión es efectiva ya que genera réditos tanto para el sector educativo como para el sanitario.

Las barreras conceptuales y de mirada cerrada sobre cada sector ha dificultado el entendimiento amplio que sobre la salud han producido los cambios paradigmáticos de las últimas décadas. Los sectores en general operan como silos y esto hace que se dificulte el trabajo coordinado que debería proporcionar mejor desarrollo social. En el caso de las estrategias de EPS no hay excepción, las agendas individuales han impedido precisamente la consolidación de agendas compartidas. En este sentido es clave la participación de todos los actores de la comunidad escolar en la definición de hojas de rutas de este tipo de intervenciones, así como los recursos formativos con los que cuenten desde los estudiantes hasta los maestros pasando por las familias y la comunidad en general, ya que se entiende a esta estrategia como una transversal, que logra permear cada entorno y en ese sentido el éxito de esta debe ser producto de interacciones organizadas.

Otro elemento fundamental es la participación de las organizaciones internacionales y su mirada holística para facilitar tender los puentes entre los sectores, pero también para mantener viva la agenda. En este sentido la OMS expuso explícitamente una nueva visión de la salud y la educación en el marco de las Escuelas Promotoras de la Salud desde la década de los 90s, sin embargo, como vimos desde su inicio, parece haber habido pocos avances en la consolidación de la estrategia única, pero sobre todo en la

coordinación que debería haber en su interior de parte de todos los sectores y actores que en ella debería confluir. Las diferentes revisiones se han aproximado al beneficio en términos de salud, pero falta aún mucho para medir en términos de los beneficios para la educación (Langford et al., 2015), así cómo, realmente falta mucho para medir el impacto que estas intervenciones pueden tener desde un enfoque integral del desarrollo humano.

### **3.4 ESCUELAS SALUDABLES EN COLOMBIA**

La adaptación colombiana de la estrategia de Escuelas Promotoras de Salud lanzada en la región de las Américas en el año 1995 fue denominada Escuelas Saludables y se presentó al país en el año 1997, en ese sentido, para efectos de esta investigación hemos usado el marco conceptual internacional de las EPS pues, aunque en Colombia recibe el nombre de ES, su conceptualización responde a la versión de centros promotores de la salud. Antes de hablar de la estrategia de Escuelas Saludables, se mencionarán algunos aspectos del contexto colombiano que dio paso a ésta y que se consignan en los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables - Escuelas Saludable y Vivienda Saludable (2006).

El Sistema Nacional de Salud en Colombia fue creado en el año 1975, en este no se priorizaron mayores intervenciones hacia la población escolar, en gran parte por que la mortalidad en este grupo de edad no era tan alta en la época, en este sentido el énfasis de atención estuvo orientado a los menores de cinco años y a las mujeres en edad fértil que para la fecha eran considerados como las poblaciones de mayor riesgo (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En la década de los ochenta, las políticas relacionadas a la salud le apostaron al desarrollo infantil, específicamente a la supervivencia de los recién nacidos, buscando que estos pudieran sobrevivir más allá del parto. Esta prioridad dio paso al desarrollo e implementación del Programa Supervivir, una iniciativa de articulación intersectorial sin antecedentes en Colombia, en ella confluían los Ministerios de Salud y Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF (Ministerio de Salud; Ministerio de Educación; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, UNICEF, 1992). Desde su puesta en marcha, se impulsaron una serie de actividades educativas de prevención de las enfermedades con mayor presencia en la población menor de cinco años. Estas actividades eran desarrolladas por medio de otros estudiantes de décimo grado de secundaria. Esta apuesta terminó produciendo un ambiente de cuidado y conciencia sobre la importancia de la EpS al interior del entorno escolar (Colonia-García, 2016; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Con la Constitución Política de Colombia en el año 1991 se fortaleció el trabajo intersectorial que se venía adelantando y de esta manera se buscó complementar la misión de cada sector para ir más allá de la

sobrevida de los niños y poder de forma coordinada lograr una mejor calidad de vida para niñas, niños y jóvenes en edad escolar. En este contexto y respondiendo a su responsabilidad, el sector salud presentó al país la Ley 100 de 1993, con esta se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el que se incluyeron elementos esenciales para la PS, así como para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en todos los grupos de edad. Dichas acciones se presentaron a la sociedad colombiana, en el plano individual, en lo que se conoció para la época y hasta hace muy poco como los Planes Obligatorios de Salud POS. En lo colectivo por su parte, estas acciones se incluían en los denominados Planes de Atención Básica de salud pública PAB (Colombia, 1993). Estas acciones, tanto las individuales como las colectivas, pretendían aportar a los individuos los elementos básicos para la conservación de su salud, mediante la creación de ambientes idóneos en cada uno de los ámbitos de la vida social (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Así mismo, el sector educativo para responder a las demandas del nuevo marco constitucional diseñó y presentó la Ley 115 o Ley General de Educación, con ella, tal y como se manifiesta en los Lineamientos de Entornos Saludables se *“creó un espacio institucional para que el diseño y la ejecución de los programas de Eps se convirtieran en un instrumento pedagógico primordial en desarrollo de una acción educativa que impactará a la población escolar y a la comunidad”*. De hecho, está Ley, resalta en su artículo No. 1, *“...La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes...”* (Colombia, 1994). Esta mirada integral del proceso educativo dio precisamente paso en el desarrollo de la misma ley a su implicación con la salud que quedó consignado en el Numeral 12, donde afirmó que *“(...) La educación busca la formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre (...)”*.

En este orden de ideas, la Ley General de Educación en Colombia, presentó a la salud como un eje transversal de los planes de estudios durante todo el proceso educativo, con especial orientación al trabajo interdisciplinario para facilitar los cambios conductuales y construir estilos de vida más sanos. Tal vez la piedra de la corona de esta ley educativa fue la creación de los Proyectos Educativos Institucionales mejor conocidos como PEI. Estos fueron planteados como herramientas para crear ambientes escolares adecuados para *“crecer y ser, aprendiendo y transformando, integrando además intenciones y acciones dentro de una organización viva y dinámica que busque primordialmente mejorar la calidad de vida de todos y cada uno de los miembros de la comunidad educativa, incluyendo su entorno comunitario”* (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 1994; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En el 2000 el entonces Ministerio de Salud, determinó como una de las prioridades el diseño y desarrollo de guías con el fin de fortalecer la Estrategia Escuela Saludable en los departamentos y municipios en el marco de los Planes de Atención Básica - PAB como una forma de entender que la estrategia era una

excelente forma de entender la acción colectiva de la salud pública. Posteriormente el Ministerio de Educación Nacional con apoyo de otros organismos empezaron a desarrollar el proyecto de salud escolar específicamente en la línea de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía y a partir del 2007, se llevó a cabo el proyecto piloto específicamente para la estrategia de Estilo de Vida Saludable, que incorporó en primer lugar la Escuela Saludable (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En este orden, el Ministerio de Salud de Colombia (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) desarrolló los preceptos de la Carta de Ottawa con relación a los entornos, e incorporó las estrategias de entornos saludables en el país. Entre ellas adoptó en 1997 la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud impulsada por la OMS (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006) y en esa misma línea la reforzó en 1999 por medio de la elaboración de un documento de política denominado “Escuela Saludable, la Alegría de vivir en Paz”, con la intención de formalizar el rol de la escuela saludable frente a las políticas de promoción de la salud (Campos, Robledo-Martínez, Arango-Soler, & Agudelo-Calderón, 2012; MinSalud, MinEducación, ICBF, OPS, & UNICEF, 1999), dicha adaptación se constituyó como la primera política pública de la región de las Américas en impulsar acciones de promoción con escolares (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Todo este proceso de evolución conceptual y metodológica se fortaleció en su momento con la creación del Comité Técnico de Entornos Saludables, del cual hacían parte varias instituciones nacionales. De este escenario surgió en el 2006 el documento de política “*Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables*”, en él se definía a la estrategia de escuela saludable como una “*estrategia de promoción, prevención y protección de la salud con enfoque diferencial en el ámbito escolar, que actúa como mecanismo articulador de intereses, voluntades y recursos intersectoriales, orientados a aumentar la capacidad y oportunidades de los miembros de las comunidades educativas para mejorar la salud, el aprendizaje, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo humano y social.*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En este documento de lineamientos se impartieron las consideraciones generales, así como los componentes, líneas de acción y actividades que se proponían para desarrollarla a nivel nacional. Sin embargo se evidenció que el componente de vivienda saludable tenía más visibilidad respecto al entorno escolar (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006). Lo anterior tal vez puede ser explicado por dos razones fundamentales; la primera es que el gobierno donde se implementó la política mostró un especial interés por el sector ambiental y la segunda por la escasa participación del Ministerio de Educación en la formulación de la misma (Colonia-García, 2016).

El Ministerio de Educación, El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Protección y la Organización Panamericana de Salud, se propusieron en el 2008 sistematizar algunas de las experiencias

de la estrategia en un trabajo denominado “Experiencias Exitosas de Escuelas Saludables en Colombia”. La iniciativa en Colombia se venía desarrollando desde el año 1997 y se institucionalizó con el programa de 1999, en este documento se evidenció que existían varias experiencias en el país, con importantes resultados. Esta documentación se hizo con el fin de documentarlas y con ello motivar a los tomadores de decisión, líderes comunitarios, instituciones educativas, padres de familia, y estudiantes para construir nuevos procesos en el país de acuerdo a la región, la cultura, las necesidades y los énfasis en el aprendizaje (Colonia-García, 2016; OPS/OMS Colombia, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud se encargó de coordinar este esfuerzo convocando a los departamentos de Antioquia, Valle, Santander, Nariño, Cundinamarca, Huila y la ciudad de Bogotá, consultando sobre las mejores experiencias implementadas en cada lugar. Es así como, el informe da ejemplos de Escuelas Saludables construidas y vividas en zonas urbanas y rurales, desarrolladas en el contexto de municipios saludables, en lugares de conflicto y de paz, con diferentes enfoques, alianzas y formas de financiación, donde los principales protagonistas son los escolares de este país con el compromiso, la lucha y la valentía de docentes y líderes locales que creen en un mejor futuro (Colonia-García, 2016; OPS/OMS Colombia, 2008). Este documento recogió experiencias de los departamentos que albergan las tres grandes capitales del país y solo dos intermedios.

En el 2014 se creó la Comisión Nacional de Salud Ambiental (CONASA) y en el marco de ella se implementaron varias mesas técnicas, una de ellas, la Mesa Técnica de Entornos Saludables dio origen al grupo de Entornos del Ministerio de Salud y Protección Social en el cual se debían articular las varias dependencias del Ministerio, para analizar, discutir y plantear la propuesta de redefinición de la Estrategia de entornos como tal, esto desencadenó que en el 2015 se presentara la nueva versión de lineamientos que planteó cuatro entornos, incluyendo el educativo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El nuevo documento sobre entornos saludables se presentó al país en el 2016, en él se hicieron varias resignificaciones de los entornos educativos saludables, así como las características que estos debían cumplir. Se definió así a un entorno educativo saludable como aquel *“escenario de la vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados, que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Así mismo se planteó que la comunidad educativa está constituida por estudiantes, profesores, padres de familia, directivos, administradores escolares e incluso los egresados.

En cuanto a las características de los entornos educativos saludables, se señaló que estos debían:

1. Favorecer la apropiación de conocimientos y el desarrollo de capacidades, que se evidencian en habilidades, destrezas, competencias, actitudes, aptitudes y prácticas de cuidado (tanto propias como

- de la comunidad), convivencia, alimentación sana, actividad física, participación y el ejercicio de ciudadanía.
2. Promueve infraestructuras higiénico-sanitarias favorables, seguras y sostenibles para el desarrollo humano y la calidad de vida.
  3. Promueve la formulación, articulación, adopción y adaptación de políticas sectoriales, intersectoriales e institucionales para el desarrollo humano y la calidad de vida de la comunidad educativa.
  4. Reconocen y favorecen el enfoque diferencial.
  5. Adaptan y adoptan soluciones tecnológicas, de infraestructuras efectivas y sostenibles, que aporten al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad educativa, con enfoque diferencial.
  6. Promueve condiciones sociales, sanitarias y ambientales externas (vías de acceso, vendedores ambulantes, riesgos ambientales, parques, entre otros) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En general en Colombia se ha opinado que la implementación de la estrategia de escuelas saludables es incipiente a pesar de llevar tantos años de promulgación, ha tenido poco desarrollo y además se conocen experiencias pequeñas que de alguna manera pierden su continuidad con los cambios de gobierno (Campos et al., 2012).

En el año 2016 se implementó el “instrumento de reconocimiento de avances en Entornos Saludables”, para evaluar el período comprendido entre el año 2010-2015. Con relación a la *Estrategia de Escuelas Saludables EES*, se evidenció en este, que había sido implementada por 14 Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, que representan un 43.8% del país (Antioquia, Atlántico, Caldas, Cundinamarca, Cauca, Caquetá, Guaviare, Guajira, Nariño, Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Quindío, y Putumayo). En ese mismo orden se encontró que solo 11 Direcciones Territoriales de Salud Distritales o Municipales la habían implementado, representando un 17.1% del país (Barranquilla, Bogotá, **Cali**, Manizales, Neiva, Popayán, Santa Marta, Girón, Cota, Tenjo y Mosquera). Los resultados de este reconocimiento mostraron que durante el tiempo de análisis se logró abordar a 3.192 instituciones educativas de carácter público y 564 instituciones educativas privadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Se estableció también que las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) habían formulado, implementado y monitoreado los Planes de Acción Intersectorial de Entornos Saludables (PAIES), se señaló a estos como eficientes mecanismos para la planeación, que se sostienen en el tiempo y que se posicionan a nivel intersectorial. A nivel Departamental 9 de las 16 DTS que implementaron la EES, es decir el 56.3%, formularon PAIES para el periodo 2010 – 2015, de esas 7 lograron su implementación, y de esas 7, solo 6 hicieron seguimiento a la implementación. Ya en el nivel de municipios y Distritos, sólo 4 DTS de las 12 que reportaron implementación (33%) habían formulado, implementado y hecho seguimiento a los PAIES. Entre ellas Cali (2010-2015), Manizales (2010-2015), Popayán (2012 y 2014) y Bogotá (2010-

2015) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En el año 2014 el Ministerio de Salud y el Instituto PROINAPSA implementaron un proceso de sistematización de experiencias de Escuelas Saludables con el propósito de documentar algunas experiencias significativas en el país, como resultado de este se pudieron identificar algunos factores facilitadores y críticos en el desarrollo de estas. Con relación a los factores facilitadores, se resaltaron: la voluntad política y el compromiso de los sectores involucrados; la planeación conjunta e integral; la coordinación conceptual y de visión; la participación de actores y sus procesos de reconocimiento; la disponibilidad de recursos humanos y económicos y por último el marco normativo o técnico que respalde los procesos.

Respecto a los factores que la han dificultado, se señalaron los problemas de continuidad en los procesos que se originan con los cambios continuos de personal derivados de la forma de vinculación contractual y la casi nula presencia de mecanismos de seguimiento y evaluación. Esta sistematización también identificó esfuerzos locales para implementar la EES, desde la promulgación de acuerdos normativos hasta la implementación de espacios intersectoriales comités, mesas de trabajo y reuniones (Ministerio de Salud & Instituto PROINAPSA - UIS, 2014).

Tal cual como hemos visto anteriormente con la conceptualización de los modelos de determinantes de la salud, de la definición de la promoción de la salud y de las estrategias escuelas saludables, en Colombia también se han dado sendas reflexiones en términos de las escuelas saludables, la mayoría de ellas a nivel local (municipios, establecimientos educativos, etc.), en este sentido cada ente ha definido como aplicar las políticas y lineamientos de Escuela Saludable, teniendo en cuenta sus condiciones culturales, socioeconómicas, geográficas, endémicas, entre otras (Campos et al., 2012). En todas se ha tenido claro que la salud es un área transversal y que debe estar involucrada en los proyectos educativos institucionales (PEI) para garantizar no solo la sostenibilidad de la EES sino el impacto y la rentabilidad social que estrategias como estas pueden lograr en las sociedades.

### **3.5 LA ESTRATEGIA DE ESCUELAS SALUDABLES EN CALI**

La versión caleña de la EES inicia en forma incipiente en 1998 y desde ese entonces su implementación ha sido liderada por la Secretaria de Salud Pública Municipal. En aquella época se dio inicio a un programa estructurado de atención integral a niños en edad escolar en el marco de los municipios saludables por la paz. De esta manera se inició una estrategia que buscaba la integralidad, incluyendo la PS y la prevención de las enfermedades con el manejo de los riesgos ambientales desde un enfoque de salud integral. En Cali una Escuela Saludable se define como *“el espacio geográfico en donde habita la comunidad educativa, allí se construye y reproduce la cultura, se desarrolla el pensamiento, la afectividad y los comportamientos básicos*

*para producir nuevos conocimientos, buscar alternativas, mejores formas de vivir y relacionarse con su entorno*” (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

Dicho proceso de implementación ha estado compuesto por diferentes fases: 1. Diagnóstico de las necesidades de la comunidad educativa; 2. Creación y fortalecimiento de la Red de Escuelas Saludables; 3. Apoyo en la formulación, desarrollo y evaluación de los planes de acción en las instituciones; 4. Acompañamiento en el alistamiento para certificar cada sede educativa como “Escuela Saludable”; y, 5. Seguimiento y evaluación para el mejoramiento continuo de las acciones realizadas en las sedes educativas

La Estrategia en Cali está compuesta por 3 (tres) líneas de acción que recogen los 6 pilares de Escuelas Promotoras de Salud planteados anteriormente y se resumen a continuación:

- 1. Educación en salud:** Con el propósito principal de contribuir a la construcción de saberes y adquirir habilidades para la toma de decisiones en salud, se trabaja en los ejes temáticos: convivencia en paz, sexualidad sana y responsable, desarrollo de habilidades para la vida. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco, recreación y manejo del tiempo libre, promoción en salud oral, nutrición saludable, educación ambiental. La forma de llevar a cabo la implementación de los anteriores ejes temáticos es a través de la articulación con el Proyecto Educativo Institucional PEI, siendo este un instrumento de gestión, que integra los elementos administrativos y pedagógicos, donde la educación en salud se incorpora al currículum, nutriendo propuestas que se lleven a cabo en cada una de las instituciones educativas. El PEI posibilita garantizar la continuidad de los planes y metas propuestas para alcanzar la apropiación de aprendizajes que desarrollen capacidades y habilidades necesarias dirigidas a mejorar la calidad de vida de la comunidad educativa y su entorno.
- 2. Reorientación de servicios de salud y nutrición:** En este apartado se promueve la protección específica, el sano crecimiento y desarrollo del escolar y la detección temprana de alteraciones en la salud mediante las siguientes acciones: Monitoreo del crecimiento y desarrollo del escolar, vacunación, realización de programas de salud oral, salud visual y auditiva, programas de nutrición y vigilancia nutricional, atención psicológica, atención y canalización de menores víctimas de la violencia.
- 3. Creación de ambientes y entornos saludables:** Identificación y control de factores de riesgo, así como la gestión intersectorial y comunitaria en la resolución de los problemas ambientales, definiendo la competencia que le asiste a las otras dependencias municipales, departamentales y/o nacionales. Los ejes temáticos que se desarrollan en esta línea son: el manejo adecuado de residuos sólidos (al interior y en el entorno del centro educativo), calidad del agua y su uso racional, calidad del aire y escuelas libres de humo, control de vectores, tenencia de animales domésticos, garantía higiénica de restaurantes, tiendas escolares y ventas ambulantes, manejo de

medicamentos, salud ocupacional, planes de seguridad escolar, accidentalidad, educación ambiental) (Alcaldía de Santiago de Cali, 2004).

Para lograr el desarrollo de las tres líneas anteriores hay tres ejes transversales de la Estrategia: La red de escuelas, vigilancia en salud pública y la investigación. En cuando al trabajo en red, es una estructura de participación social conformado por cuatro componentes:

1. El primero de ellos es el grupo gestor integrado por estudiantes, padres de familia, docentes, rector y empleados, este es el núcleo del desarrollo de la Estrategia al interior de cada institución.
2. Los nodos que están conformados por instituciones que tienen acción específica en la comuna o corregimientos, en el confluyen representantes de las escuelas vinculadas a la estrategia y actores interesados en realizar gestión operativa para el logro y mantenimiento de las escuelas como espacios saludables.
3. Comité intersectorial, conformado por instituciones públicas y privadas que tienen programas dirigidos a la población escolar del municipio de Cali, con el fin de lograr un trabajo articulado.
4. El Equipo técnico educación y salud integrado por los actores que participan en los niveles directivos; con el fin de planear, monitorear, evaluar y ajustar las directrices de intervención de la EES en el Municipio de Cali (Gutierrez & Gómez, 2007; Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

La estrategia es implementada por fases de manera gradual y se adapta a los tiempos y avances de cada comunidad educativa, con el acompañamiento de los sectores salud y educación. El progreso se verifica según el logro sostenido de los indicadores enmarcados en los criterios rectores de la estrategia definidos por la Secretaria de Salud de Santiago de Cali. Para contribuir a este proceso se diseñó, validó y se ha aplicado un instrumento de monitoreo que ayuda a conocer los avances, fortalezas y detectar debilidades en las acciones realizadas en cada sede educativa y que se conoce como tipificación. Esta labor, ha consistido en medir el grado de desarrollo de la escuela saludable en el 100% de las sedes de básica primaria públicas del municipio de Santiago de Cali (urbanas y rurales, por medio de la aplicación de un cuestionario y mediante la revisión de archivos y documentos que han dado cuenta del desarrollo de los componentes de la Estrategia en las Escuelas) el proceso de tipificación permite certificar a las escuelas como Escuelas Saludables.

Los componentes para tener en cuenta en la tipificación y los puntajes posibles de cada uno se relacionan a en la siguiente Tabla 5.

Tabla 5. Puntajes tipificación por componente

Componente	No. Preguntas	Valor Pregunta	Puntaje Total Componente
Conocimiento General	5	6,4	32
Educación en Salud	10	6,4	64
Reorientación de Servicios de Salud y Nutrición	12	6,4	76,8
Creación de Ambientes y Entornos Saludables	12	6,4	76,8
Red de Escuelas Saludables	8	6,4	51,2
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>		<b>300</b>

Fuente: Adaptado de *Guía instructiva del proceso de tipificación para el alistamiento de la certificación de las sedes educativas de básica primaria en la estrategia Escuelas Saludables* por Secretaría de Salud Pública de Cali, 2012

Como vemos, el máximo resultado del proceso son 300 puntos, los resultados de la tipificación han permitido a lo largo de la implementación de la estrategia poder categorizar a las escuelas en distintos niveles o fases así:

- **Alistamiento (0-99 puntos):** En este nivel la EES se encuentra implantada, pero su grado de desarrollo ha sido mínimo; por tanto, este nivel no está considerado dentro del proceso de certificación.
- **Básico (100-179 puntos):** En este nivel la estrategia logra un grado más de conocimiento, es decir que se encuentra implantada, estableciéndose un proceso de implementación, sensibilización y desarrollo de proyectos educativos en torno a los lineamientos de la estrategia, lográndose una mayor integración de docentes, escolares, padres de familia; dándose aplicabilidad a las herramientas aportadas por la estrategia en su fase inicial a través de la Secretaria de Salud y posterior integración y liderazgo de la Secretaria de Educación. Para ser certificadas como Escuelas Saludables en nivel básico deben obtener el mayor puntaje estipulado, es decir 179.
- **Medio (180-279 puntos):** En este nivel la estrategia se encuentra implantada e implementada con un grado mayor de compromiso, hay mayor empoderamiento y difusión de esta a toda la comunidad educativa de la sede. En este nivel se formulan y desarrollan proyectos en torno a la EES
- **Superior (280-300 puntos):** La EES se encuentra totalmente implementada e integrada al PEI de la Sede y la Institución Educativa. Existe concertación, ejecución y gestión de proyectos que operativizan la estrategia en sus diferentes Líneas de Acción y Ejes transversales. Se evidencia capacidad resolutoria institucional y empoderamiento de toda la comunidad educativa (Secretaria de Salud Pública de Cali, 2012).

En términos de medición de resultados de la estrategia caleña, además de las aproximaciones que desde la tipificación se ha logrado, para determinar el grado de avance de la misma, la única evaluación que se ha planteado de esta fue en el año 2007 por (Secretaría de Salud Pública de Cali, 2012) en el marco de una evaluación del proceso. En esta se señaló que desde un punto de vista subjetivo se evidencian avances de los coordinadores de la EES. Esta percepción de mejoramiento se hace visible en la articulación de la EES al currículo, así como la inclusión de sus contenidos de forma transversal en las asignaturas, el aprovechamiento de los recursos que ofrece la EES y que las escuelas ya tienen por sí mismas, el reconocimiento de la comunidad de este mejoramiento y la concientización de la salud integral como parte fundamental de la vida por parte de la comunidad educativa (Gutierrez & Gómez, 2007).

Esta evaluación también mostró que existían retos con relación a como aún la EES era percibida y ejecutada como una estrategia de oferta de servicios de promoción y prevención y no como una herramienta articuladora de las iniciativas de bienestar para la población escolar desarrolladas en la ciudad. Respecto a esto se ha señalado que el principal reto es en relación con la desarticulación intersectorial e interinstitucional. En este sentido Gutiérrez & Gómez (2007) indicaron que esta percepción hace que casi exclusivamente la EES sea responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública.

En este orden, también se señalaron otros retos como, la desarticulación interna tanto en el sector salud como en el educativo, la priorizar que se ha hecho de indicadores de cobertura y no de calidad, la superposición de roles, la falta de recursos y sobre todo la poca adaptabilidad de la EES a los contextos. Además se resaltó la limitación de acceso a servicios sólo a los servicios de salud física, la falta de compromiso de las directivas de las escuelas, la sobrecarga de trabajo en los docentes y en general dificultades para la conformación y operación de los grupos gestores (Gutierrez & Gómez, 2007), retos todos que son muy similares a los que se relacionaron en apartados anteriores tanto en las evaluaciones a nivel mundial como las de Colombia.

## **PARTE II. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

## **CAPÍTULO 4. MARCO METODOLÓGICO**

## 4.1 ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO Y FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

Esta investigación responde a una evaluación participativa (EP). Para comprender el alcance de este tipo de investigación deberíamos explorar un poco su relación con el concepto de utilidad, que diversos autores han cuestionado sobre el *¿para qué de las evaluaciones?* o *¿quién las usa o las necesita?* En este sentido Patton (1997) planteó que las evaluaciones deberían ser juzgadas por su utilidad y uso real, así mismo señaló como las personas deberían aplicar los resultados de las evaluaciones en el mundo real pero también que pudieran experimentar el proceso mismo de ellas (Patton, 2003).

En este orden de ideas, la conceptualización de los enfoques participativos en las evaluaciones nace de la promesa de que tales modelos colaborativos pueden mejorar la utilidad de la evaluación, así como lograr cambios sostenibles. La evaluación participativa entonces se define como un enfoque donde las personas capacitadas en métodos de evaluación y lógica trabajan en colaboración con aquellos que no están tan capacitados para implementar actividades de evaluación. Es decir, los miembros de la comunidad de evaluación y los miembros de otras partes interesadas, estos participan en algunas o todas las actividades técnicas y necesarias para producir juicios de mérito y valor, y en general de apoyo para la toma de decisiones (Cousins, 2003). Además las tendencias actuales en evaluación señalan la necesidad de colaboración institucional y la creación de partenariados (Partnership) entre Administraciones públicas y las organizaciones de la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de las iniciativas sociales y educativas (Cousins, 2003).

Por su parte, Brisolará (1998) ha señalado que existe evidencia de que involucrar a los actores previstos en los procesos de evaluación produce un mayor uso de estas. Así mismo muestra cómo la EP se nutrió de diferentes modelos a lo largo de las últimas décadas, el autor menciona la importancia de la democratización en la evaluación (Brisolará, 1998) y en este sentido menciona como la EP se ha influenciado desde modelos de evaluación respondiente de Stake (1975) (citado en Trimillos, 1976); evaluaciones basadas en los interesados de Greene (1988) (Greene, 1988) y Mark y Shotlan (1985) (Mark & Shotland, 1985); el enfoque de Wholey (1987) para el desarrollo de la teoría de programas (Wholey, 1987); la evaluación democrática de McTaggart (1988) y MacDonald (1976) (citado en McTaggart, 1991); la investigación docente de Elliot (1987) (Elliot, 1990) y el enfoque de toma de decisiones de Stufflebeam (1960) (citado en Cabrera, 2011). Modelos todos que han aportado al pluralismo democrático y obvio al espíritu de la evaluación participativa.

Este tipo de evaluaciones reconocen que los programas tienen implicaciones organizativas e institucionales, junto al cambio de actitudes y prácticas, que exigen la participación más intensiva de la comunidad de referencia. El cambio de actitudes entonces implica procesos autor reflexivos y

transformadores. Así pues, las estrategias participativas resultan sumamente esclarecedoras para todos los implicados, por un lado, permiten conectarse con el lenguaje y cultura de los programas, que en algunas ocasiones pueden diferir de la del equipo evaluador, nutriendo estos procesos reflexivos y de evaluación y por el otro lado generan este ambiente reflexivo en las comunidades receptoras sobre las implicaciones de los programas evaluados.

Brisolara (1998) también señala como otra corriente que ha influido es la de la evaluación rural participativa de Chambers (1994-1997), modelo que surgió de una variedad de fuentes, incluida la investigación participativa activista, el análisis agroeconómico, la antropología aplicada, la investigación de campo en sistemas agrícolas y la evaluación rural rápida. El modelo ahora no es solo rural, sino que se ha extendido a zonas urbanas con gran acogida, incluso por agencias internacionales. Tuvo su desarrollo en la década de 1980, específicamente en el interior de proyectos de desarrollo agrícola, a mitad de la década el modelo incluyó métodos de colaboración al solicitar información que era compartida y quedaba como pertenencia de los participantes locales. Pero así mismo, se puede agregar como también han influido a la EP, modelos como la evaluación moralmente comprometida de Schwandt (1991), la investigación de acción crítica y emancipadora de McTaggart (1991) y Noffke (1994), la investigación participativa de Hall (1981) y Jackson (1980) y la investigación de acción colaborativa de Fine y Vanderslice (1992) (Brisolara, 1998).

La EP es una forma de integrar distintas posturas de los actores implicados: esta diversidad de perspectivas sirve como una fuente de legitimación, un medio para incluir sus voces que, dicho sea de paso, a menudo han sido silenciadas o sencillamente han sido voces que no han querido participar de estos procesos porque o no veían claro como poder hacerlo o no lo sentían útil. Si se ve a los participantes como expertos se puede ampliar y enriquecer el debate público a través del intercambio organizado de opiniones diversas de todos los implicados (Plottu & Plottu, 2009). Además este enfoque responde a los principios de inclusión, diálogo y deliberación House (2005); Suárez-Herrera, et al. (2009) (citado en Nuñez, H; Crespo, E; Úcar, X.; Llena, 2014). Así pues, el poder que adquieren los participantes en este tipo de enfoques se engrana a los modelos pluralistas que a su vez responden a las necesidades de los participantes en los programas que se evalúan y de esta manera el proceso hace énfasis sobre los resultados que los participantes consideran más importantes (DeLuca, Poth, & Searle, 2009; Puma, Bennett, Cutforth, Tombari, & Stein, 2009).

Ahora bien, la EP se ha enfrentado a varios debates, entre ellos están los relacionados a si esta metodología promueve la objetividad, el rol del evaluador y el empoderamiento como meta, la calidad técnica, las diferencias de la EP del norte y del sur y la utilidad en general. A continuación, se describen cada uno de estos factores:

- **Objetividad:** Tal vez el señalamiento más frecuente por parte de los críticos de las EP es con relación a sus sesgos por falta de objetividad, en este sentido se señala que este modelo viola un principio básico de la evaluación en general como es abandonar una posición objetiva para deambular por la relatividad. Según Brisolara (1998) los críticos advierten sobre el riesgo que tiene un evaluador de cumplir su misión profesional al entrar en una lógica de inmersión en un cuerpo a cuerpo de diferentes perspectivas en donde hay poco control sobre la autopercepción individual. Este baile puede resultar en narrativas desde diferentes perspectivas: algunas veces informativas, sin lugar a dudas muy interesantes pero que pueden no ser el material que se requiere en el proceso evaluativo (Brisolara, 1998).

Por otra parte están los defensores de la EP, que sugieren que como evaluadores se pueden alejar de los conflictos de valores: los estándares, los intereses, el valor y el mérito son conceptos basados en valores (Greene, 1997). Algunos defensores señalan como requisito el valor de la honestidad en el sentido de que los evaluadores deben tener la capacidad de estar en la neutralidad y así poder proporcionar una comprensión completa de los valores plurales, las creencias y los sistemas de conocimiento de los demás a través de un diálogo y negociación que garantiza que ninguna voz tenga influencia indebida (Thompson, 1989). La honestidad permite precisamente tanto al lector como a las partes interesadas, incluyendo al evaluador, detectar dónde las interpretaciones han sido moldeadas por las agendas o percepciones individuales (Greene, 1996).

- **Rol del evaluador:** El papel de esta figura es variable de acuerdo con los diferentes enfoques de la evaluación participativa que mencionaremos posteriormente. Para el caso de la EP práctica el evaluador tiene un rol clásico respecto a ser un experto técnico, que a menudo sirve como juez final del valor o mérito pero también puede tener la responsabilidad de la calidad técnica sin que eso se traduzca en la tenencia exclusiva de la autoría (Preskill & Torres, 1999). En este sentido, el liderazgo se basa en una visión compartida, se entiende el papel del evaluador como un facilitador del aprendizaje tanto a nivel intra e inter personal como organizacional (Preskill & Torres, 1999). Así mismo, Brisolara señala que un evaluador debe ser capaz de capacitar a los participantes, facilitar grupos y conciliar perspectivas divergentes (Brisolara, 1998). En el caso de la EP transformadora el rol de los evaluadores se relaciona con garantizar que los recursos se puedan compartir y que se valoren las diferentes habilidades. En este sentido, el evaluador se compromete con el proceso como participante, involucrándose de esta manera en actividades dirigidas al cambio o la participación, que de entrada podrían parecer de hecho alejadas de la evaluación misma (Brisolara, 1998). En cualquier caso el rol de evaluador señala una responsabilidad en garantizar la calidad en el método, así como en las actividades (Brisolara, 1998).
- **El empoderamiento:** Generalmente el concepto de EP abarca o incluye el empoderamiento, de hecho, se habla de él como una justificación lógica para implementar este enfoque, pero cabe señalar que no siempre se promueve el empoderamiento. De hecho, entre los que contradicen que

este enfoque evaluativo traiga consigo el empoderamiento lo hacen con el argumento que tal clase de evaluación se confunde incluso con el trabajo social o el desarrollo comunitario, en este orden, los evaluadores que se oponen a esta relación lo hacen defendiendo la postura de que con este tipo de enfoque lo que se promueve es el pluralismo democrático, el diálogo entre los implicados hasta la evaluación como un recurso en si para la mejora. Por otra parte, algunos defensores ven en el empoderamiento un elemento sustancial de su trabajo (Brisolara, 1998), quizás porque parte del propósito del mismo sea generar conciencia sobre lo evaluado y de esta forma detonar procesos transformadores que sean auto sostenibles. Así pues, la participación en la evaluación conduce a un nivel cada vez más fuerte de aproximación a los programas, mayor capacidad de autorreflexión y cambio, cohesión del grupo y una mayor autonomía respecto a asesores externos.

En este orden de ideas, la bibliografía ha mostrado que inicialmente la EP del norte tendía a acercarse más al enfoque práctico de la misma y en este sentido las naciones industrializadas de Europa, Escandinavia, Canadá y EE. UU., han sido más conservadoras en sus modelos con relación a los elementos, el rol del evaluador y la misma acción. En contraposición la EP del sur se relacionaba mucho más al enfoque transformador, este que se ha desarrollado y practicado en los países periféricos en clave de proyectos de desarrollo, programas comunitarios y agrícolas. Así mismo, estos modelos sureños se atrevieron en su momento a adoptar posiciones más radicales sobre métodos y el mismo papel del evaluador (Brisolara, 1998).

Brisolara (1998) también señaló que según Lewin la metodología de investigación participativa tuvo origen en el norte, que de hecho se desarrolló de forma ordenada en las fábricas escandinavas y en los pasillos de las organizaciones y universidades británicas y norteamericanas. Es interesante señalar que los escritos de Lewin ignoran por completo la literatura y sistematización de experiencias del sur (Whyte, 1991). Por su parte los embajadores de la EP del sur se han opuesto a esta premisa y de hecho citan los primeros trabajos en Asia, América Latina y África (Hall, 1992).

Independientemente de si la originalidad de la EP viene del sur o del norte, es necesario señalar que ambos trabajaban bajo circunstancias diferentes. En el caso del norte, se ha señalado que en sus orígenes había más probabilidades de tener recursos materiales, incluyendo mayor acceso a publicaciones académicas. Esta exposición se traduce en legitimidad que a su vez proporciona acceso a los formuladores de políticas, académicos, financiadores y diseñadores de programas. Mientras que en el sur la exposición mediada por la falta de recursos se centraba en las partes interesadas, carentes de poder se podría decir, existía entonces una difusión casi que local en estrecha relación con el desarrollo comunitario. Otra situación a señalar es los requisitos lingüísticos de muchas revistas y espacios académicos propiciaron en su momento que la información se compartiera casi en clave de los norteros con norteros y sureños con sureños (Brisolara, 1998), generando así una endogamia en cuanto al conocimiento.

### 4.1.1 Enfoques de evaluación orientados a la participación en los procesos de acción comunitaria

Ahora bien, en la práctica la EP se ha diferenciado en varios enfoques o corrientes, Brisolara por ejemplo planteó la diferenciación entre la evaluación participativa práctica (EP-P) y la evaluación participativa transformadora (EP-T). En el caso de la EP-P se señala que su objetivo primordial es apoyar la toma de decisiones programáticas u organizativas al dar la oportunidad de participación a las partes implicadas que en su mayor parte es limitada a ciertos aspectos del proceso. Este enfoque es conservador con relación a la dependencia del estatus del evaluador en el sentido de experto en temas. Ha sido ampliamente usada en proyectos comunitarios, entornos industriales, entornos escolares, colaboraciones entre universidades y organizaciones comunitarias o sin ánimo de lucro. Por su parte, la EP-T se enfoca en empoderar a los participantes menos poderosos como una acción clave para impulsar el cambio social. En esta corriente se toma de alguna manera, una postura abiertamente ideológica que busca democratizar la producción y el uso del conocimiento científico. La EP-T tiene sus raíces experimentales en América Latina y África de los años sesenta y setenta, mientras que la EP-P tiene su origen en EE.UU., Canadá y el Reino Unido (Brisolara, 1998).

Estas dos grandes vertientes se han abierto mucho más con el paso del tiempo, pero siguen manteniendo como aspecto fundamental el grado de control del evaluador externo. En términos prácticos, en el caso de la primera corriente su propósito se centra en mejorar e incrementar los resultados de la evaluación, en la que el investigador tiene más control. La literatura ha señalado que ésta se puede presentar en forma de *evaluación colaborativa* y la *evaluación participativa práctica* como tal. La segunda tendencia se presenta en forma de la *evaluación participativa transformadora* y la *evaluación para el empoderamiento*. En esta se apuesta por el cambio, el empoderamiento y la transformación de los participantes y las comunidades, con menos control por parte de los evaluadores externos (Nuñez et al., 2014).

Para efectos de esta tesis, como ya se mencionó, se planteó un modelo de *evaluación participativa práctica* para obtener los resultados de la implementación y evaluación de la Estrategia de Escuelas Saludables ESS en Cali con la participación de la comunidad, pero con un grado de control mínimo por parte del investigador. Con esta clase de enfoque se busca que los evaluadores trabajen en colaboración con los miembros de la comunidad, buscando la diversidad de los interesados y sus roles para la creación de conocimientos compartidos en el marco de la implementación de un programa, pero también del consenso en las decisiones que se deriven de la evaluación. Así pues, el objetivo primordial de este enfoque práctico de la EP es conseguir que los resultados de la evaluación sean más representativos, relevantes y transferibles (Brisolara, 1998; Cousins & Whitmore, 1998; Harnar, 2012; Wharton & Alexander, 2013).

Este enfoque se basan en el entendimiento de que el contexto es importante y de que cualquier proyecto evaluativo de esta clase debe diseñarse y desarrollarse en colaboración y con base a las necesidades de información e intereses de las personas interesadas (Cousins, Whitmore, & Shulha, 2013; Shulha, Whitmore, Cousins, Gilbert, & al Hudib, 2016). En este sentido, este enfoque se planteó para profundizar en el proceso de evaluación y así estar en capacidad de documentar los elementos relacionados a la implementación, así como los resultados que ha tenido la puesta en marcha de esta iniciativa en Cali con la participación de los miembros de la comunidad escolar. Este modelo como vemos, da valor a la voz de los implicados con el objetivo práctico de aportar a la resolución de problemas grupales, una asociación equilibrada entre el evaluador y las partes interesadas y sobre todo de ser insumo para la toma de decisiones programáticas (Cousins & Whitmore, 1998; Smits & Champagne, 2008; Wharton & Alexander, 2013).

Las estrategias de escuelas saludables como hemos visto señalan como uno de sus componentes los vínculos comunitarios, así mismo, la promoción de la salud también se sustenta en la participación de los individuos para la toma de decisiones saludables. En este orden de ideas, se ha hecho evidente que para poder aproximarse a una evaluación integral de este tipo de estrategias debíamos contar con la vinculación de los distintos actores que se ven involucrados en su implementación y que a su vez se benefician de la misma. El papel que desempeñan los actores en estrategias con beneficio comunitario como ésta, es relevante, ya que sitúa a las personas en el centro de los procesos que promueven y generan el desarrollo de las comunidades, en este caso apuntando a la construcción de su propia salud (Nuñez et al., 2014). Así pues, al darles paso a los miembros de la comunidad en el proceso mismo de evaluación de este tipo de iniciativas estamos legitimando que hacen parte integral de la misma y con esto estaríamos contribuyendo a la apropiación de esta desde la construcción de credibilidad y apropiación de lo que la estrategia pretende implantar en la escuela y la comunidad, elementos constitutivos del valor público que este tipo de intervenciones proporcionan a la sociedad. Por último, la vinculación de este tipo de actores fortalece el diseño, mejora la recogida de datos y por ende mejora la utilidad de la evaluación.

Es precisamente en relación con la utilidad de este tipo de enfoques participativos en las evaluaciones donde se materializa el valor público, ya que por un lado abrir la puerta de la participación propicia una distribución más equitativa del poder, pero también permite una mayor visibilidad de las necesidades sociales (CEPAL, 2007). Algunas ventajas de la participación en la evaluación son:

- *Facilitar el diálogo entre los ciudadanos y sus organizaciones con la administración de turno:* En este tema particular, esta investigación ha propiciado precisamente que la Secretaría de Salud Pública de Cali le dé aún más valor a la voz no solo de las personas de la comunidad que han participado en el proceso de esta investigación, sino de la comunidad en la estrategia misma. Pero también, la misma comunidad ha agradecido que se tenga en cuenta en un proceso reflexivo como lo fue esta investigación.

- *Otorgar mayor transparencia al sistema político y agilizar la consideración de los problemas relevantes:* Sin lugar a duda, permitir esta apertura evaluativa con individuos de la comunidad propicia la configuración de la confianza, elemento sustancial del valor público como hemos mencionado con anterioridad.
- *Facilitar la expresión de la diversidad social:* La estrategia como tal involucra actores diversos, en este sentido era importante darle valor a la visión que sobre la EES han tenido desde los diferentes roles.

Por otro lado, a esta altura es necesario señalar que la evaluación se efectuó desde un enfoque cualitativo. La investigación cualitativa tiene como propósito explorar los fenómenos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural con sus diferentes subjetividades y en relación con su contexto para poder así comprenderlos. “El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” (Sampieri, Fernández, & Baptistas, 2014). Pero examinar estas percepciones y elementos relacionados a la implementación de la EES también tiene una implicación con relación a la finalidad última de esta investigación, en este caso comprender mejor lo relacionado al proceso de implementación debe traducirse en mejoras sustanciales a esta estrategia local, pero también a la política nacional como tal.

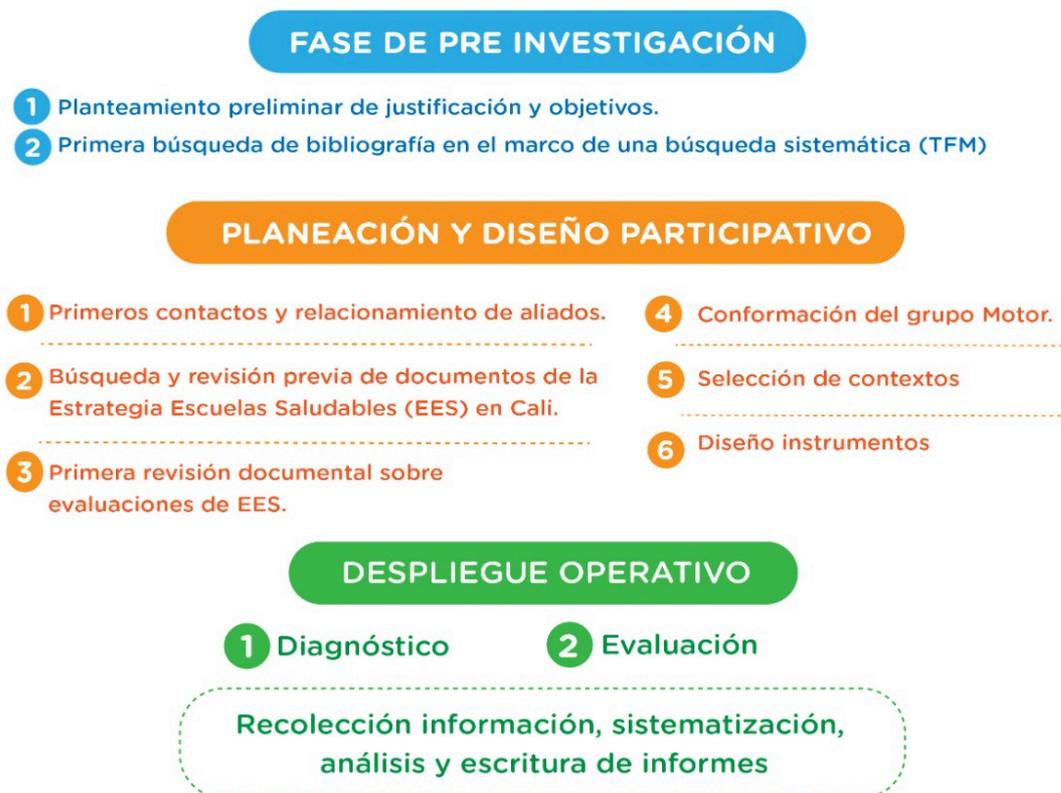
Así pues, podemos considerar que esta investigación se relaciona tangencialmente también al modelo orientado a la toma de decisiones, en este sentido Mateo (2000) (citado en Cabrera, 2011), considera que la evaluación no es solo un proceso continuo, sino que además, la información que se recoge se hace con el propósito de orientar las decisiones. Un modelo orientado a la toma de decisiones tiene como ventaja según ICOLPE (1979) (citado en Cabrera, 2011), que presta una función de servicio a los administradores y a los tomadores de decisiones, permite además que la evaluación se pueda hacer en cualquier momento de su implementación y por último es sensible a la retroalimentación.

## 4.2 FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se planteó en tres fases diferenciadas, la primera de pre investigación, un segundo momento de planeación y por último la fase del despliegue operativo, análisis y escritura (Gráfico 7).

La fase de pre investigación incluye cuestiones que se enmarcan en las reflexiones e inquietudes investigativas durante el desarrollo del Master de Intervenciones Sociales y Educativas. En esta fase se plantearon versiones preliminares de la justificación y objetivos de la investigación posterior, así como una primera revisión búsqueda bibliográfica que se enmarcó en el Trabajo de Final de Master titulado “Enfoque evaluativo en las estrategias de escuelas promotoras de la salud - revisión sistemática-“ que se completó con una revisión en profundidad en el marco del doctorado.

Gráfico 7. Fases de la investigación



La fase de planeación y diseño participativo incluyó los primeros contactos o relacionamiento de aliados en el contexto caleño, en especial con las personas de la institucionalidad que tenían para ese momento acceso al conocimiento local del desarrollo e implementación de la EES, se hizo una primera búsqueda y lectura de documentos previos sobre la estrategia caleña, así como una primera revisión documental sobre evaluaciones de estas estrategias en Colombia. En esta fase además se conformó el grupo motor y en el marco de este se seleccionaron los contextos en donde haría la investigación, así como el diseño de instrumentos para recoger información.

Por último, la fase del despliegue operativo se dio en dos grandes momentos, el primero de ellos orientado al diagnóstico y la caracterización de las escuelas y un segundo momento de evaluación, ambos fueron transversalizados por acciones de recolección, sistematización y análisis de la información, por último, escritura de informes.

### 4.3 GRUPO MOTOR (GM)

Como se señala en el anterior apartado las fases de esta investigación no distan mucho de las de otras investigaciones, sin embargo, la diferencia de esta es que ha tenido un carácter participativo, sobre todo en actividades de diagnóstico, acceso, aproximación a contextos y análisis de hallazgos. Esta lógica participativa se materializó en la creación de un grupo motor que entre otras cosas facilitó la lectura del

entorno y el acceso a los mismos. La literatura ha mostrado que la presencia de un individuo o grupo de personas identificables que se preocupan personalmente por la evaluación y los resultados que genera, se traduce en mejoras de la utilidad y apropiación final de la evaluación. Así pues, es más probable que los usuarios usen evaluaciones si comprenden y se sienten dueños del proceso y los hallazgos, en este sentido son más propensos a entender y sentir propiedad si han estado involucrados activamente (Patton, 2003). En el caso de un GM, su objetivo primordial en el marco de un proceso de EP es dinamizar y co liderar el proceso de evaluación.

Siguiendo los planteamientos de Planas (2014), el GM de esta investigación tuvo un mayor influencia en los primeros momentos del proceso, ya que facilitó el acceso a las comunidades y perfeccionó el reconocimiento de las mismas, su influencia pasó a tener una menor implicación durante la etapa de recolección de información y se volvió a activar cuando se comenzaron a consolidar datos y en los momentos de cierres y reflexiones colectivas (Planas, 2014). La vinculación de este grupo de actores fue fundamental ya que como señala Patton (1997), de este proceso hicieron parte personas que desde cada uno de sus roles mostraron gran interés no solo por el proceso evaluativo, sino también por como los resultados de esta permitirían mejoras en la implementación de la estrategia. En términos particulares la referente técnica de la EES manifestó en varias oportunidades que los hallazgos de esta investigación le permitirán hacer los ajustes que la estrategia amerita y sobre todo tener más y mejores argumentos para defender este tipo de ajustes ante la Administración pública.

El GM que se planteó para evaluar la EES en Cali estuvo conformado por 8 miembros que respondieron a los siguientes perfiles:

1. El referente técnico de la EES por parte de la Secretaría de Salud de Cali
2. El referente técnico de la EES por parte de la Secretaría de Educación de Cali
3. Un representante de las instituciones educativas de nivel directivo
4. Un representante de los profesores
5. Dos representantes de los padres de familia
6. Un profesional o técnico operativo de la estrategia en las escuelas
7. El investigador principal

Frente a su conformación inicial se pudo observar que estuvo constante respecto a todos los miembros menos el del rol del representante de las instituciones de nivel directivo ya que por cuestiones de traslado laboral se debió reemplazar. Como se mencionó en relación con la intencionalidad de la conformación de este GM, una de las principales actividades y decisiones que se tomaron en el marco de este grupo fue precisamente la selección de los contextos en los cuales se desarrollaría esta investigación. En este sentido, se trabajó con una muestra intencional no probabilística, donde se definieron unos criterios claros para la selección de las escuelas que participarían. Es importante señalar que cuando se habla de diseño muestral en un estudio de tipo cualitativo, las selecciones muestrales no están encaminadas a tener

representación estadística (Valles, 1999). Así pues, en esta investigación cualitativa se determinó la selección de la muestra en razón a permitir el desarrollo de conceptos con los que se lograra entender mejor el significado de los factores asociados a la implementación de la Estrategia de Escuelas Saludables de Cali. En razón con lo anterior, no se trató por tanto de elegir una muestra representativa con un número determinado de participantes necesarios para cumplir con exigencias probabilísticas de representatividad.

El diseño muestral de este estudio cualitativo se definió entonces con un diseño de casos múltiples (Gómez, Flores, & García, 1999) entendiendo como casos a las sedes de las escuelas seleccionadas en las cuales se aplicaron las diferentes técnicas de recolección de información. Esta identificación y utilización de varias escuelas nos permitió estudiar la realidad que se deseaba explorar, describir y explicar. Así mismo, el término “caso” es entendido en un amplio espectro en el marco de los objetos de estudio. En este sentido, un caso puede ser desde una organización, una persona, un grupo de personas, procesos o sistemas de información (Cepeda, 2006). Dado el universo de las 91 instituciones educativas de Cali con sus 266 sedes (escuelas) y entendiendo la particularidad en la que cada sede ha podido hacer adaptaciones de la EES, era necesario acotar a un número factible de escuelas en las cuales se pudiera aplicar este estudio, es así como se planteó la selección de escuelas que fueron la unidad de análisis de esta investigación.

Los criterios que se tuvieron en cuenta desde el GM para la selección de estos contextos o escuelas se establecieron bajo los siguientes 4 supuestos:

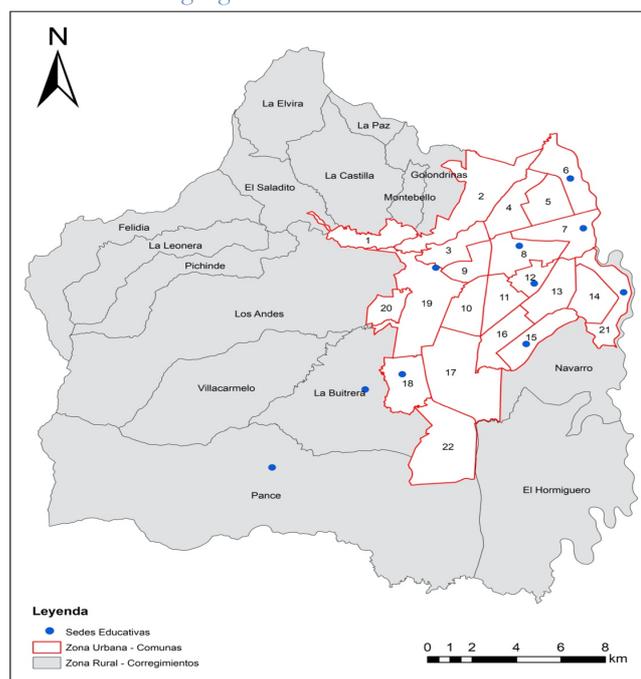
- a. **Alcance:** es el número de estudiantes matriculados por cada sede, para este criterio se señaló que nos concentraríamos en las instituciones que tuvieran mayor numero, en este sentido se determinó que para el caso de las escuelas urbanas se tendrían en cuenta aquellas con igual o mayor a 600 estudiantes, en el caso de la zona rural fue igual o mayor a 300.
- b. **Territorial:** son las cinco zonas de la ciudad: ladera, norte, rural, centro y oriente.
- c. **Factibilidad:** El número total de sedes que se alcanzarían a procesar durante el desarrollo de este estudio serian de dos por cada una de las zonas.
- d. **Enfoque apreciativo o de buenas prácticas:** las sedes educativas con el resultado de la tipificación en nivel medio o superior sostenido desde el 2013 al 2017.

De acuerdo con los criterios definidos y descritos anteriormente, en el marco del GM se validaron y seleccionaron en total diez (10) escuelas que se relacionan en la siguiente tabla y que se observan territorialmente en el Gráfico 8.

Tabla 6. Sedes educativas incluidas en la investigación.

	Zona	Comuna	Escuelas	Estudiantes
1	Ladera	18	Juan Pablo II	698
2	Ladera	19	La Gran Colombia	672
3	Norte	6	Jorge Eliecer Gaitán	1092
4	Norte	6	San Luís	815
5	Centro	12	Fray José Ignacio Ortíz	751
6	Centro	8	Gabriel Montaña	703
7	Oriente	21	San Felipe	1388
8	Oriente	15	José Ramón Bejarano	1185
9	Rural	R	República Santo Domingo	399
10	Rural	R	Ntra. Señora de las Lajas	387

Gráfico 8. Ubicación geográfica.



Fuente: Adaptado de *Cartografía IDESC* por Secretaría de Salud Pública de Cali, 2019

## 4.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas de recolección de información que se usaron en el desarrollo de la presente investigación se plantearon de acuerdo con la necesidad de resolver cada uno de los dos objetivos generales y sus objetivos específicos. En este orden se relacionan de forma general en las tablas 7 y 11 las técnicas dispuestas con relación a las cuestiones para resolver en cada objetivo.

### 4.4.1 Técnicas de recolección de información para el objetivo general No. 1

Para el desarrollo del objetivo general No. 1 “*Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables en Cali*”, así como los respectivos objetivos específicos:

- 1.1 Detallar en qué medida se han implementado los lineamientos que el país ha establecido para este asunto en Cali

- 1.2 Describir las adaptaciones locales a los lineamientos nacionales
- 1.3 Identificar los documentos de centro que han institucionalizado la estrategia de Escuelas Saludables en Cali
- 1.4 Caracterizar las Escuelas Saludables en Cali

Tabla 7. Técnicas de recolección de información en el objetivo general No. 1

<b>Ob. General 1: Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables (ES) en Cali</b>					
<b>It.</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Cuestiones de Evaluación</b>	<b>Información a obtener</b>	<b>Técnicas de recogida</b>	<b>Fuentes de información</b>
1.1	Detallar en qué medida se han implementado los lineamientos que el país ha establecido para este asunto en Santiago de Cali	¿La estrategia ES de Cali ha usado los parámetros nacionales para su implementación? ¿Cali ha desarrollado documentos propios que den fe de su implementación?	+ Lineamientos locales (Cali) y nacionales sobre Escuelas Saludables	1. Analisis documental 2. Entrevista semi estructurada 5. Entrevista en profundidad	1. Documentos técnicos/conceptuales sobre la estrategia (locales y nacionales) 2. Referentes técnicos ES en Secretaría de Salud y Educación 5. Referente técnico ES en Secretaría de Salud de Cali
1.2	Describir que tipo de adaptaciones se han hecho al aplicar los lineamientos nacionales	¿Qué adaptaciones se le han hecho a los lineamientos?	+ Lineamientos y documentos conceptuales de EPS para Cali	1. Analisis documental 2. Entrevista semi estructurada 5. Entrevista en profundidad	1. Documentos técnicos/conceptuales sobre la estrategia (locales y nacionales) 2. Referentes técnicos ES en Secretaría de Salud y Educación 5. Referente técnico ES en Secretaría de Salud de Cali
1.3	Identificar los documentos de centro que han institucionalizado la estrategia de ES en Cali	¿Con que instrumentos de política pública o institucionales locales se ha garantizado el ejercicio la estrategia de ES en las escuelas de Cali?	+ Instrumentos de política pública donde se incluye la estrategia (planes de acción, normatividad)	1. Analisis documental 2. Entrevista semi estructurada 5. Entrevista en profundidad	1. Planes y/o proyectos educativos 2. Referentes técnicos ES en Secretaría de Salud y Educación 5. Referente técnico ES en Secretaría de Salud de Cali
1.4	Caracterizar las Escuelas Saludables en Cali	¿Qué diferencias existen entre las ES que implementan las estrategias? ¿Las ES en Cali se pueden categorizar de alguna forma?	+ Información general sobre las escuelas receptoras de la estrategia ES en Cali	1. Analisis documental	1. Documentos técnicos/conceptuales sobre la estrategia (locales y nacionales)

Se recolectó la información a través del análisis documental y la entrevista semi estructurada, la información fue complementada posteriormente con la recolectada en los grupos de discusión y la entrevista en profundidad que se le aplicó al mismo referente de le EES a la que se le hizo inicialmente la entrevista semiestructurada. A continuación, se relaciona con mayor detalle la estructuración de cada técnica de recolección de información en relación con este objetivo general.

### Análisis documental

El análisis documental es una técnica que incluye la revisión, selección y análisis de documentos, los cuales pueden encontrarse en papel o en medio electrónico, es un conjunto de operaciones intelectuales, que buscan describir y representar los documentos de forma unificada y sistemática para facilitar su recuperación. Comprende el procesamiento analítico-sintético que, a su vez, incluye la descripción bibliográfica y general de la fuente, la clasificación, indización, anotación, extracción, traducción y la confección de reseña (Dulzaides & Molina, 2004).

De acuerdo con LeCompte y Schensul (2013); Rafaeli y Pratt (2012); Van Maanen (2011); y Zemliansky (2008) en Sampieri (2014), los documentos son una muy valiosa fuente de datos en la investigación cualitativa, estos nos pueden ayudar a entender el fenómeno central de estudio. En este caso, prácticamente la mayoría de las organizaciones y personas producen documentos que le sirven al investigador a conocer los antecedentes de una cuestión, así como detalles de su funcionamiento (Sampieri et al., 2014). Para efectos de esta investigación, este análisis se realizó con el propósito de conocer las definiciones y avances en términos de la política pública nacional de Escuelas Saludables, la estrategia municipal trazada y su correspondencia y armonización de estos documentos con los documentos de centro que hayan adaptado esta estrategia en las instituciones.

Los pasos para la recolección y sistematización de información relacionada al análisis documental fueron los siguientes:

- a. Para la búsqueda de la información se hizo por medio del Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social, usando términos claves como *Escuelas Saludables en Colombia* y *Escuelas Promotoras de Salud en Colombia*, de esta forma se accedió al conjunto de documentos institucionales relacionados a la estrategia que estaban ahí depositados, en segundo lugar se solicitaron a la referente de la EES los documentos locales (de ciudad y de instituciones) que hicieran referencia a la estrategia.
- b. Inventario de información: En una matriz en Excel se registró la documentación disponible en una estructura con las siguientes columnas: autor, fecha, título, objetivo, conceptos/ideas claves, resumen o conclusiones, dimensión y categorías.
- c. Revisión y selección de documentos: De acuerdo con la calidad de la información, se numeraron los documentos en la matriz construida, asignando el número 1 al que cuenta con información más relevante.
- d. Lectura a profundidad: Se leyeron a profundidad en orden según el número asignado todos los documentos disponibles y se consignó en la matriz los conceptos claves
- e. Además de la organización en Excel también se introdujeron los documentos al Atlas Ti en donde quedaron integrados con las demás fuentes de información producto de las diferentes técnicas.
- f. Categorización de acuerdo con los objetivos específicos que se relacionaban con esta técnica.

Producto de la búsqueda de documentos relevantes para este análisis documental se tuvieron en cuenta los siguientes: Lineamientos Nacionales para la aplicación y el desarrollo de la estrategia de entornos saludables: Escuela y vivienda saludables (2006); la Guía de acción conjunta de Escuelas saludables y Estilos de vida saludable (2012); Lineamientos Nacionales de Entornos (2016) el documento de Escuela Saludable: la alegría de vivir en paz entre otros. Los documentos del contexto caleño que se tuvieron en cuenta fueron la Cartilla de Lineamientos de Escuelas Saludables, los Proyectos Educativos

Institucionales (PEI) de las diez sedes seleccionadas, los diarios de campo que se hicieron en el marco del proceso de tipificación para el año 2019 y los datos históricos del proceso de tipificación de la estrategia.

Esta técnica usada para obtener información se planteó, como mencionamos anteriormente para resolver no solo el objetivo general No. 1, sino también el No. 2 como se observa en la 11. Respecto al objetivo general de “*Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables en Cali*”, este análisis documental se estructuró en tres dimensiones: i. lineamientos generales, ii. adaptaciones locales y reconocimiento de EES y iii. implementación y tipificación (tabla 8).

Tabla 8. Técnica de análisis documental en la resolución del objetivo general No. 1

ANÁLISIS DOCUMENTAL			
Ob. General	Ob. Específicos	Cuestiones a resolver	Dimensiones
1. Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables (ES) en Cali	1.1 Detallar en qué medida se han implementado los lineamientos que el país ha establecido para este asunto en Santiago de Cali	¿En que medida la estrategia ES de Cali ha adaptado los parametros nacionales sobre ES?	Lineamientos generales
	1.2 Describir que tipo de adaptaciones se han hecho al aplicar los lineamientos nacionales	¿Qué tan diferentes son las escuelas en Cali en relación a su implementación?	Adaptaciones locales y reconocimiento de EES
	1.3 Identificar los documentos de centro que han institucionalizado la estrategia de EPS en Santiago de Cali	¿Con que documentos institucionales se implementa la estrategia ES?	Implementación y tipificación
	1.4 Caracterizar las Escuelas Saludables en Cali		

Para el objetivo específico “*caracterizar las Escuelas Saludables en Cali*” se usó la información histórica del proceso de tipificación que se encuentra relacionada en archivos de Excel, en este sentido en específico se hizo uso de la estadística descriptiva de los datos ahí consignados, en especial la distribución de frecuencias, el manejo adicional que se le dio a esta información fue la consolidación de algunas tablas y gráficos para explicar mejor lo observado.

### Entrevista semi estructurada y en profundidad

La entrevista es una técnica de recolección de información que se caracteriza por ser una conversación formal entre un entrevistador y la persona participante de la investigación y en el diálogo producido se hace una mezcla de conversación y preguntas insertadas (Dulzaides & Molina, 2004). En el caso de las semi estructuradas, estas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información, mientras que las entrevistas abiertas se sustentan en un guion general de contenido en donde quien hace las preguntas tiene toda la flexibilidad para manejarla (Sampieri et al., 2014).

Con relación al primer objetivo general de “*Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables en Cali*”, esta técnica se implementó para resolver cuestiones como saber si en Cali se habían desarrollado

documentos propios, conocer cómo se han interpretado los lineamientos nacionales y cuales documentos macro se han tenido en cuenta.

Respecto a esta investigación, la entrevista semi estructurada se aplicó a referentes técnicos de procesos relacionados a la estrategia, en total se realizaron tres entrevistas: una a la referente técnica de la EES por parte de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, otra a la referente técnica de la estrategia pero por parte de la Secretaria de Educación Municipal y por último al referente técnico del proyecto de hábitos y estilos de vida saludables que se implementa desde la Secretaría de Salud. En cuanto a la entrevista en profundidad, esta se aplicó únicamente a la referente técnica de la EES de la Secretaría de Salud ya que después de realizar la semi estructurada se identificó que podía aportar más información sobre todo en relación con el proceso histórico de implementación. Este tipo de entrevistas tienen la intencionalidad principal de re construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro, sigue el modelo de plática entre iguales pero esta vez con menos estructura (Robles, 2011), con esta entrevista se pretendió rescatar los aspectos más relevantes y trascendentes del proceso de implementación desde la voz de la persona referente de la estrategia en la ciudad.

Tabla 9. Técnica de entrevista semi estructurada en la resolución del objetivo general No. 1.

ENTREVISTA			
Ob. General	Ob. Específicos	Cuestiones a resolver	Dimensiones
1. Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables en Cali	1.1 Detallar en qué medida se han implementado los lineamientos que el país ha establecido para este asunto en Santiago de Cali	¿La estrategia ES de Cali ha usado los parametros nacionales para su implementación?	Implementación y tipificación
	1.2 Identificar que tipo de adaptaciones se han hecho al aplicar los lineamientos nacionales	¿Cali ha desarrollado documentos propios que den fe de su implementación? ¿Qué adaptaciones se le han hecho a los lineamientos?	Adaptaciones locales y reconocimiento de EES

En lo que respecta al primer objetivo general “*Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables en Cali*” y como vemos en la anterior tabla, la entrevista semi estructurada se conforma por dos dimensiones: i. Implementación y tipificación, ii. Adaptaciones locales y reconocimiento de EES. En el caso de la entrevista en profundidad estas dimensiones fueron las mismas, la variación se dio en la construcción de guías de preguntas, en el caso de la semi estructura y como su nombre lo indica, había una guía más específica de preguntas, mientras que para la entrevista en profundidad las preguntas iniciales fueron pocas, orientadas al proceso histórico de la implementación, de las respuestas dadas se fueron planteando algunas preguntas más.

#### 4.4.2 Técnicas de recolección de información para el objetivo general No. 2

Para el desarrollo del objetivo general número No. 2 “*Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali*”, así como los respectivos objetivos específicos:

- 2.1 Determinar qué elementos han facilitado el proceso de desarrollo de la EES en Cali.

- 2.2 Describir qué elementos han dificultado el proceso de desarrollo de la EES en Cali.
- 2.3 Determinar el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas del desarrollo de la EES, los padres de familia, alumnos y comunidad local en Santiago de Cali.
- 2.4 Detallar las herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Santiago de Cali y cómo estas se han nutrido de la participación de distintos actores.
- 2.5 Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre cómo la estrategia ha impactado su vida.

Si bien se recolectó la información a través de las mismas técnicas relacionadas al objetivo general No. 1 (Tabla 7), como lo son el análisis documental, la entrevista semiestructurada y los grupos de discusión, emergió la necesidad de adaptar una técnica que permitiera conocer la percepción de otro actor clave de la comunidad escolar como lo son los estudiantes, a esta técnica se le denominó cartel parlante, sobre la misma hablaremos más adelante.

Tabla 10. Técnicas de recolección de información en el objetivo general No. 2.

Ob. General 2: Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables (ES) desde la perspectiva de diferentes actores en Cali					
It.	Objetivos Específicos	Cuestiones de Evaluación	Información a obtener	Técnicas de recogida	Fuentes de información
2.1	Determinar los elementos que han facilitado el proceso de desarrollo de la estrategias de Escuelas Saludables	¿Qué elementos locales han impactado de manera positiva la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los distintos actores?	+ Factores locales que han facilitado el proceso de implementación y desarrollos de ES en Cali	2. Entrevista semi estructurada 3. Grupos de discusión 5. Entrevista en profundidad	2. Referentes técnicos ES en Secretaria de Salud y Educación 3. Padres de familia, docentes, profesionales técnicos ES 5. Referente técnico ES en Secretaria de Salud de Cali
2.2	Describir los elementos que han dificultado el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables	¿Qué elementos locales han impactado de manera negativa la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los diferentes actores?	+ Factores locales que han dificultado el proceso de implementación y desarrollos de ES en Cali		
2.3	Determinar el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas de la puesta en marcha de las estrategias los padres de familia, alumnos y comunidad local en Santiago de Cali	¿En la implementación de ES en Cali han participado actores de la comunidad educativa? ¿De que manera se ha incluido a la comunidad educativa en las distintas fases de la implementación de ES en Cali?	+ Actores que participan + Clase y grado de participación identificada	3. Grupos de discusión 4. Cartel Parlante	3. Padres de familia, docentes, profesionales técnicos ES 4. Alumnos
2.4	Detallar las herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Santiago de Cali y como estas se han nutrido de la participación de distintos actores	¿Qué recursos o herramientas pedagógicas se han desarrollado en Cali sobre ES? ¿De que manera en el diseño de estas herramientas han participado los diferentes actores?	+ Recursos pedagógicos desarrollados en Cali sobre ES	1. Analisis documental 2. Entrevista semi estructurada 5. Entrevista en profundidad	1. Documentos tecnicos de ES en Cali 2. Referentes técnicos ES en Secretaria de Salud y Educación 5. Referente técnico ES en Secretaria de Salud de Cali
2.5	Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida	¿Qué percepción tienen los distintos actores sobre la implementación de ES en Cali? ¿Consideran los distintos actores que a la puesta en marcha de ES se le puede atribuir algun resultado de salud en su comunidad?	+ Percepción de utilidad + Cambios comportamentales detectados + Cambios en ambiente físico y social detectados	3. Grupos de discusión 4. Cartel Parlante 5. Entrevista a profundidad referente ES SSPM	3. Padres de familia, docentes, profesionales técnicos ES 4. Alumnos 5. Referente técnico ES en Secretaria de Salud de Cali

## Análisis documental

Respecto al segundo objetivo general, esta técnica permitió resolver cuestiones relacionadas a conocer que herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Cali sobre Escuelas Saludables y si en estas participan los diferentes actores. En este sentido se tuvieron a consideración tanto la Cartilla de Lineamientos de la EES de Cali como los Proyectos Educativos Institucionales de las diez sedes. Como

se puede observar en la siguiente tabla No. 12, para resolver este segundo objetivo general está técnica se estructuró en una sola dimensión llamada “adaptaciones locales y reconocimiento de EES”.

Tabla 11. Técnica de análisis documental para la resolución del objetivo general No. 2.

ANÁLISIS DOCUMENTAL			
Ob. General	Ob. Específicos	Cuestiones a resolver	Dimensiones
2. Evaluar el proceso de desarrollo de EPS desde la perspectiva de diferentes actores en Cali	2.4 Detallar las herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Santiago de Cali y como estas se han nutrido de la participación de distintos actores	¿Qué recursos o herramientas pedagógicas se han desarrollado en Cali sobre ES?	Adaptaciones locales y reconocimiento de EES

### Grupos de discusión

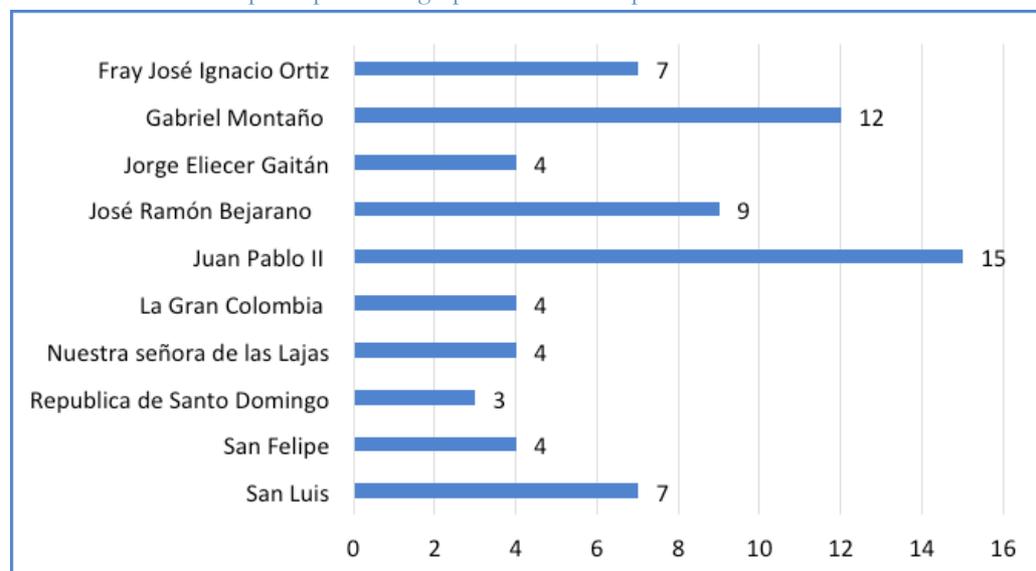
Los grupos de discusión son un grupo de dialogo donde se lleva a cabo una confrontación de opiniones y de ideas para posteriormente llegar a conclusiones (Sampieri et al., 2014), Morgan (2008) y Barbour (2007) (citados en Arboleda, 2008) señalan que más allá de hacer la misma pregunta a varios participantes, su objetivo es generar y analizar la interacción ente ellos y cómo se construyen grupalmente significados. Sampieri (2014) también hace referencia a que, en relación con el tamaño de los grupos, este varía dependiendo del tema: de tres a cinco personas cuando se expresan emociones profundas o temas complejos y de seis a 10 participantes si las cuestiones giran en torno a cuestiones más cotidianas.

En esta técnica, la unidad de análisis es el grupo, es decir lo que este exprese y construya, el centro de atención es la narrativa colectiva Ellis (2008) (citado en Sampieri et al., 2014), a diferencia de las entrevistas, en las que se busca explorar detalladamente las narrativas individuales. En este dialogo colectivo se deben realizar preguntas orientadoras, para el caso de esta investigación se contó con un instrumento de preguntas estructuradas que daban cuenta de las cuestiones a resolver en los objetivos específicos que se relacionaban a esta técnica. En total se realizaron once grupos de discusión, uno en cada una de las diez instituciones educativas que participaron en el estudio, y uno con las profesionales encargadas de implementar la EES.

Como está consignado en las tabla del objetivo general 2 (Tabla 11), para esta técnica se tuvieron en cuenta las personas que habitualmente participan de los grupos gestores que están conformados en cada escuela, en ellos se cuenta con la participación de algún miembro en representación de los padres de familia y de profesores y se complementó con las profesionales técnicas de la EES que tenían asignado la sede educativa en la distribución habitual de asistencia técnica. Su participación estuvo condicionada a la respuesta a la convocatoria y a condiciones geográficas, por ejemplo, las dos sedes de la zona rural tuvieron muy poca participación precisamente por condiciones de dispersión poblacional. Contrario a ello hubo otros grupos de discusión con más participación de la convocada, específicamente de padres de familia.

La duración de los grupos de discusión fue entre 45 a 60 minutos. Todas las sesiones fueron transcritas textualmente a Word, y se les realizó control de calidad para verificar que la transcripción se hubiere hecho de manera correcta. La participación en estos grupos por sede educativa se puede observar en el siguiente gráfico.

Gráfico 9. Número de participantes en grupos de discusión por sede



Esta técnica de grupos de discusión permitió resolver aspectos relacionados a determinar qué elementos locales han facilitado y obstaculizado el proceso de desarrollo de esta estrategia, así como comprender que actores de la comunidad escolar participan en esta implementación y cómo lo hacen, pero también conocer si la comunidad escolar atribuye resultados de salud y comportamiento a la implementación de esta. Como se mencionó anteriormente se realizaron 11 grupos de discusión, uno por cada una de las diez escuelas seleccionadas, en estos grupos participaron padres de familia, profesores y las profesionales técnicas de la estrategia. Así mismo se realizó un grupo de discusión solo del grupo de profesionales técnicas de la EES.

Como vemos a continuación (Tabla 13), esta técnica con relación a este segundo objetivo general se estructuró en cuatro dimensiones: i. factores facilitadores, ii. factores obstructores, iii. participación de actores y iv. percepción de beneficios de la estrategia Escuelas Saludables.

Tabla 12. Técnica de grupos de discusión para resolución de objetivo general No. 2

GRUPOS DE DISCUSIÓN			
Ob. General	Ob. Especificos	Cuestiones a resolver	Dimensiones
2. Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali	2.1 Determinar los elementos que han facilitado el proceso de desarrollo de la estrategia de Escuelas Saludables	¿Qué elementos locales han impactado de manera positiva la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los distintos actores?	Factores facilitadores
	2.2 Determinar los elementos que han dificultado el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables	¿Qué elementos locales han impactado de manera negativa la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los diferentes actores?	Factores obstructores
	2.3 Determinar el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas de la puesta en marcha de las estrategias los padres, alumnos y comunidad local de Cali	¿En la implementación de ES en Cali han participado actores de la comunidad educativa (padres, alumnos, comunidad en general)? ¿De que manera se ha incluido a la comunidad educativa en las distintas fases de la implementación de ES en Cali?	Participación de actores
	2.4 Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida	¿Qué percepción tienen los distintos actores sobre la implementación de ES en Cali? ¿Consideran los distintos actores que la puesta en marcha de ES se le puede atribuir algún resultado de salud en su comunidad?	Percepción de beneficios de la EES

### Entrevista semi estructurada y en profundidad

La entrevista semi estructurada respecto al segundo objetivo general permitió obtener información respecto a reconocer que recursos y herramientas se han desarrollado en el nivel local y conocer si en estos desarrollos han participado miembros de la comunidad escolar de alguna forma, así mismo los informantes de esta técnica que son los referentes de la estrategia tanto de la Secretaría de Salud como de la de Educación en las entrevistas realizadas, pudieron aportar información valiosa en relación con la percepción de la comunidad escolar en términos de beneficios de esta estrategia, por último esta técnica permitió conocer de voz de estos referentes los elementos que a su juicio han facilitado y obstaculizado el desarrollo de la estrategia de Escuelas Saludables en Cali. Así pues, en lo que respecta al segundo objetivo general de esta investigación, la entrevista se estructuró en cinco dimensiones: i. factores facilitadores, ii. factores obstructores, iii. adaptaciones locales y reconocimiento, iv. participación de actores y v. percepción de beneficios de la EES (Tabla 14). En el caso de la entrevista en profundidad, esta buscó obtener un poco más de información específicamente sobre las categorías de factores facilitadores, factores obstructores y participación de actores.

Tabla 13. Técnica de entrevista para resolución de objetivo general No. 2.

ENTREVISTA			
Ob. General	Ob. Específicos	Cuestiones a resolver	Dimensiones
2. Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali	2.1 Determinar los elementos que han facilitado el proceso de desarrollo de la estrategia de ES	¿Qué elementos locales han impactado de manera positiva la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los distintos actores?	Factores facilitadores
	2.2 Determinar los elementos que han dificultado el proceso de desarrollo de ES	¿Qué elementos locales han impactado de manera negativa la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los diferentes actores?	Factores obstructores
	2.3 Identificar los documentos de centro que han institucionalizado la estrategia de EPS en Santiago de Cali	¿Con que instrumentos de política pública o institucionales locales se ha garantizado el ejercicio la estrategia de ES en las escuelas de Cali?	Adaptaciones locales y reconocimiento
	2.4 Detallar las herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Santiago de Cali y como estas se han nutrido de la participación de distintos actores	¿Qué recursos o herramientas pedagógicas se han desarrollado en Cali sobre ES? ¿En el diseño de estas participan diferentes actores de la CE? ¿de que manera?	Participación de actores
	2.5 Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida	¿Consideran los distintos actores que a la puesta en marcha de ES se le puede atribuir algún resultado de salud en su comunidad?	Percepción beneficios EES

### Cartel parlante

Por último y de acuerdo a lo mencionado anteriormente, esta investigación requería darle voz a los estudiantes como un actor clave de la comunidad escolar, en especial en relación con el objetivo general No. 2 “*Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables (ES) desde la perspectiva de diferentes actores en Cali*”, esta técnica permitió conocer si los alumnos participan de las cuestiones relacionadas con la estrategia y de qué manera lo hacían, así mismo conocer si los estudiantes perciben algún beneficio de ésta en sus vidas o como han apropiado estos conocimientos en términos de hábitos y estilos de vida.

El Cartel Parlante, es una adaptación de los grupos de discusión que se basa en el análisis a partir de la experiencia de los estudiantes, por tanto, el conocimiento se sustenta desde el relacionamiento del investigador con los individuos, en este caso los estudiantes de 5° grado de escuela básica primaria (9 años en promedio), a partir de la observación de comportamientos naturales. Como se mencionó, esta técnica parte del espíritu de los grupos de discusión, pero se cimienta en la construcción colectiva de conclusiones reflexivas con una fase previa de reflexión individual. Con ambas fases combinadas (individual y colectiva), se descubren los puntos de vista y argumentos que un colectivo de personas tiene sobre temas específicos, también genera la construcción de conclusiones razonadas por los estudiantes, pero en un contexto colectivo, considerando los acuerdos, desacuerdos y las divergencias de pensamiento.

La diferencia con los grupos de discusión es que en un primer momento los estudiantes tenían un espacio individual de resolución de cuestiones a través de una guía de preguntas solo para leer que posteriormente llevaban al grupo para ser discutidas. Con esta fase inicial lo que se buscaba era que los estudiantes tuvieran ese espacio íntimo previo en el que pudieran hacer su propia reflexión, para que de esta forma se nivelara la discusión grupal. Este planteamiento se sustentó en que tal vez no todos los niños participarían a la misma velocidad y hubiéramos podido enfrentarnos a que algunos no participaran o lo hicieran menos que otros. La fase colectiva por su parte se hizo mediante dibujos o imágenes prediseñadas que los

niños ubicaban sobre un cartel o sobre la pizarra de su salón, por medio de ella hacían sus reflexiones como grupo en una presentación magistral. La información se recolectó en una matriz de Excel en donde se desagregaban las dimensiones generales y categorías y sobre ellas se consignaban las conclusiones grupales en relación con cada ítem. Es preciso señalar que la unidad de análisis de esta técnica era el grupo.

El cartel parlante se puede fundamentar en la teoría de las ciencias sociales denominada *interaccionismo simbólico*, podemos encontrar múltiples exponentes de esta teoría, pero retomaremos algunos postulados de Herbert Blumer (1982), quien plantea tres elementos fundamentales a ser retomados en esta estrategia; reconoce que: i. el ser humano conduce sus actos hacia el medio y las cosas de acuerdo con el significado que estas tienen para él, ii. estos significados se dan de acuerdo con la interacción social que establece con las personas y iii. los significados se mantienen o transforman a partir de la interpretación que éste hace en el devenir de su cotidianidad (Sampieri et al., 2014). Esto implica que el significado como tal es un producto social y que se modifica permanentemente mediante la interacción y en la propia situación de interacción (Blumer, 1982).

La interacción simbólica, se refiere a un proceso en que se construyen significados por medio de símbolos, a través de las interacciones simbólicas se capta información y se forman ideas, el sujeto puede entender su propia experiencia y la de los demás, se puede compartir los sentimientos y conocer los de los demás. Para el tema que nos ocupa, era necesario que con la técnica usada con los estudiantes se pudieran resolver dos grandes cuestiones, por un lado, queríamos saber sobre los conocimientos que los estudiantes tenían sobre la EES y su participación en ella y por otro lado pretendíamos resolver como ésta era apropiada y que percepciones tenían del beneficio en su propia vida.

Como se puede observar (Tabla 15), el cartel parlante se estructuró en tres dimensiones: i. adaptaciones locales y reconocimiento de la EES, ii. participación de actores y iii. percepción de beneficios de la estrategia de Escuelas Saludables.

La selección de estudiantes participantes la hizo directamente el docente a cargo del grupo siguiendo los criterios de: antecedente de participación en las actividades de la EES y habilidades comunicativas. Esta selección por parte de los docentes nos permitió que los estudiantes participantes además de conocer previamente de los temas que se tratarían tuvieran esa habilidad para expresar las ideas ya que por la edad hubiera sido difícil recoger de ellos la información requerida.

Tabla 14. Técnica de cartel parlante para resolución de objetivo No. 2.

CARTEL PARLANTE			
Ob. General	Ob. Específicos	Cuestiones a resolver	Dimensiones
2. Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali	2.3 Determinar el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas de la puesta en marcha de las estrategias los padres, alumnos y comunidad local en Cali	¿Qué significa que una escuela sea saludable? ¿De que manera han participado los estudiantes en la implementación de ES en Cali?	Adaptaciones locales y reconocimiento de EES  Participación de actores
	2.5 Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida	¿Qué percepción tienen los estudiantes sobre la implementación de ES en Cali? ¿Consideran los estudiantes que a la puesta en marcha de ES se le puede atribuir algún resultado de salud? ¿Están a gusto con su escuela?	Percepción de beneficios de la EES

Se realizó una sesión de cartel parlante en cada una de las 10 escuelas de esta investigación, estas jornadas se llevaron a cabo entre 5 y 8 estudiantes por cada sede, en total participaron 65 estudiantes, la participación por sede se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla 15. Participación de estudiantes en Cartel Parlante

Escuelas	No. Estudiantes
1 Juan Pablo II	7
2 La Gran Colombia	6
3 Jorge Eliecer Gaitán	8
4 San Luís	6
5 Fray José Ignacio Ortíz	6
6 Gabriel Montaña	6
7 República Santo Domingo	5
8 Ntra. Señora de las Lajas	5
9 San Felipe	8
10 José Ramón Bejarano	8
<b>Total</b>	<b>65</b>

#### 4.5 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de esta investigación parte de la corriente teórica alrededor del *Interaccionismo Simbólico*, tal cual como lo mencionamos en la presentación de las técnicas, esto implica que el significado como tal es un resultado social y que este se modifica constantemente por medio de la interacción y en la propia situación de interacción de los sujetos (Blumer, 1982). En esta corriente el individuo no es solo una expresión, es algo así como una representación de sí mismo que se construye y se descubre por medio del lenguaje, este, dicho sea de paso, no es producto de la invención del sujeto, sino que es producto de un

contexto social en específico. Es ese orden, el postulado metodológico de Blumer (1966), es que si bien el individuo es un ser social y el espíritu un producto de la sociedad, es imposible explicar su accionar exclusivamente a partir de los roles y normas definidas en la sociedad, así pues, cada individuo termina interpretando y construyendo cognitivamente el mundo que lo rodea y actúa en consecuencia con la definición que da de una determinada situación (Carabaña & Lamo, 1978).

Dicho lo anterior, esta investigación y el análisis en ella, debe reconocer que la identidad de los informantes se ha construido a través de la interacción y que esta siempre es simbólica, o sea, que siempre tiene un significado. Así pues, la identidad de los individuos está siempre conectada con los significados que circulan en un grupo social, depende de la situación y de los lugares que ocupa cada individuo en ese grupo. En tal sentido, el lenguaje no es solo el instrumento que representa la realidad, sino que es una forma de expresar posiciones, intenciones, actitudes incluso los objetivos del hablante, así pues, el lenguaje es también un acto social y una forma de construir esa realidad (Guzmán, n.d.).

Ya como método analítico esta investigación ha usado el análisis de datos cualitativos precisamente como una herramienta para comprender la intención de los informantes en el contexto, se entiende por este tipo de análisis el proceso mediante el cual se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones (Spradley, 1980). En síntesis, en este tipo de análisis se reciben los datos no estructurados y el investigador le proporciona una estructura.

Los datos que se analizan son diversos, Sampieri (2014) relaciona que se recibe información de datos visuales (fotos, videos, pinturas, etc.), textos escritos, grabaciones, observaciones y narraciones del investigador y de los participantes, pero también expresiones verbales y no verbales como gestos. Así mismo, se relaciona que los propósitos de este tipo de análisis son: 1) explorar los datos, 2) organizar los datos en unidades y categorías (darles estructura), 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; 4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos para ser interpretados explicados en relación al problema; 5) comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, 6) reconstruir hechos e historias, 7) vincular los resultados con el conocimiento disponible y 8) generar una teoría fundamentada en los datos (Sampieri et al., 2014).

Este tipo de análisis se caracteriza por su forma cíclica y circular, a diferencia de la lineal que adopta el análisis de datos cuantitativos. Así pues, por medio de este proceso circular, el investigador, casi sin percatarse empieza a encontrar que las categorías se duplican, pero también que no contemplan aspectos relevantes. Son estas crisis las que obligan al investigador a empezar nuevos ciclos de revisión, hasta conseguir un marco de categorización que explique los fenómenos y resuelva las cuestiones planteadas. Esto evidentemente no sería viable bajo modelos de trabajo lineal en los que no fuese posible acceder

nuevamente al campo a recoger más datos, o bien, volver a revisar los textos bajo nuevos criterios de codificación (Rodríguez, Lorenzo, & Herrera, 2005).

El análisis como tal, inició con la transcripción de la información recolectada en las entrevistas, grupos de discusión y en este caso también con los carteles parlantes. Tal como lo describe la teoría, de estas transcripciones se seleccionaron o extrajeron unidades o categorías de un contexto determinado, a las cuales el investigador codifica (Bardin, 1996), categorizar entonces se define en poner nombre y definir unidades de análisis. Este proceso se puede desarrollar de dos maneras. La primera de ellas es la categorización deductiva o apriorística, en esta las categorías se derivan de los marcos teóricos y de las preguntas de investigación y la segunda es la categorización inductiva o emergente, en esta las unidades de análisis emergen de los datos con base en patrones recurrentes.

Las categorías como tal son conceptos que se derivan de los datos, en este caso de los obtenidos mediante los grupos de discusión, las entrevistas, los documentos y los carteles parlantes, los datos aquí recolectados terminan representando fenómenos, estos son ideas analíticas pertinentes que emergen de nuestros datos, responden a las preguntas que nos hemos planteado y describen los problemas, asuntos y temas pertinentes que son objeto de estudio (Strauss & Corbin, 2002).

La teoría ha señalado que una vez se definen las categorías de análisis se ha sugerido asignarles códigos que faciliten el manejo de la información, estos códigos pueden ser desde numéricos (letras o símbolos) hasta términos cortos (Varguillas, 2006). Strauss & Corbin (2002) han sugerido que el nombre escogido para estas categorías parece ser por lo general el que mejor describe lo que sucede, así pues, el nombre debe ser lo bastante gráfico para que le evoque rápidamente al investigador su referente. Con las categorías definidas se analizan los datos de forma simultánea para desarrollar conceptos (Marín, Hernández, & Flores, 2016) y de esta forma se resuelven las cuestiones planteadas para el desarrollo de la investigación.

En lo que respecta a esta investigación, la unidad hermenéutica está compuesta por 40 documentos primarios discriminados así: 4 de entrevistas, 11 de grupos de discusión, 10 de carteles parlantes y 15 del análisis documental, de los cuales diez son los documentos de los Proyectos Educativos Institucionales y cuatro más son documentos técnicos o conceptuales sobre la estrategia de Escuelas Saludables. Así mismo la información analizada se encuentra estructurada en 7 dimensiones y 32 categorías entre predefinidas y emergentes, de toda esta información se pudieron sustraer en total 1312 citas que se usaron para dar estructura a los hallazgos de esta investigación, para más información se puede consultar los anexos (Anexo 1).

El procesamiento de la información se hizo por medio de ATLAS-Ti, ya que este software permite trabajar de forma ordenada con una gran variedad de información, incluyendo textos, datos gráficos, sonoros y audiovisuales. En este sentido una manifestación grupal o social, un aula de clase o cualquier otro espectáculo, pudo ser categorizado en su totalidad o en sus partes más importantes y así ser tenido en cuenta en todo el proceso de estructuración de resultados (Varguillas, 2006).

#### 4.5.1 Dimensiones de análisis y categorías predefinidas y emergentes

Como se mencionó unos párrafos atrás, el análisis en esta investigación partió de unas dimensiones definidas de acuerdo con el marco teórico revisado y también a las cuestiones a resolver, cada dimensión incluyó unas categorías planteadas previamente, sin embargo, durante la lectura y análisis de la información recolectada emergieron datos relevantes para el desarrollo de esta investigación que no se integraban a la estructura previamente definida. Esto quiere decir que en términos prácticos la estructura de las dimensiones se conservó, pero emergieron nuevas categorías durante el análisis. En este apartado se relacionarán las categorías emergentes en clave de cada una de las técnicas de recolección de información que se utilizaron en el desarrollo de esta investigación.

El análisis documental como se ha señalado permitió resolver cuestiones adscritas tanto al objetivo general No.1, como al No. 2, para este último específicamente lo relacionado a la categoría de herramientas pedagógicas. Como se mencionó, en el diseño inicial de las técnicas se consideraron unas categorías predefinidas (P) que se complementaron con algunas que emergieron (E) durante este análisis. Así pues, en el caso de esta técnica como se relaciona (Tabla 17), no emergió ninguna categoría.

Tabla 16. Categorías predefinidas y emergentes en el análisis documental.

ANÁLISIS DOCUMENTAL				
Dimensiones	Categorías	P	E	Definiciones
<b>Lineamientos generales</b>	Objetivos	X		Objetivos planteados en este tipo de estrategias
	Componentes de ES	X		Componentes o líneas de trabajo en las que se presenta la estructura de la ES
	Actores	X		Actores o sectores que participan en la estrategia
<b>Adaptaciones locales y reconocimiento de EES</b>	Adaptaciones municipales	X		Descripción de las adaptaciones locales en Cali que se han hecho de lo señalado a nivel nacional
	Documentos institucionales	X		Relación de documentos al interior de las escuelas en donde se ha o se debería gestionar la EES
	Herramientas pedagógicas	X		Herramientas planteadas y/o desarrolladas para implementar la EES
<b>Implementación y tipificación</b>	Nivel de implementación	X		Las escuelas en Cali se ubican en niveles de implementación de acuerdo a su evolución: superior, medio y bajo

En el caso de los grupos de discusión y como se señaló con anterioridad, el análisis en esta investigación se hizo desde el enfoque del análisis de datos cualitativos como en la mayoría de esta investigación. De esta forma se logró recoger la confrontación de puntos de vista entre los participantes de esta técnica que

permitió a su vez formar y concretar sus posturas o evolucionar en sus planteamientos, es así como las opiniones de los informantes no son producto de posturas aisladas sino que son el resultado de la interacción con otros sujetos (García, Rodríguez, & Gil, 1994).

En el caso particular de esta técnica el diseño original se estructuró en cuatro dimensiones, para la dimensión de participación de actores no emergieron categorías, sin embargo, para las tres dimensiones restantes emergieron entre dos y tres categorías adicionales como se relaciona (Tabla 18). La dimensión en la que se registró el mayor número de categorías emergentes fue de factores obstructores, en donde inicialmente se habían considerado solo seis categorías y emergieron tres más como: i. falta de acompañamiento, ii. deficiencia del entorno y iii. intervenciones desarticuladas. Así mismo, en la dimensión de factores facilitadores emergió una categoría denominada “personal técnico comprometido”.

Tabla 17. Categorías predefinidas y emergentes en grupos de discusión

GRUPOS DE DISCUSIÓN				
Dimensiones	Categorías	P	E	Definiciones
<b>Factores facilitadores</b>	Voluntad política	X		Identificación de cuanto la voluntad de los que toman decisiones respalda la implementación de la EES
	Procesos formativos	X		Identificación de actividades de capacitación continua a diferentes actores
	Participación de actores	X		Incidencia de la participación en el desarrollo de la EES
	Incorporación de temas en PEI	X		Descripción de cómo se incorporan temas de la EES en los documentos institucionales
	Trabajo en red	X		Identificación de la organización de las escuelas en redes y el producto de estas formas organizativas
	Tipificación	X		Proceso por el que Cali a hecho monitoreo y seguimiento anual a las escuelas
	Personal técnico comprometido		X	Identificación de roles técnicos que se señalan como comprometidos con la EES: Profesores, funcionarios municipales
<b>Factores obstructores</b>	Fallas intersectoriales	X		Identificación de vacíos de otros sectores diferentes a salud y educación que pueden incidir en este tipo de estrategia
	Intervenciones desarticuladas		X	Identificación de cómo diferentes actores tanto de otros sectores como del mismo sector salud llegan a la escuela con intervenciones que no se articulan con la EES
	Condiciones laborales	X		Identificación de cuestiones relacionadas a las condiciones en las que trabajan las personas que acompañan la implementación de la EES
	Recursos escasos	X		Identificación de cómo recursos (humanos y financieros) para la implementación son escasos en los diferentes contextos
	Comprensión limitada de alcance de ES	X		Cuando los actores relacionan la EES con cuestiones específicas pero no en lógica integral de la misma o no relacionan sus efectos ampliados
	Baja participación	X		Implicaciones de la baja participación de actores en el desarrollo de la EES
	Falta de acompañamiento		X	Relación de la falta de acompañamiento a las escuelas por parte del equipo técnico para el desarrollo de actividades
	Deficiencias del entorno		X	Descripción de cómo las carencias del ambiente físico de las escuelas y el entorno afecta la implementación
<b>Participación de actores</b>	Calidad de participación	X		Descripción de la cualificación de la participación de actores
	Dificultades para participar	X		Descripción de las cuestiones que hace difícil que los actores participen
<b>Percepción de beneficios de la EES</b>	Salud física	X		Descripción de aspectos relacionados a la salud física de los escolares que se impactan con la implementación
	Convivencia	X		Descripción de aspectos relacionados al ambiente psicosocial de las escuelas (incidentes que lo afectan, mecanismos para gestionarlos)
	Impacto hábitos y estilos de vida	X		Cuestiones identificadas en la implementación que tienen impacto en los hábitos y estilos de vida de los actores
	Utilidad de la EESy otros beneficios	X		Identificación de cómo esta estrategia ha sido útil en la voz de estudiantes, familias, profesores y técnicos

Las entrevistas por su parte recibieron el mismo trato descrito para los grupos de discusión, su aplicación fue grabada por medio del teléfono móvil y posteriormente se realizaron las transcripciones de estas. Las

preguntas orientadoras usadas tanto en la entrevista como en los grupos de discusión se consignaron en los instrumentos que se diseñaron para tal fin (ver anexos 4 y 5).

En el caso de las entrevistas, estas se estructuraron en 6 dimensiones que a su vez incluyeron 25 categorías predefinidas, sin embargo, en el análisis de la unidad hermenéutica emergieron 4 más, una de ellas adscrita a la dimensión de factores facilitadores que se denominó “personal técnico comprometido”, a la dimensión de factores obstructores se incorporaron tres categorías más así: i. falta de acompañamiento, ii. deficiencias del entorno e intervenciones desarticuladas (Tabla 19).

Tabla 18. Categorías apriorísticas y emergentes en entrevistas.

ENTREVISTA				
Dimensiones	Categorías	P	E	Definiciones
<b>Implementación y tipificación</b>	Objetivos	X		Objetivos planteados en este tipo de estrategias
	Componentes de la ES	X		Componentes o líneas de trabajo en las que se presenta la estructura de la ES
	Actores	X		Actores o sectores que se participan en la estrategia
<b>Factores facilitadores</b>	Voluntad política	X		Identificación de cuanto la voluntad de los que toman decisiones respalda la implementación de la EES
	Procesos formativos	X		Identificación de actividades de capacitación continua a diferentes actores
	Participación de actores	X		Incidencia de la participación en el desarrollo de la EES
	Incorporación de temas en PEI	X		Descripción de cómo se incorporan temas de la EES en los documentos institucionales
	Trabajo en red	X		Identificación de la organización de las escuelas en redes y el producto de estas formas organizativas
	Tipificación	X		El ejercicio de seguimiento continuo como herramienta para la reflexión y el mejoramiento
	Personal técnico comprometido		X	Identificación de roles técnicos que se señalan como comprometidos con la EES: Profesores, funcionarios municipales
<b>Factores obstructores</b>	Fallas intersectoriales	X		Identificación de vacíos de otros sectores diferentes a salud y educación que pueden incidir en este tipo de estrategia
	Intervenciones desarticuladas		X	Identificación de cómo diferentes actores tanto de otros sectores como del mismo sector salud llegan a la escuela con intervenciones que no se articulan con la EES
	Condiciones laborales	X		Identificación de cuestiones relacionadas a las condiciones en las que trabajan las personas que acompañan la implementación de la EES
	Recursos escasos	X		Identificación de cómo recursos (humanos y financieros) para la implementación son escasos en los diferentes contextos
	Comprensión limitada de alcance de ES	X		Cuando los actores relacionan la EES con cuestiones específicas pero no en lógica integral de la misma o no relacionan sus efectos ampliados
	Baja participación	X		Implicaciones de la baja participación de actores en el desarrollo de la EES
	Falta de acompañamiento		X	Relación de la falta de acompañamiento a las escuelas por parte del equipo técnico para el desarrollo de actividades
Deficiencias del entorno		X	Descripción de cómo las carencias del ambiente físico de las escuelas y el entorno afecta la implementación	
<b>Adaptaciones locales y reconocimiento</b>	Adaptaciones municipales	X		Descripción de las adaptaciones locales en Cali que se han hecho de lo señalado a nivel nacional
	Documentos institucionales	X		Relación de documentos al interior de las escuelas en donde se ha o se debería gestionar la EES
	Herramientas pedagógicas	X		Herramientas planteadas y/o desarrolladas para implementar la EES
	Reconocimiento de EES	X		Como entienden los actores la estrategia de ES
<b>Participación de actores</b>	Calidad de participación	X		Descripción de la cualificación de la participación de actores
	Dificultades para participar	X		Descripción de las cuestiones que hace difícil que los actores participen
<b>Percepción beneficios EES</b>	Salud física	X		Descripción de aspectos relacionados a la salud física de los escolares que se impactan con la implementación
	Convivencia	X		Descripción de aspectos relacionados al ambiente psicosocial de las escuelas (incidentes que lo afectan, mecanismos para gestionarlos)
	Impacto hábitos y estilos de vida	X		Cuestiones identificadas en la implementación que tienen impacto en los hábitos y estilos de vida de los actores
	Utilidad de la EESy otros beneficios	X		Identificación de cómo esta estrategia ha sido útil en la voz de estudiantes, familias, profesores y técnicos

Por último, se menciona la forma de sistematización de la información y el análisis de la técnica denominada cartel parlante. A la información recolectada por medio de esta técnica se le dio el mismo tratamiento descrito párrafos atrás con relación al análisis de datos cualitativos que se sintetiza en que la información recaudada fue sistematizada en matrices de Excel que posteriormente fueron transformadas a formato PDF, así se pudo incorporar esta información a los documentos primarios que se analizaron en el ATLAS Ti. El conjunto dimensiones y categorías consideradas para el cartel parlante respondieron a los objetivos que se debían desarrollar con esta técnica y las cuestiones a resolver por parte de esta. Esta técnica estuvo compuesta por tres dimensiones y ocho categorías.

Tabla 19. Categorías de análisis de cartel parlante

CARTEL PARLANTE				
Dimensiones	Categorías	P	E	Definiciones
Adaptaciones locales y reconocimiento de EES	Reconocimiento de EES	X		Como entienden los actores la estrategia de ES
	Motivación de participación		X	Identificación de las razones por las que los actores participan durante la implementación de la EES
Participación de actores	Calidad de participación	X		Descripción de la cualificación de la participación de actores
	Salud física		X	Descripción de aspectos relacionados a la salud física de los escolares que se impactan con la implementación
	Convivencia		X	Descripción de aspectos relacionados al ambiente psicosocial de las escuelas (incidentes que lo afectan, mecanismos para gestionarlos)
Percepción de beneficios de la EES	Impacto en hábitos y estilos de vida		X	Cuestiones identificadas en la implementación que impacta en los hábitos y estilos de vida de los actores
	Gusto por la escuela		X	Identificación de si la escuela les gusta a los escolares (aspectos físicos y/o psicosociales)
	Utilidad de la EESy otros beneficios		X	Identificación de cómo esta estrategia ha sido útil en la voz de estudiantes, familias, profesores y técnicos

## 4.6 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Se han señalado que hay algunas confusiones en relación con los criterios de rigor científico en la investigación naturalista (Scott, 1991), ya que se ha dicho erróneamente que las investigaciones experimentales o de laboratorio son más rigurosas que las de naturaleza cualitativa. Sin embargo un conjunto de autores coinciden que en el ámbito cualitativo también hay rigurosidad científica (Brisolará, 1998; Chambers, 1997). En este orden de ideas Castillo (2003) y Guba (1981), de forma reiterativa han planteado que uno de los aspectos a tener en cuenta respecto al rigor, es lo relacionado al investigador, ya que este se considera el recurso fundamental de credibilidad (Scott, 1991), la credibilidad entonces vendría a ser una habilidad particular de los investigadores que les permite seguir la pista del modo en que otro autor llegó a afirmar determinado resultado, basados en la revisión de los registros y la documentación pertinente, la que a su vez ha de contar con óptimos estándares de claridad y orden (Erazo, 2011).

Desde el rol del investigador, el punto crucial es la credibilidad, esta se relaciona con el valor de la verdad de la investigación, planteada no desde la objetividad “positivista”, sino desde el consenso comunicativo entre los actores implicados. Aunque algunos autores consideran que la credibilidad no tiene sentido cuando se parte de un conocimiento subjetivo, otros piensan que el rol del investigador ha de ir

encaminado a conseguirla. Así pues, los procedimientos que se han de poner en marcha, como la explicitación de la recogida de datos o la ilustración de los datos con ejemplos específicos, tienen como objetivo conseguir la aceptabilidad de los resultados. En ese orden de ideas, también se ha planteado que la credibilidad se logra cuando los sujetos informantes otorgan reconocimiento a las deducciones que los investigadores han hecho de sus aportes. Por lo tanto, para que un estudio sea creíble en ese sentido, quienes participan en la aportación de datos deben ser consultados una vez que las conclusiones han sido elaboradas o estén en ese proceso, y si los informantes validan dicho resultado, sólo entonces puede calificarse como creíble un proceso investigativo (Cádiz, 2016; Castillo & Vásquez, 2003; Erazo, 2011).

La investigación planteada giró en torno a la participación de los distintos actores de la comunidad escolar, en las distintas fases, pero sobre todo en esa discusión de hallazgos al interior del grupo motor para precisamente ser contrastados y de esta discusión se puedan dirimir dudas y nutrir las discusiones finales. Creemos que de esta manera estamos garantizando la credibilidad de este tipo de investigaciones y su sostenibilidad en el tiempo.

En la tarea de definir la credibilidad de la investigación cualitativa Guba (1981), estableció que existen criterios para juzgar la rigurosidad científica de una investigación: la consistencia, el valor de verdad, la neutralidad y su aplicabilidad. En cada uno de ellos, el componente central de evaluación es una aproximación al "auto enjuiciamiento" del rigor en la aplicación de los procedimientos, lo que daría cuenta del carácter altamente reflexivo en la investigación (Guba, 1981).

En este contexto, por valor de verdad se refiere a cómo establecer confianza en la verdad de los descubrimientos, a lo cual se responde con la contrastación de las creencias e interpretaciones del investigador, con las creencias e interpretaciones de otras fuentes. Entre estas últimas, las más importantes son las de los participantes, a las que se accede mediante la prolongación del tiempo de contacto, la observación continua, la triangulación, la recopilación de material referencial y comprobaciones entre los participantes, para concluir con una corroboración estructural, en la que se provoca la contrastación de los hallazgos con los participantes. En este sentido, esta investigación le apostó a recoger la voz de todos los implicados en una estrategia como la de ES, que de por sí tiene una concepción comunitaria e integral que obligaba a entender las distintas subjetividades que en ella confluían, el diseño metodológico de esta evaluación le apostó a esa aproximación mediante una serie de técnicas y métodos que nos permitieron acercarnos a esa verdad (Guba, 1981).

En cuanto a la aplicabilidad o transferibilidad de los resultados a otros contextos se asocia no a la generalización -como es entendida en el marco positivista- sino a la formulación de hipótesis de trabajo que puedan transferirse a otros contextos similares. Para ello, el recurso más importante es la descripción detallada de los contextos en que se generaron los resultados, específicamente como explicitar el tipo de muestreo. La consistencia en la investigación cualitativa, por su parte, señala más una característica de

dependencia que de estabilidad. Como tal, abarca los elementos de estabilidad de los datos y la rastreabilidad de éstos, proceso en el cual, el componente descriptivo de las condiciones en que éstos se generan, el perfeccionamiento de las fuentes y la verificación con los participantes es un factor clave para su adecuada interpretación (Erazo, 2011). La estrategia de EPS ha considerado algunos indicadores para su éxito que pretendemos reconsiderar con esta evaluación, así mismo el modelo diseñado debía ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los distintos contextos teniendo en cuenta la diversidad en la que se implementaba dicha estrategia. De esta manera consideramos que los hallazgos de este estudio, derivados de un modelo evaluativo específico para la ciudad de Cali, Colombia podrían ser replicados bajo la lógica de adaptar el modelo a las particularidades de cada territorio donde hubiera interés de implementarlo.

Por su parte la neutralidad es entendida como el intento de que los resultados no estén influidos por las motivaciones, intereses e inclinaciones del investigador, la aborda mediante la confirmabilidad de los datos producidos, recurriendo a la triangulación, la reflexión epistemológica y la verificación misma a la luz de la evidencia relacionada a la implementación de dicha estrategia. Esta confirmabilidad no debe confundirse con la llamada “neutralidad científica” libre de valores, sino que se debe mantener en la aspiración ética de mostrar los posibles sesgos del investigador en todo el proceso. Así pues, los procedimientos para obtener confirmabilidad irían sobre todo orientados a conseguir explicar el posicionamiento de quien investiga.

Por último, se señala la dependencia, también llamada consistencia, esta hace referencia a la estabilidad de los datos. Este es uno de los criterios de mayor controversia entre los investigadores/as cualitativos, ya que el logro de la estabilidad es imposible cuando se estudian contextos reales y por tanto irrepetibles. Los procedimientos para asegurar la consistencia ayudarían en cualquier caso a conseguir una “menor inestabilidad” de los “datos”.

## **4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos de la Universidad de Barcelona respecto a las buenas prácticas, la confidencialidad y la privacidad de la información. Así mismo se les informó a todos los participantes antes de su vinculación sobre la finalidad de la investigación y sobre la voluntariedad de su participación y se hizo uso de los consentimientos informados respectivos para tal caso.

Teniendo en cuenta los planteamientos de Noreña et al., (2012) donde se señala que los seres humanos deben ser tratados como un fin en sí mismos y nunca como un medio para conseguir algo y en ese orden de ideas teniendo en cuenta el propósito final de esta investigación que es producir mejoras sustanciales en la Estrategia de Escuelas Saludables. Es preciso señalar que la vinculación de actores en este proceso se

entiende como el ejercicio pleno de tener en cuenta y valorar sus subjetividades para lograr comprender las dinámicas relacionadas al desarrollo de la estrategia y de esta forma producir las mejoras mencionadas. Mejoras que dicho sea de paso, no sean solo en beneficio de los participantes, sino para el grueso de la comunidad (Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Rebolledo-Malpica, 2012).

Lo anterior solo sería posible a partir de la postura reflexiva del investigador, desde la conceptualización del estudio y durante toda su ejecución, incluso posterior a ella, en fases de divulgación. Postura reflexiva que debe girar en torno a la aplicabilidad de los principios éticos, en especial el de la beneficencia y no maleficencia, pero también en relación a la autonomía, la confidencialidad y en la justicia (Moscoso & Heredia, 2018). Para el caso de esta investigación, es necesario señalar que el propósito fundacional fue el de proveer información relevante que se pueda traducir en procesos de mejoramiento continuo de la estrategia evaluada en Cali, para que de esta forma pueda seguir beneficiando a la comunidad. Es así como en el desarrollo de ésta, se garantizó no hacerles daño a otros, por el contrario, todo se ha fundamentado en acrecentar sus beneficios, los anteriores preceptos son incluso posiciones previas a todo tipo de información brindada a los participantes incluyendo los consentimientos.

Ahora bien, respecto al consentimiento informado con relación a la autonomía de los sujetos y la voluntariedad de estos en el ejercicio de dicha investigación es preciso mencionar que estos fueron ampliamente informados sobre el alcance de la investigación, los riesgos para los participantes —que en este caso eran mínimos— y su posibilidad de retirarse de las sesiones y por consiguiente de la investigación sin represalia alguna en el pleno ejercicio de su libertad. En cuanto a los consentimientos informados se implementaron dos modelos, uno para las entrevistas y otro para los grupos de discusión, incluyendo en este último el cartel parlante. Durante las sesiones presenciales se leyó el consentimiento y se aclaraban dudas previas por parte del investigador para posterior a ello entregar en papel los mismos para ser firmados (Anexos 2 y 3).

En cuanto a la confidencialidad, esta se ha garantizado mediante la anonimización de la información. En este sentido es preciso mencionar que la unidad de análisis tanto de los grupos de discusión como los carteles parlantes fue el grupo como tal, por consiguiente, la posibilidad de relacionar supuestos, posturas o reflexiones con individuos específicos es prácticamente nula. Toda la información fue tratada por medio de códigos en todas las etapas de la investigación y se señaló a los participantes que sus datos de identificación personal no saldrían en ninguna publicación o informe relativo al estudio.

Para garantizar, además, la confidencialidad de la información en pleno, esta ha sido tratada desde el computador personal del investigador y preservada en el mismo mediante el uso de claves personales de acceso. Por último, se informó a los participantes que, una vez finalizado el trabajo de investigación, las grabaciones serían destruidas, así como que el uso de material fotográfico de las sesiones, solo se usaría

para efectos de soporte audiovisual durante la defensa de la presente tesis.

Con relación a los riesgos, por las características de esta investigación, no se preveían perjuicios o daño, ni en el nivel personal, ni institucional, ni durante la recolección de información ni en su divulgación, pues los hallazgos de esta no serán utilizados con otros fines que no sean los planteados en esta investigación. Cabe señalar que las sesiones de carteles parlantes no distaron de las actividades didácticas curriculares que se hacen con frecuencia en el marco de la autonomía educativa que reza en Colombia bajo la Ley General de Educación (Colombia, 1994), pero también de las propias actividades didácticas que hacen parte de la misma estrategia de Escuelas Saludables.

## **PARTE III. RESULTADOS**

## **CAPÍTULO 5. DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES**

Los resultados están compuestos por dos grandes partes que responden en orden a los dos objetivos generales planteados. En la primera parte se abordarán los resultados del diagnóstico del estado de implementación de la Estrategia Escuelas Saludables en la ciudad de Santiago de Cali, en la segunda se presentan los resultados de la evaluación del proceso de desarrollo de EES desde la perspectiva de diferentes actores en Cali. A continuación, se relacionan los hallazgos relacionados con el desarrollo del objetivo general No. 1 *“Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables en Cali”*.

## 5.1 LINEAMIENTOS GENERALES

En relación con los lineamientos sobre EES, esta investigación permitió conocer cuáles eran esos documentos nacionales que le dan marco a la estrategia de Escuelas Saludables en Cali, así cómo resolver cuestiones particulares con relación a conocer si la EES de Cali *¿ha usado los parámetros nacionales para su implementación?* o saber si *¿Cali ha desarrollado documentos propios que den fe de su implementación?*

La implementación de la estrategia en Cali requiere mirar en cascada como se dio inicialmente la adaptación de orientaciones internacionales al interior de Colombia y en específico como se dio vida a la conceptualización de este tipo de estrategias en el marco de la promoción de la salud (PS), en este sentido y tal como se mencionó en la fundamentación teórica de esta investigación, las acciones con relación a la PS en el mundo se dieron en el marco de la Conferencia Internacional realizada en Ottawa en noviembre de 1986.

Colombia hizo una primera entrega sobre lineamientos en el año 1999 en el marco del documento *“Escuela Saludable: La alegría de vivir en paz”*, el objetivo de esta primera aproximación fue el de ofrecer elementos básicos que permitieran crear las escuelas saludables en las que no solo se construyeran valores, sino que se desarrollaran habilidades para vivir y se crearan entornos, todo esto como semilla para la formación de nuevos ciudadanos, mejorando la calidad de vida de los escolares y de la comunidad educativa con especial énfasis en la convivencia pacífica y por ende en la paz (MinSalud et al., 1999). Sin embargo, lo que se señaló en ese entonces fue enunciativo y giró en torno a tres componentes: i. educación en salud, ii. medio ambiente escolar y entorno saludable y iii. servicios de salud y nutrición. Así mismo esta primera versión de lineamientos mencionó tangencialmente la necesidad de trabajar asuntos de participación social, coordinación intersectorial, construcción de políticas y rescate y fortalecimiento de valores.

Como se mencionó, esta primera entrega fue enunciativa y no desarrolló conceptualmente cada uno de los componentes, se indicó además en este momento que los actores o sectores llamados a articularse eran los de: educación, salud, medio ambiente, cultura, recreación y deporte, desarrollo económico y social, sociedad civil, gobierno local, trabajo y los privados. Con esta primera versión de lineamientos lo que siguió en el país fue el acompañamiento técnico a las entidades territoriales para implementar este tipo de iniciativas y en ese sentido se vio la necesidad de actualizar estos lineamientos con un nivel de especificidad mayor, emergiendo así lo que aún hoy se conoce como el marco nacional de la estrategia titulado *“Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables, Escuela Saludable y Vivienda Saludable”* (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Es precisamente en el anterior documento en el que se planteó el marco operacional y teórico de la estrategia de Escuelas Saludables que hoy tiene vigencia, de acuerdo al análisis de estos documentos se observó que los lineamientos colombianos tanto para Escuelas Saludables como para Vivienda Saludable recibieron la influencia del Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, pero también de otros como los objetivos de Desarrollo del Milenio, el concepto de Revolución Educativa y los Derechos Humanos. En ese entonces, este ejercicio de mezcla y consolidación requirió una mirada conjunta desde los esquemas del Sistema Nacional de Protección Social y Sistema Ambiental, que terminó dando vida a la intervención, vinculando al Ministerio de Protección Social (actualmente Ministerio de Salud y Protección Social) y el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial para promover la propuesta de entornos saludables.

En cuanto a los actores involucrados en esta versión del 2006, además de los dos ministerios mencionados en el anterior párrafo se incluyó a la comunidad educativa para empoderarla en pro de su calidad de vida y acceso a los derechos, promoviendo procesos sociales y entornos adecuados de organización de respuestas colectivas que le apuntaran a lograr y mejorar sus oportunidades desde un enfoque de promoción de la salud. El objetivo explícito de esta versión de lineamientos se centró en el mejoramiento de las condiciones de salud, la calidad de vida y la calidad educativa, se señaló además, que una Escuela Saludable no se convertía por designación oficial de las autoridades locales de salud o educación, sino por la decisión voluntaria de la comunidad educativa de promover mejores condiciones de vida para todos sus miembros (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

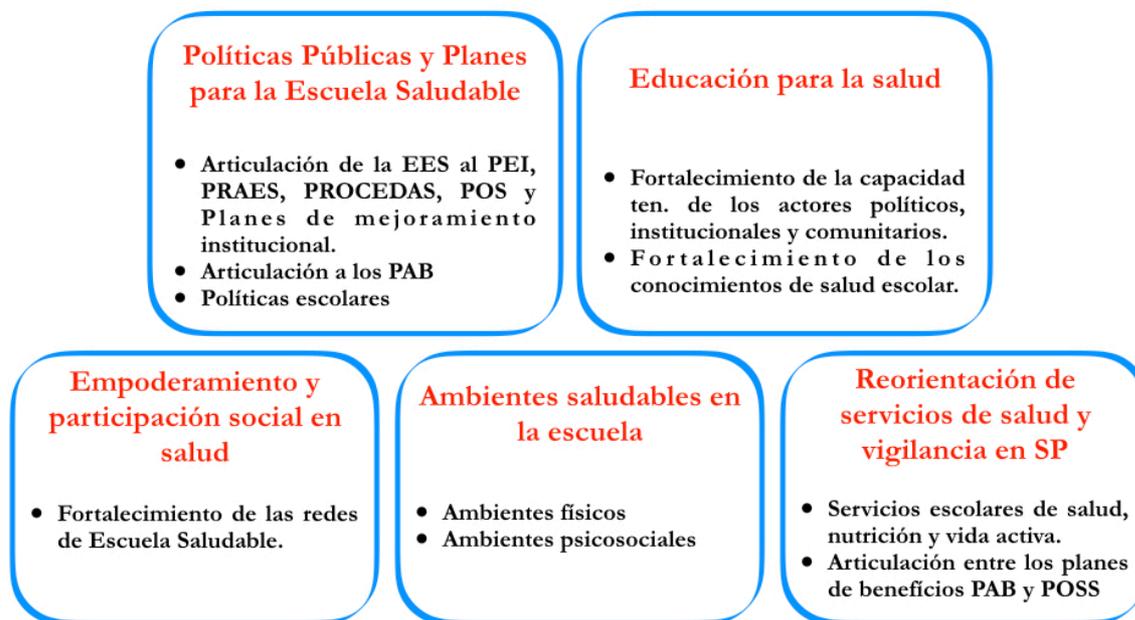
En consideración de lo anterior, el lineamiento colombiano del 2006 enmarca las acciones de promoción de la salud en acciones estratégicas como: el establecimiento de normas reguladoras y alianzas, medidas e infraestructura sostenible para la creación de capacidad, inversión de políticas, abogacía por la salud. Además, hace énfasis en que la escuela y la vivienda son los entornos de mayor importancia en la vida de niñas, niños y adolescentes. De manera particular señala la propuesta de escuelas saludables teniendo como marco los antecedentes de esta tanto a nivel de la OMS como de los países de América Latina y el Caribe.

Este lineamiento presentó un marco conceptual para Colombia que tiene como fundamento el concepto de escuela saludable como una estrategia de gran importancia, que se fundamenta en la promoción y protección de la salud en el ámbito escolar y como un mecanismo para integrar y articular los diferentes actores y sectores (especialmente, aunque no de manera exclusiva, salud, educación y ambiente), para en conjunto mejorar las capacidades y oportunidades de las comunidades educativas y de esta forma contribuir a la mejora de su calidad de vida y en general de su desarrollo humano (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

La adaptación colombiana de la estrategia del 2006 se presentó en clave de cinco componentes, con líneas estratégicas de actuación que se relacionan a continuación (Gráfico 10). Los cinco componentes se

acompañan de cuatro elementos transversales que son la abogacía, investigación, seguimiento y evaluación y por último gestión y movilización de recursos (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Gráfico 10. Componentes de EES en Lineamientos Nacionales 2006



Fuente: Extraído de *Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables* por MinSalud, MinAmbiente, OPS, 2006

Después de esto, se presentó en el 2018 el documento de lineamientos llamado “*Estrategia de Entorno Educativo Saludable*”, con el propósito de orientar las entidades territoriales en el diseño e implementación de intervenciones en el entorno escolar, teniendo como ejes estructurales el desarrollo humano y sostenible, así como el mejoramiento de calidad de vida. La estrategia se enmarcaba de acuerdo con lo establecido en los lineamientos nacionales de entornos del año 2016, el cual extiende el lineamiento de entorno escolar a entorno educativo saludable, integrado así a la Política de Atención Integral en Salud - PAIS que para ese momento fue promulgada. En esta versión de lineamientos se indicó que los objetivos de los entornos educativos saludables iniciaban por:

- Promover las capacidades de la comunidad educativa para el ejercicio de la ciudadanía desde la acción para el reconocimiento y exigibilidad de los derechos y la participación social activa.
- Gestionar la coordinación intersectorial en el marco de políticas públicas e institucionales, y se concreten en planes de acción coordinados a favor de mantener, mejorar las condiciones sociales, sanitarias y ambientales internas y externas (vías de acceso, vendedores ambulantes, riesgos ambientales, parques, entre otros) de los entornos educativos.
- Dinamizar respuestas integrales a las necesidades de la comunidad educativa, por medio de la articulación de la oferta de los servicios sociales.

- Contribuir al fortalecimiento de habilidades, valores, aptitudes, actitudes y capacidades de la comunidad educativa para el cuidado de sí mismo, del otro y del ambiente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Como complemento a lo que ya se había dictaminado en el 2006, este nuevo aporte hacia énfasis en la importancia de la ejecución de las acciones de manera integral e integrada en el entorno educativo. Es así como se resaltó la importancia de las acciones de los diferentes sectores sobre todo en clave de la articulación entre los componentes de los *Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables* con los procesos de gestión de la salud pública y las intervenciones colectivas realizadas en el entorno educativo. En cuanto a actores o sectores involucrados, esta versión de lineamientos menciona la interacción nuevamente con el sector medio ambiental y el educativo, en especial con instituciones educativas y universidades, además se viabilizó que de manera obligatoria cada institución educativa abordaría los proyectos pedagógicos transversales de: Educación Ambiental, Estilos De Vida Saludable, Educación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

## 5.2 ADAPTACIONES LOCALES

En este orden, esta investigación también nos permitió conocer a profundidad sobre *¿Qué adaptaciones se les han hecho a los lineamientos?* en Cali respecto a lo establecido en los diferentes documentos técnicos y conceptuales del país sobre Escuelas Promotoras de la Salud, así como algunos detalles más de este proceso.

En Santiago de Cali dando respuesta al marco orientativo sobre ES tanto en el nivel nacional como internacional, la Secretaría de Salud Pública Municipal que para el año de 1998 recibía el nombre de Unidad Regional de Salud, puso en marcha una serie de acciones orientadas a la atención de los escolares, es así como en esa época, dio inicio a un programa estructurado de Bienestar Escolar en el marco de los municipios saludables por la paz, este programa se orientó a la promoción de la salud, la vida y la prevención de la enfermedad en el ámbito escolar, constituyendo a la escuela como el espacio donde pueden converger las acciones de las diferentes instituciones, sectores y comunidad en general a favor de la salud integral de los escolares y hacer de ellos unos ciudadanos capaces de construir un nuevo país, con valores más positivos como personas solidarias y reflexivas, capaces de convivir, compartir con otros, construir y generar bienestar y felicidad, participar del presente y del futuro de su municipio, desde su escuela, su barrio, su comuna, su vereda o corregimiento (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

De esta forma Cali en la voz de los técnicos entrevistados inició una estrategia que buscaba la integralidad, combinando como se mencionó, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades con un énfasis especial por el manejo de los riesgos ambientales desde un enfoque de salud integral.

*“Se trabajaba por un lado en unas sedes el fomento a la salud y por otras acciones en salud. En fomento a la salud era muy fuerte salud oral, salud visual y crecimiento y desarrollo; en ese entonces no teníamos empresas sociales del estado, era la secretaria de salud y los puestos y centros de salud, entonces íbamos a la escuela y se hacía todo el protocolo de atención integral al escolar. Medio ambiente con sus equipos, hacían todo el diagnóstico sanitario y/o medioambiental de que riesgos se tenían y se trabajaba con las sedes para hacer gestión en educación ambiental”* (Ref. Tec. EES-SSPM).

En ese entonces las actividades que se desarrollaban con la estrategia atendían en distintos aspectos a los estudiantes, primero desde una lógica de atención primaria que implicaba el acercamiento de los servicios de manera directa en el territorio de acuerdo con las competencias que para ese momento tenía la dependencia encargada de la salud en la ciudad.

*“todo se llevaba a la escuela, nosotros hacíamos la valoración médica, la valoración por enfermería, la valoración visual, el seguimiento visual, se les entregaban las prótesis, se hacía lo de salud oral hasta su finalización; entonces nosotros trasladábamos la salud, la protección y la seguridad a la escuela”* (Ref. Tec. EES-SSPM)

Reconociendo que las escuelas saludables debían hacer esfuerzos para propiciar ser un entorno saludable para los escolares, donde se brindaran acciones encaminadas a la educación para la salud, oportunidades de desarrollo físico y recreativo y atención al bienestar en general, pero sobre todo a la salud mental, se continuó buscando en la ciudad la consolidación de una propuesta que realmente integrara estos elementos y retomara los componentes planteados en la política nacional desde una mirada integral de la salud.

*“En ese momento es que nos damos cuenta que hablar de una escuela saludable no es solo hablar de salud, que tener un entorno saludable y seguro no tiene implicaciones solo en el sector salud, sino también otros sectores, es entonces cuando se plantea conformar el comité intersectorial de escuelas saludables; donde tenía cabida el Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente (DAGMA), como entidad que regulaba la educación ambiental en el municipio; la Corporación Autónoma Regional del Valle (CVC) que trabaja en todos los corregimientos en lo rural; educación obviamente y Secretaría de Gobierno constituyéndose un comité intersectorial de escuelas saludables que sesionó por mucho tiempo”* (Ref. Tec. EES-SSPM)

Haciendo un paréntesis en la línea de tiempo, en el 2011 se dio el proceso de construcción del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de Colombia y con él se consolidó una postura y política nacional que abordó la salud desde los determinantes sociales, en donde se involucró específicamente el componente de “hábitat saludable” en el cual se reflejan específicamente los “entornos saludables”, definiendo así este apartado como una estrategia que tiene como propósito contribuir a la seguridad humana, el desarrollo humano sostenible y la equidad en salud, realizando acciones que impacten los

determinantes sociales de la salud, teniendo como base la participación organizada de la comunidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Así pues, en Cali el Comité Intersectorial de Escuelas Saludables quedó inmerso en la estrategia de entornos, reconfigurando su actuación y perspectiva integral de la salud.

Volviendo a como Cali adaptó los lineamientos y reconociendo el sentido de verticalización del Estado y pese a la descentralización, los lineamientos nacionales se materializaron en lo local a través de su inclusión en el ejercicio de la gobernabilidad en el territorio, de esta forma y de acuerdo a los técnicos entrevistados, la ciudad de Cali vio la necesidad de organizar y orientar la propuesta de Escuelas Saludables mediante una alianza con la Secretaría de Salud de Salud Departamental del Valle del Cauca, con el propósito de acordar elementos comunes y poder integrar los lineamientos nacionales orientados a la articulación con las estrategias de salud, como era el caso del Plan de Intervenciones Colectivas del sector salud, con los proyectos de educación como el mismo Plan Educativo Institucional y los proyectos que lo integraran y que tuvieran relación con los ambientes saludables (educación en salud, reorientación de servicios de salud y participación), dando vida de esta forma a la Estrategia Escuelas Saludables EES y construyendo la Cartilla de EES, documento que guía la actuación hasta hoy.

*“(...) trabajamos mucho tiempo y sacamos un documento borrador de lineamientos sobre qué es una escuela saludable, y el primer acuerdo fue que una escuela no puede decir que es saludable porque le hicieron salud oral, que la otra es saludable porque le hicieron salud visual, que la otra es saludable porque le hicieron gestión del riesgo, y ahí fue cuando nosotros adecuamos los lineamientos que se encuentran en la cartilla publicada en 2012 (...)” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Esta cartilla presenta una breve descripción de la situación de salud de los escolares en Cali, destacando enfermedades infecciosas, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, infecciones del aparato digestivo, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato físico, enfermedades dentales, entre otras. De esta forma se presenta al entorno escolar como una oportunidad para construir la salud y el bienestar mediante los proyectos transversales obligatorios que se desarrollan en dicho entorno y que hacen parte estructural del proyecto educativo de cada institución. La EES plantea como objetivo *“Contribuir al desarrollo humano de los escolares, posibilitando la capacidad del establecimiento educativo para desarrollar conocimientos, habilidades y prácticas de promoción de la salud, fomento del autocuidado, reduciendo las inequidades de la salud, incrementando la prevención, propiciando en la comunidad educativa la responsabilidad por el cuidado de su propia salud y su relación con el entorno”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

Para el logro del anterior objetivo, se encontró en la cartilla una estructura de tres líneas de acción o componentes:

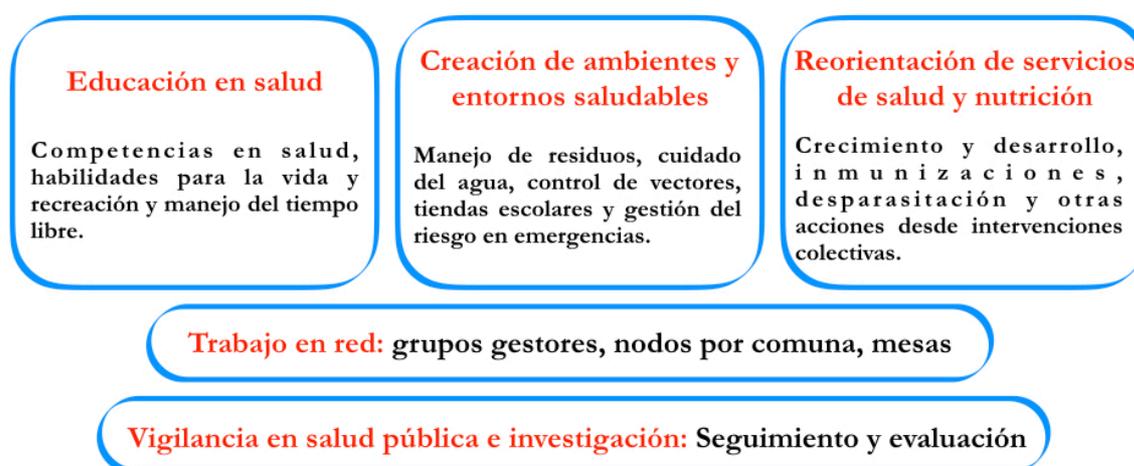
1. **Educación en Salud:** Se trabajan temas como convivencia en paz, sexualidad sana y responsable, desarrollo de habilidades para la vida, prevención del consumo de sustancias

psicoactivas, recreación y manejo del tiempo libre, promoción en salud oral, nutrición saludable y educación ambiental.

2. **Reorientación de servicios de salud y nutrición:** Menciona acciones relacionadas al crecimiento y desarrollo escolar, inmunización de acuerdo al plan ampliado de inmunización, salud oral, atención psicológica, atención y orientación de menores víctimas de violencia, salud visual y auditiva y nutrición y vigilancia nutricional.
3. **Creación de ambientes y entornos saludables:** Se trabaja el manejo adecuado de residuos sólidos, calidad y uso racional del agua, calidad de aire y escuelas libres de humo, control de vectores y roedores, tenencia responsable de animales domésticos, restaurantes y tiendas escolares, manejo de medicamentos, salud ocupacional, planes de seguridad escolar, accidentalidad y educación ambiental (Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaría de Salud, 2012).

Así mismo, la EES incorpora unos ejes transversales como el trabajo en red y vigilancia en salud pública e investigación (seguimiento y evaluación), en este último se cuenta con el sistema de información de escuelas saludables (SIES) que permite la consolidación de la información de caracterización de las sedes, registro de aliados, identificación del régimen de salud y el registro de actividades (Gráfico 11).

Gráfico 11. Componentes Estrategia Escuelas Saludables de Cali.



Fuente: Extraído de *Cartilla Escuelas Saludables* por Secretaría de Salud Municipal de Cali, 2012

En la EES se presenta el trabajo en red como una estrategia de fortalecimiento de las capacidades y del impacto de las acciones, dicho propósito inicia con la conformación en cada institución educativa del grupo gestor, así mismo el trabajo en red se consolida con la figura de los nodos por comuna (agrupación de barrios), el comité intersectorial y el equipo técnico de educación y salud. De esta forma, el trabajo en red en la voz de los técnicos entrevistados es un elemento muy destacable de la estrategia, que muestra la intención de construcción de un tejido local que facilita las acciones interinstitucionales e intersectoriales, constituyendo así la Red de Escuelas Saludables, una red tejida desde los espacios territoriales inmediatos a la escuela hasta el espacio municipal, este trabajo de tejido permitió la constitución de la Mesa Técnica

de integración salud educación para la calidad del entorno educativo.

*“Se tiene una célula con su referente que es la escuela, tenemos nodos, donde están todas las instituciones educativas de la comuna y a nivel municipal se constituyó el comité intersectorial, hoy la mesa técnica de educación y salud, con sus tres componentes psicosocial, corporal y ambiental” (Ref. Tec. EES-SSPM)*

La Mesa Técnica es un espacio de relacionamiento interinstitucional creado desde la Secretaría de Salud y la de Educación, con el propósito de mantener y mejorar el bienestar de los escolares de las instituciones educativas y sus entornos, a través de procesos coordinados entre los sectores. Esta mesa en la voz de la referente técnica le apuesta a garantizar las instituciones educativas como espacios para el buen vivir, saludables y seguros. Desde esta perspectiva ordena el conjunto de actividades que se realizan en el entorno escolar y fortalece el proyecto de promoción de estilos de vida saludables y proyecto ambiental, acompañando mediante asesoría, capacitación y seguimiento los proyectos pedagógicos transversales, en un ejercicio que integra todas las entidades del sector público y privado relacionadas con la construcción de entornos escolares saludables.

*“(…) La mesa es la cabeza de esa red, todo inicia desde los grupos gestores pero se trata de que las cuestiones que ellos identifican puedan llegar en algún momento a ese espacio y ahí se puedan tomar otras decisiones pues la idea de esa mesa es que siempre puedan estar personas que puedan decidir cosas” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

La Mesa Técnica emerge de las metas del Plan de Desarrollo de la Cali (Plan de Actuación) 2016-2019 adscritas de forma compartida a la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Educación Municipal, de acuerdo a las técnicas entrevistadas a partir de estas metas se construyó la matriz conjunta de intervenciones en el entorno escolar, su operatividad la constituyen tres componentes que funcionan como mesas de articulación, desde los cuales se llevan a cabo sus acciones, estos son: el componente corporal, el ambiental y el psicosocial, abordados todos con un enfoque de derechos, diferencial y de género. Las mesas por componentes se reúnen una vez al mes y tienen carácter operativo, la mesa general se reúne trimestralmente y tiene un carácter estratégico, aunque en la voz del grupo técnico la mayoría de las veces no participan de ella quienes pueden tomar decisiones, sino los profesionales operativos como se evidencia en la siguiente cita.

*“(…) no conocemos las directrices de la Secretaría de Educación y en la mesa de articulación no va ningún directivo” (GD. Ref. Tec. ES-SSPM).*

En la ambiental se brinda apoyo para el fortalecimiento de la gestión institucional relacionando con los proyectos ambientales escolares, los de gestión de residuos, la inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios del ambiente y el plan de gestión de riesgos escolares, desde la corporal se revisan cuestiones relacionadas a los proyectos de promoción de estilos de vida saludable, salud oral, desparasitación, tiendas escolares y plan de alimentación escolar, aseguramiento, manejo del tiempo libre y educación artística y deportiva y desde la psicosocial se desarrollan acciones para el bienestar psicosocial articulando desde salud la educación para la sexualidad y construcción en ciudadanía, prevención del

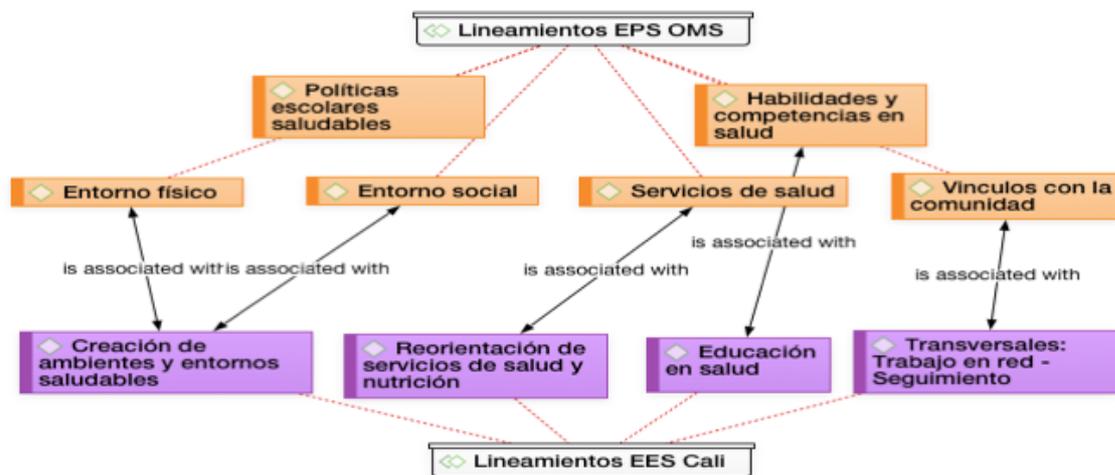
consumo de sustancias psicoactivas y salud mental y todo lo relacionado a la convivencia escolar (Alcaldía de Santiago de Cali, 2019b).

Por parte de la Secretaría de Educación la participación ha sido diferente, ésta se ha vinculado de forma activa solo cuando media la aprobación de acciones como vacunación y desparasitación, hacen parte de la Mesa Técnica, pero en la voz de la técnica del sector educativo entrevistada, el sector no asume de forma directa acciones articuladas y organizadas, sino que se terminan sumando a la iniciativa que emana desde salud.

*“Educación hace un trabajo que llega más tarde, que tiene otros ritmos, pero qué también apuntamos a lo mismo. Entonces yo pienso que ha sido una labor muy importante sobre todo desde la Secretaría de Salud Pública Municipal, porque lo tienen como un programa, porque cuentan con los recursos para ello, porque pueden estar de manera permanente en la institución educativa y nosotros nos vemos abocados a tener que interactuar allí” (Ref. Tec. EES-SEM)*

Como vemos, Cali ha hecho una interpretación propia en la implementación de la EES, ésta se ha influenciado tanto de los lineamientos nacionales como de cuestiones internacionales que han sido usados en el marco colombiano, a continuación, se observa la relación de la adaptación caleña con ambas vertientes.

Gráfico 12. Relación de lineamientos internacionales y caleños de EPS



Fuente: Extraído de *Health Promoting Schools Framework* por WHO- Regional Office for the Western, 2016 y *Cartilla Escuelas Saludables* por Secretaría de Salud Pública de Cali, 2012

Cómo mencionamos anteriormente en la fundamentación teórica de esta investigación, para ésta hemos usado el marco conceptual de Escuelas Promotoras de la Salud que mencionó para sus fines la Carta de Ottawa pero que fue rescatado para hablar de la promoción de la salud en el entorno escolar por la Organización Mundial de la Salud desde varias de sus oficinas regionales, así como la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE, 2008; WHO - Regional

Office for the Western Pacific, 2016).

Así pues, en el caso de la relación entre los lineamientos internacionales y la adaptación caleña encontramos en los documentos analizados que la OMS la presenta en clave de 6 pilares mientras que en Cali se mencionan tres estructurales y dos transversales. Se ha encontrado así que Cali no incluye dentro de su diseño de forma explícita lo referente al desarrollo de políticas escolares saludables. Sin embargo, veremos más adelante en el apartado de la caracterización, como en la voz de diferentes actores consultados, las instituciones educativas si han abordado de alguna forma este aspecto de políticas pese a que no reciben ninguna directriz con relación a esta línea por parte de la EES. Ahora, si bien las instituciones educativas en el marco de la estrategia como tal no reciben lineamientos respecto a políticas, estas si llegan a las instituciones por medio de la Secretaria de Educación Municipal, pero también por medio de otras áreas de la Secretaria de Salud Pública diferentes al grupo de Escuelas Saludables y en general de otros sectores que implementan políticas públicas y en las cuales se señalan actividades a realizar al interior del entorno escolar.

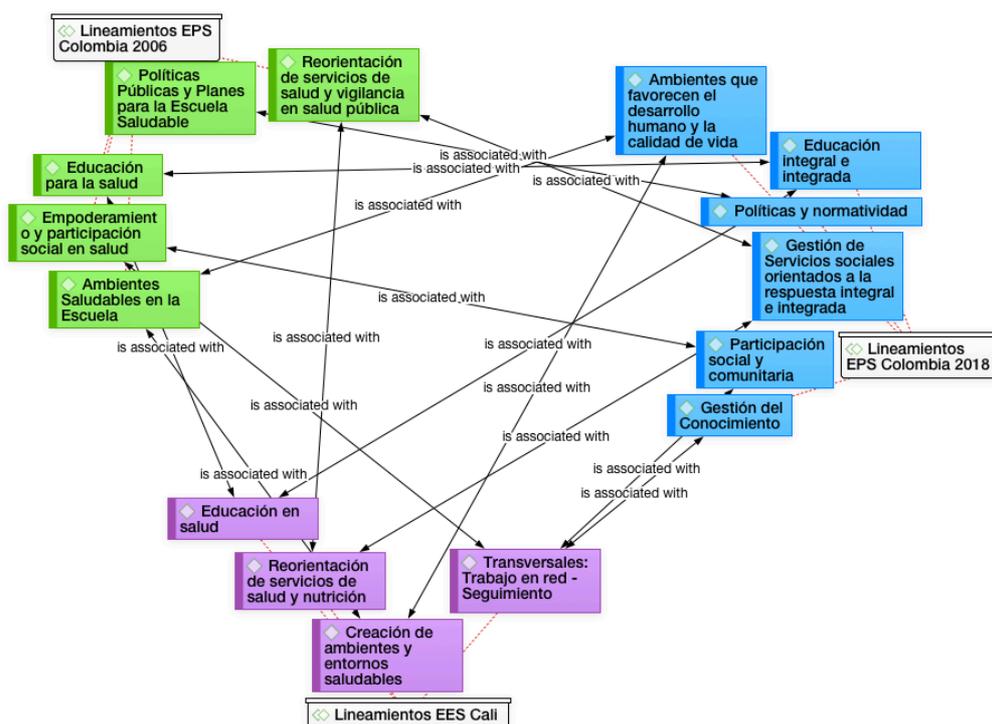
*“ (...) Hay una ley que habla de cátedra de paz, hay de otra que tiene que ver con convivencia, es la ley 1620 me parece que trabaja mucho lo que tiene que ver con la convivencia en los espacios escolares y que está atravesada por todos estos temas, está la ley 1257 que tiene que ver con la no violencia contra las mujeres y decretos reglamentarios para educación que también toman lo de formación integral del ser humano: Por ejemplo a nivel municipal hay una política pública para educación ambiental donde también están incorporados estos temas. Hay una política municipal para mujer, está la ley anti-feminicidio que también incorpora estos temas; es decir todo lo que apoya a facilitar que la escuela genere seres humanos con valores, con respeto, con dignidad son lo que trabajamos (...)” (Ref. Tec. EES-SEM).*

Como vemos, al interior de las instituciones llegan en cascada una serie de demandas relacionadas con implementaciones de políticas que suscita una dificultad, este tema se desarrollará más adelante cuando hablemos de las limitaciones que ha tenido la estrategia en términos de las intervenciones desarticuladas.

En cuanto a las adaptaciones que ha tenido la EES de Cali respecto a las orientaciones que el país haya determinado (Gráfico 12), podemos señalar que de acuerdo a los documentos técnicos y conceptuales analizados, si bien Colombia hizo una revisión en el año 2018 alrededor del concepto de entornos saludables como tal, la aproximación y orientación que se había hecho en el 2006 en clave de viviendas y escuelas saludables ha seguido vigente.

La estrategia caleña incorporó también la línea transversal de seguimiento llamada “tipificación”, que, si bien no tiene relación con alguna línea o componente en los lineamientos del 2006, si fue incorporado en la revisión que hizo el país en el 2018 en lo que respecta a la gestión del conocimiento.

Gráfico 13. Relación de lineamientos nacionales y caleños de EPS



Fuente: Extraído de *Cartilla Escuelas Saludables* por Secretaría de Salud Pública de Cali, 2012; *Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias de entornos saludables* por MinSalud, MinAmbiente, OPS, 2006 y *Estrategia de entorno educativo saludable* por MinSalud, 2018

Como mencionamos en el apartado de la relación entre los lineamientos de la OMS y los de Cali, en éste evidenciamos nuevamente que el pilar de políticas públicas que también mencionan los lineamientos nacionales no tiene un eje o línea clara en la adaptación caleña. En síntesis, vemos que los lineamientos de la Estrategia de Escuelas Saludables en Cali se han influenciado tanto de lo emanado por la comunidad internacional como la implementación nacional y pese a que se representan en estructuras diferentes, la adaptación caleña aborda prácticamente todas las cuestiones que tanto la comunidad internacional, como la nación han dicho que se deben implementar en este tipo de intervenciones. Ahora bien, es claro que, pese a que la estructura caleña ha adaptado los 6 pilares señalados por la OMS, algunos se han desarrollado más que otros a lo largo de los años de implementación, estos detalles se abordaran más adelante cuando hablemos de los factores que han facilitado y obstaculizado la implementación.

En este apartado de las adaptaciones locales también era importante comprender con que instrumentos institucionales se ha materializado la EES ya al interior de las escuelas, en este sentido es importante señalar que en el marco normativo que rige al sector educativo en Colombia, se menciona de forma enunciativa los aspectos de la salud en el entorno escolar así:

*“(…) La educación busca la formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención*

*integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre...” (Colombia, 1994).*

En este orden de ideas y derivado de la Ley General de Educación como se le conoce a la Ley 115 de 1994, se reglamentó también por parte del Ministerio de Educación mediante el Decreto 1860 de 1994 que cada institución educativa debe elaborar y poner en práctica con la participación de la comunidad educativa, un Proyecto Educativo Institucional (PEI) que exprese la forma como se ha decidido alcanzar los fines de la educación definidos por la ley, estos proyectos deben tener en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales de su medio, así pues, el PEI debe responder a situaciones y necesidades de los estudiantes, de la comunidad local, de la región y del país, ser concreto, factible y evaluable (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 1994).

En este sentido, el proceso de implementación de la EES se ha valido del compromiso del sector educativo por avanzar en la calidad educativa entendida como aquella que forma mejores seres humanos, ciudadanos con valores éticos, respetuosos de lo público, que ejercen los derechos humanos y conviven en paz (Colombia, 1994), y de esta forma se han incorporado dentro de sus Proyectos Educativos Institucionales (PEI), fundamentos y estrategias relacionadas con la construcción de un entorno educativo saludable y seguro. Para ello establecen dentro de su gestión administrativa, pedagógica y comunitaria fundamentos e instrumentos que integran lo planteado en la estrategia, promoviendo en los planes de aula<sup>1</sup> y en los proyectos transversales el cuidado de la salud física y mental, la nutrición, el cuidado ambiental, los espacios seguros y la integración comunitaria.

Así pues, los PEI son los documentos de centro señalados en los documentos técnicos analizados, para facilitar la implementación de la EES al interior de las instituciones educativas. Estos se pueden considerar como la carta de navegación de las escuelas y colegios, en estos instrumentos se establecen los principios y fines de los establecimientos educativos, así como los recursos didácticos y humanos necesarios para la operación, la estrategia pedagógica como tal, el reglamento para alumnos y profesores y el sistema de gestión, entre otros. El hecho de que los PEI instrumentalicen los contenidos de la EES no es una innovación caleña, de hecho, esta necesaria articulación como se indicó, es mencionada desde los lineamientos nacionales como se observa a continuación:

*“Con esta línea se propone facilitar que los contenidos de la promoción de la salud y la prevención se incorporen en todos los ámbitos de la vida escolar: Planes de Mejoramiento Institucional, Proyecto Educativo Institucional - PEI (...) entre otros” (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).*

De esta forma, este mandato se ha institucionalizado en la adaptación de lineamientos que hizo Cali así:

---

<sup>1</sup> Los planes de aula pueden entenderse como la planificación de clases en la que se especifica la secuencia de actividades previstas para un periodo temporal limitado, mediante las cuales se pretende conseguir los objetivos fijados en los planes anuales de área en correspondencia con el plan de estudios y, por ende, con el PEI.

*“Los ejes temáticos se articulan en el ámbito escolar, desde la reconstrucción del Proyecto Educativo Institucional (PEI) como instrumento de gestión, que integra los elementos administrativos y pedagógicos, en un contexto amplio donde la educación en salud se convierte en eje transversal del currículum (...)”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

Por último, también se menciona la importancia de estos instrumentos en otro tipo de documentos que han guiado la implementación caleña como se ve a continuación:

*“(...) las escuelas son escenarios propicios para la salud y bienestar porque están organizadas mediante un Proyecto Educativo Institucional (PEI) que les permite el ejercicio de su autonomía y la búsqueda de soluciones adecuadas a las circunstancias que las afectan o potenciar aquellas que les favorecen (...)”* (Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, & Universidad Industrial de Santander, 2012).

En cuanto a la estructura de estos instrumentos, los PEI como hoja de ruta deben albergar todas las áreas del conocimiento obligatorias y contextuales de la institución

*“(...) tiene dos grandes bloques para el desarrollo curricular. Uno de áreas básicas “obligatorias” desde el punto de vista de que tienen un docente específico para el desarrollo de esas áreas, tienen un horario específico y tienen un sistema de evaluación específico y el otro bloque que es de los proyectos transversales que se supone que por la importancia que tienen “no necesitan de un docente específico” necesitan que todos estén involucrados en este proceso”* (Ref. Tec. PEVS-SSPM).

Así pues, en teoría estos instrumentos representan la forma en la que los centros educativos conducen su actuar y en los que naturalmente se pueden y deben incluir los componentes de la EES, sin embargo, sobre estos documentos se han señalado también oportunidades de mejora que desarrollaremos de forma más amplia cuando hablemos de los factores que han dificultado la implementación de esta estrategia.

A continuación, se señalarán algunos aspectos en relación con la EES incluidos en los PEI de las Instituciones Educativas que albergan las sedes educativas seleccionadas en esta investigación, cada escuela o sede educativa se deriva de una Institución Educativa como se observa en el siguiente Gráfico 21.

Tabla 20. Instituciones Educativas de sedes seleccionadas

Zona	Escuela o sede	IE
1 Norte	Jorge Eliecer Gaitán	I.T.I Pedro Antonio Molina
2 Norte	Presbítero Eloy Valencia	I.T.I Pedro Antonio Molina
3 Oriente	José Ramón Bejarano	Gabriel García Marquez
4 Oriente	San Felipe	I.T.I Ciudadela Decepaz
5 Ladera	Juan Pablo II	Juan Pablo II
6 Ladera	La Gran Colombia	Liceo Departamental Femenino
7 Centro	Fray José Ignacio Ortiz	I.T.C Hernando Navia Varón
8 Centro	Gabriel Montaña	I.T.C Las Américas
9 Rural	Nuestra Señora de las Lajas	La Buitrera
10 Rural	República de Santo Domingo	Pance

La *Institución Educativa Las Américas* por ejemplo, plantea en su objetivo general “(...) *el desarrollo de la Comunidad Educativa para la apropiación de los códigos de cultura, la reflexión sobre ellos y su transformación para un mejoramiento de la calidad de vida*” (I.E.T.C. Las Américas, 2012), así mismo en sus áreas obligatorias promueve temas relacionados con la EES, como autoestima, autonomía, convivencia, importancia del ambiente físico y social de la institución como elemento para disminuir los riesgos en el espacio escolar. Considera el desarrollo psicológico de los estudiantes como un principio fundamental para avanzar en la transición de los niños a adolescentes, es decir en su ciclo de vida, fundamentándose desde una estrategia de desarrollo integral.

En el PEI de la *Institución Educativa Hernando Navia Varón* encontramos que esta orienta la formación integral del ser humano para que sea competente en la satisfacción de sus necesidades, así como las de su entorno familiar y social, involucra además los proyectos de convivencia, riesgos, participación y proyección a la comunidad en el marco de un modelo pedagógico constructivista encaminado al desarrollo de habilidades y competencias para la construcción de la autonomía, siendo más claro en una de sus dimensiones, la bio-psicosocial en la que plantea: “(...) *promoviendo, desde los ejes transversales del currículum, el desarrollo biológico de los educandos, cuidando su salud, nutrición y madurez corporal, aportando a la formación del carácter y de la personalidad de los mismos y generando espacios sociales, de integración y compromiso para madurar el desarrollo afectivo y de la inteligencia emocional*” (I.E.T.C. Hernando Navia Varón, 2017). Esta institución, además, concibe la tienda escolar como un espacio de nutrición y construcción de bienestar de los estudiantes, prestándole gran interés.

Por su parte, la *Institución Educativa Pedro Antonio Molina*, la cual cuenta con dos sedes educativas seleccionadas en esta investigación, plantea entre sus fundamentos el desarrollo de habilidades, destrezas y conocimientos para una educación integral, exploración del ambiente, reconocimiento de su propio cuerpo, cuidado y respeto de este, el PEI además plantea el desarrollo de habilidades psicosociales para consolidar los proyectos de vida de los estudiantes. Se destacan el desarrollo de escuela de padres, prevención a la drogadicción, VIH y la prevención de riesgos físicos, sociales y de seguridad para su comunidad escolar (I.E.T.I. Pedro Antonio Molina, 2013).

Desde la *Institución Educativa Liceo Departamental* se promueve el desarrollo integral de los estudiantes estimulando la autonomía, la responsabilidad, los derechos humanos, la práctica de una sana sexualidad. Cuenta con los proyectos transversales: Proyecto Ambiental Escolar (PRAES), el de uso adecuado del tiempo libre, el de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas, el proyecto de educación para la vida, el de prevención y atención de desastres y el de democracia y paz, todos como propuestas permanentes en su desarrollo académico (I.E. Liceo Departamental, 2011).

Así mismo encontramos que la *Institución Educativa La Buitrera* presenta un enfoque constructivista, su

modelo pedagógico se fundamenta en la escuela activa. Centra sus apuestas en la promoción de la participación de la comunidad educativa, la atención y prevención de riesgos físicos y psicosociales. En ese sentido trabaja con los proyectos de vida, la escuela de padres y las escuelas de formación deportiva, como estrategias para el fomento de los valores. En sus orientaciones específicas plantea que el manejo de la tienda escolar se regirá por lo establecido por la Secretaría de Salud Pública Municipal (I.E. La Buitrera, 2012).

En la *Institución Educativa Pance*, se trabaja desde un proyecto único adscrito al PEI denominado Proyecto Agroturístico Escolar de Pance, por medio del cual se articulan las acciones. Desde este se plantea la educación para la autonomía, la participación democrática, la transdisciplinariedad y la tolerancia. Sus acciones están encaminadas a que los estudiantes adquieran habilidades para la transformación de los bienes materiales con que cuentan en su entorno, siendo entonces el ecoturismo y el medio ambiente “*un pilar fundamental del proceso pedagógico, para aportar a una nueva ruralidad y la construcción de sujetos en el campo*” (I.E. Pance, 2010). En esta institución la prevención y atención de desastres es relevante, vinculándolo en el plan de seguridad escolar.

De otro lado, la *Institución Educativa Gabriel García Márquez* se presenta con un enfoque microempresarial que contribuye a la formación de estudiantes líderes, fomenta una convivencia armónica desde la práctica de los valores y el reconocimiento de la diversidad etno cultural. Tiene como proyectos transversales: el de habilidades para la vida, el de convivencia y resolución pacífica de los conflictos, el proyecto denominado “Mi hábitat” orientado al cuidado y preservación de sí mismo y del entorno. En este PEI se busca la participación de la comunidad escolar para conocer las expectativas y necesidades respecto al tipo de formación que deben recibir los estudiantes, vinculándolos en la escogencia de problemáticas y acciones a ser trabajados anualmente (I.E. Gabriel García Marquez, 2014).

En la *Institución Educativa Ciudadela Desepaz*, se trabaja desde la propuesta de un currículo integrado, aportando a “*desarrollar, equilibrada y armónicamente, diversas dimensiones del sujeto que lo lleven a formarse en lo intelectual, lo humano, lo social y lo profesional*” (I.E. Ciudadela Desepaz, 2010). En esta institución se promueve el reconocimiento de la diversidad cultural y trabaja por la construcción de paz y la solución no violenta de los conflictos. Considera la formación integral, involucrando proyectos de inclusión escolar, gestión del riesgo, acciones de promoción y prevención frente a la planificación familiar, educación sexual y reproductiva, prevención de la desnutrición. Sumado a ello promueve la convivencia y gestión ambiental.

En la *Institución Educativa Juan Pablo II* por su parte, el modelo pedagógico está basado en el social – cognitivo como se señala a continuación: “*(...) proporciona contenidos y valores para que los estudiantes mejoren la comunidad, en el orden de la reconstrucción social y promuevan un proceso de deliberación constante, mediante la formulación*

*de alternativas de acción a confrontar colectivamente en situaciones reales”* (I.E. Juan Pablo II, n.d.). Trabaja con las necesidades reales del estudiante y se hace partícipe en su formación integral y en la transformación de su realidad social, involucra en sus áreas curriculares la educación ambiental, educación ética y en valores humanos, educación física recreación y deportes, proyecto de vida y democracia.

De acuerdo con lo anterior y como observamos la siguiente cita, los PEI en la voz de técnicos consultados, tienen distintos énfasis producto de las decisiones que toman las instituciones educativas.

*“eso lo define cada institución porque cada IE tiene un énfasis, los PEI tienen su propio énfasis entonces hay con énfasis ambiental, con énfasis en convivencia. Eso lo decide la institución en su autonomía escolar”* (Ref. Tec. PEVS-SSPM).

Sobre el énfasis de los PEI otros actores consultados han señalado que algunas escuelas de acuerdo con su contexto e intereses privilegian en estos instrumentos un enfoque ambiental, otros lo psicosocial y en general todos mencionan de forma categórica cuestiones relacionadas a la alimentación sana y nutritiva. Estas incorporaciones podrían tener alguna relación con la implementación de la estrategia en las instituciones educativas de la ciudad.

*“Para iniciar el año ya los profesores saben en sus planes de área que hay unos elementos de promoción y prevención de la salud que deben involucrarse, está lo que le decía habilidades para la vida, competencias ciudadanas, entonces los profesores ya saben y van involucrando esos temas en las actividades que se proyectan y se programan hacer durante el año (...) pero todo esto sucede porque en el Proyecto Educativo Institucional a partir de todos los talleres que se hicieron en el zoológico se facilitó que en nuestro PEI se vinculara (...)”* (GD. GM).

Por otro lado, es relevante señalar a la autonomía escolar como un factor fundamental en este apartado, pues de acuerdo a algunos documentos analizados, en ella se podría explicar la diversidad de hojas de ruta que tienen las instituciones.

*“Instituida por la Ley General de Educación, la autonomía escolar brindó a cada establecimiento educativo la facultad para definir su identidad y plasmarla en su Proyecto Educativo Institucional. Igualmente, les permitió organizar su plan de estudios alrededor de las áreas fundamentales determinadas para cada nivel, de las asignaturas optativas en función del énfasis de su PEI, de los lineamientos curriculares y de los estándares básicos de competencias, además de las características y necesidades derivadas de la diversidad y la vulnerabilidad de las poblaciones según las especificidades propias de cada región”* (I.E. Liceo Departamental, 2011).

La autonomía escolar ha sido concebida por el gremio de los profesores como un gran logro de la lucha del magisterio a comienzos de la década de los noventa, logro en el sentido de que dio libertad a las escuelas en relación con el control que ejercía el Estado sobre ellas (I.E. Pance, 2010). En las sedes seleccionadas para esta investigación se ha evidenciado pese a la autonomía escolar, los temas que la

estrategia maneja están integrados dentro del currículo en el plan de área<sup>2</sup> de cada grado, sugiriendo así los beneficios de la aplicación de la estrategia, de acuerdo con los datos esto parece que ha facilitado que se actúe sobre los factores de riesgo que afectan el goce efectivo de la salud de los escolares.

*“Todos los proyectos incluidos en el PEI que tenemos en la escuela deben atravesar por la Estrategia Escuela Saludable, desde el nombre sólo aparece hábitos de vida saludables y ocupación del tiempo libre, pero todos los proyectos que se trabajan en la institución educativa tienen que materializar la estrategia de escuelas saludables” (GD. JRB).*

Finalmente, se resalta que la implementación de EES en las instituciones educativas se ha transformado en el tiempo, si bien en sus inicios las acciones estaban dirigidas mayoritariamente a la prestación de servicios de salud, en la actualidad los PEI incorporan mediante los proyectos transversales, la promoción de estilos de vida saludables, facilitando así desarrollar y fortalecer conocimientos, actitudes, valores y habilidades de las y los estudiantes.

### 5.3 IMPLEMENTACIÓN Y TIPIFICACIÓN

Desde el año 2006, la Secretaría de Salud Pública Municipal inició un proceso de seguimiento a las acciones denominado tipificación, este se ha realizado mediante el diligenciamiento de una ficha con el objetivo de visualizar el empoderamiento, posicionamiento y articulación de sus líneas y ejes en el entorno educativo. Esta tipificación es una herramienta que ha permitido realizar monitoreo, auto evaluación y seguimiento a las acciones individuales y/o colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito escolar, articuladas con el Proyecto Educativo Institucional (PEI) (I.E.T.I. Pedro Antonio Molina, 2013; Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012). La información recogida mediante este proceso ha sido de gran importancia para analizar la implementación de la estrategia en Cali y poder desarrollar el cuarto objetivo específico del objetivo general No. 1 “Caracterizar las Escuelas Saludables en Cali”, así pues, se ha podido establecer si *¿las ES en Cali se pueden categorizar de alguna forma?* y en ese sentido conocer *¿qué diferencias existen entre las EPS que implementan las estrategias?*

De acuerdo con la información documental revisada sobre el proceso de tipificación de la EES y donde se consigna la información de las 266 sedes educativas, para el año 2019 la mayor cantidad de sedes educativas de nivel básica primaria se encontraban en el nivel superior de implementación. En total 155 (58%) sedes se encontraban en esta clasificación, mientras que 110 (42%) están en nivel medio (Gráfico 13). De acuerdo a la categorización de este proceso, en el nivel superior la estrategia se encuentra totalmente implantada e integrada al PEI de cada institución, por su parte en el nivel medio del restante

---

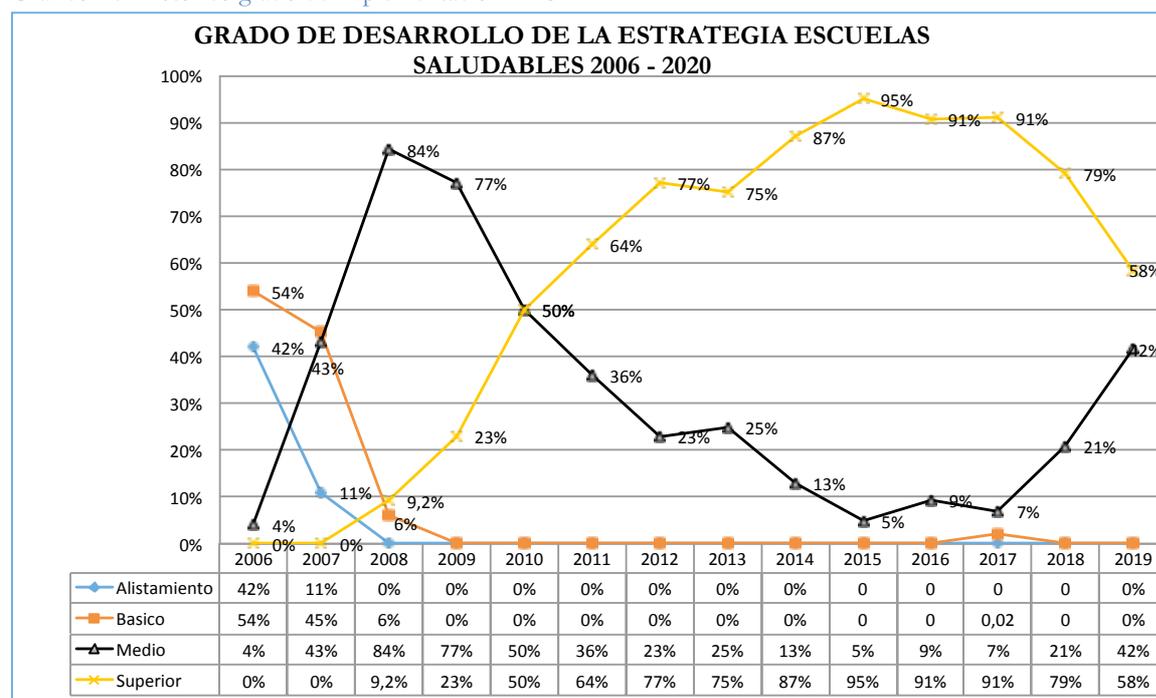
<sup>2</sup> Los planes de área hacen parte, en su conjunto, del plan de estudios de la institución y pueden entenderse como la planificación anual de cada una de las áreas definidas en coherencia con el PEI. Estos planes se constituyen en uno de los elementos centrales del proceso de diseño curricular, porque a través de ellos se establecen las metas de aprendizaje y las estrategias de enseñanza, aprendizaje y evaluación.

42% se indica que la EES está implementada con un mayor grado compromiso del que se deriva empoderamiento y difusión de la estrategia a toda la comunidad educativa de la sede y se evidencia gestión de mejoramiento continuo de las condiciones integrales de la comunidad educativa (I.E. Pance, 2010).

Ahora bien, en el Gráfico 13 pese a la reducción del nivel de implementación superior desde el año 2017 al 2019, se observa como a medida que ha pasado el tiempo desde la implementación, la EES ha venido “madurando”. Para el año de inicio no había ni una sola escuela que se pudiera considerar en un nivel superior por la sencilla razón de que para esa época apenas estaba iniciando el despliegue de la estrategia. Ya en el 2008 se empezó a observar un mejoramiento incremental en los niveles medio y superior y en contraste la reducción del número de escuelas que se encontraban en los niveles de alistamientos y básico.

Se puede observar también que entre el 2015 y el 2017 la estrategia estuvo en una especie de “meseta” de estabilidad, desde el 2017 el porcentaje de escuelas ubicadas en el nivel superior ha venido decreciendo, así pues, el resultado de la tipificación mostró que para el año 2017 el 91% de las escuelas alcanzaron este nivel, pero en el 2018 se presentó una pérdida de 12 puntos porcentuales llegando al 79%, en la voz de la líder del equipo de la EES esto puede haber tenido relación con prácticas administrativas derivadas de decisiones políticas que se tomaron en el año 2018 y que básicamente impactó las condiciones laborales del equipo, para el año 2019 las sedes categorizadas en nivel superior se redujeron al 58% en relación al 79% del año inmediatamente anterior.

Gráfico 14. Histórico grado de implementación EES



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

La categorización por niveles como se mencionó en el apartado de la fundamentación teórica de esta investigación, fue dado en el marco del proceso de tipificación incluido en la EES, este determinó que en el nivel de alistamiento la EES se encuentra implantada, más su grado de desarrollo ha sido mínimo, en el nivel básico por su parte la estrategia ha logrado un grado más de conocimiento, se encuentra implantada mediante un proceso de implementación, sensibilización y desarrollo de proyectos educativos en torno a los lineamientos de la misma, se asume que se ha logrado una mayor integración de docentes, escolares, padres de familia; dándose aplicabilidad a las herramientas aportadas por la estrategia en su fase inicial a través de la Secretaria de Salud y posterior integración y liderazgo de la Secretaria de Educación.

En el nivel medio la estrategia se encuentra implantada e implementada con un grado mayor de compromiso, se ha propiciado un mayor empoderamiento y difusión de esta a toda la comunidad educativa de la sede, se han formulado y desarrollado proyectos en torno a la EES, y se evidencia gestión de mejoramiento continuo de las condiciones integrales de la comunidad educativa. Por último, en el nivel superior, la EES se encuentra totalmente implementada e integrada al PEI de la Sede y la Institución Educativa. Existe concertación, ejecución y gestión de proyectos que operativizan la estrategia en sus diferentes líneas de acción y ejes transversales. Se evidencia capacidad resolutive institucional y empoderamiento de toda la comunidad educativa, observándose totalmente implementada la Estrategia Escuelas Saludables. (I.E.T.I. Pedro Antonio Molina, 2013; Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

Para el caso de las 10 sedes seleccionadas en el marco de esta investigación la evolución de la implementación no ha sido muy distante al comportamiento general de la EES señalado párrafos atrás, en este sentido, para el año 2019 el 60% de las 10 sedes educativas estuvieron en el nivel superior, para el 2018 ocho de las 10 sedes estaban en ese nivel y para el año 2017 el total de las sedes seleccionadas estaban en el nivel superior de implementación. Se puede observar además (Tabla 22), como entre el 2013 y el 2018 hubo una especie de tendencia en la que la mayoría de las sedes alcanzaron el nivel superior.

Tabla 21. Histórico desempeño de las 10 sedes seleccionadas

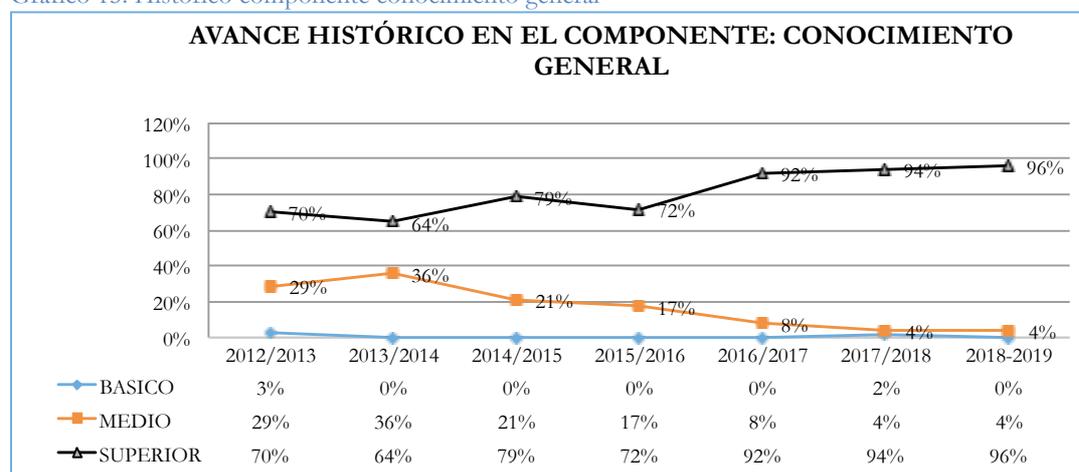
Escuela	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
LA GRAN COLOMBIA	B	M	M	M	M	M	M	M	M	S	S	S	S
JUAN PABLO II	A	B	M	M	M	M	M	S	S	M	S	S	M
JORGE E. GAITÁN	B	B	M	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
SAN LUIS	B	M	M	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
FRAY JOSÉ I. ORTÍZ	A	M	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
GABRIEL MONTAÑO	B	M	M	M	M	S	S	S	S	S	S	M	S
NTRA. SRA. DE LAS LAJAS	B	B	M	M	M	M	S	S	S	S	S	S	M
REP. STO. DOMINGO	B	B	M	M	M	M	S	S	S	S	S	S	M
SAN FELIPE	A	B	S	M	S	S	SS	S	S	S	S	S	M
JOSÉ RAMON BEJARANO	A	A	M	M	M	S	S	S	S	S	S	M	S

ALISTAMIENTO 0-99
BÁSICO 100-179
MEDIO 180-279
SUPERIOR 280-300

Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

De acuerdo con la evolución de la EES por componente, la información analizada del proceso de tipificación de la Secretaría de Salud Pública nos muestra que, en relación con el conocimiento general (Gráfico 15), este ha mejorado de forma incremental en los últimos siete años, para el 2019 el 96% de las escuelas estaban en un nivel superior respecto al 70% con el que se inicia esta serie de datos. En este componente se valoran aspectos relacionados al grado de conocimiento respecto a la EES que tienen las sedes: ¿De dónde surge?, ¿qué aspectos básicos están incluidos?, la importancia de esta, incluso la percepción de desarrollo que tienen las sedes en relación con los componentes de educación en salud, servicios de salud, ambientes y entornos saludables y el trabajo en red.

Gráfico 15. Histórico componente conocimiento general

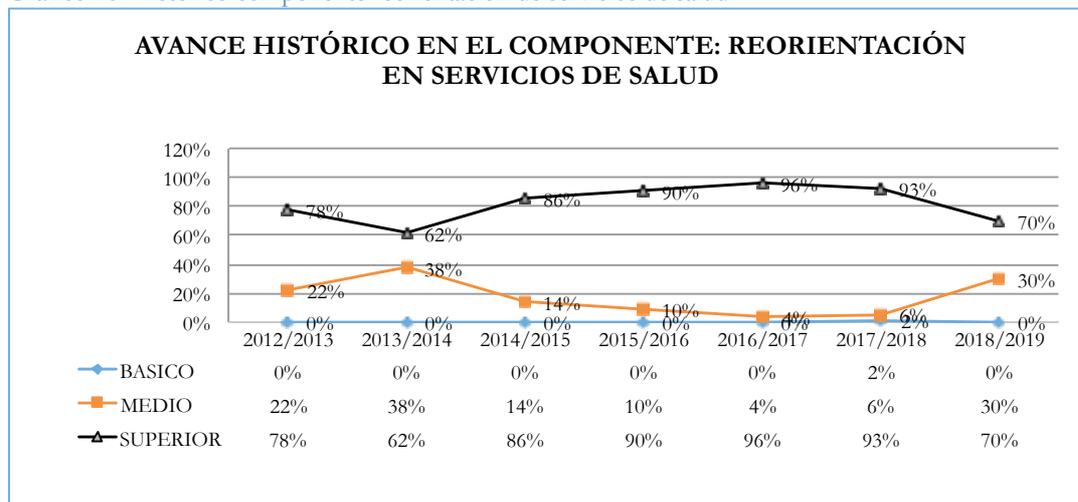


Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

Respecto a la reorientación de los servicios de salud, podemos observar (Gráfico 16), que en el 2019 hubo una reducción de sedes situadas en el nivel superior representado en un 70% respecto al 93% del año inmediatamente anterior, pero también con relación a los tres últimos años cuando este componente se encontraba en nivel superior en más del 90% de las sedes educativas, así mismo se puede observar como el porcentaje de sedes en nivel medio aumentó desde el año anterior al 2019. En este componente se valoran aspectos relacionados a la gestión que hacen las sedes educativas con los

actores del sistema de salud respecto al aseguramiento y la prestación de servicios de salud en el entorno escolar, así como aspectos de vigilancia en salud pública.

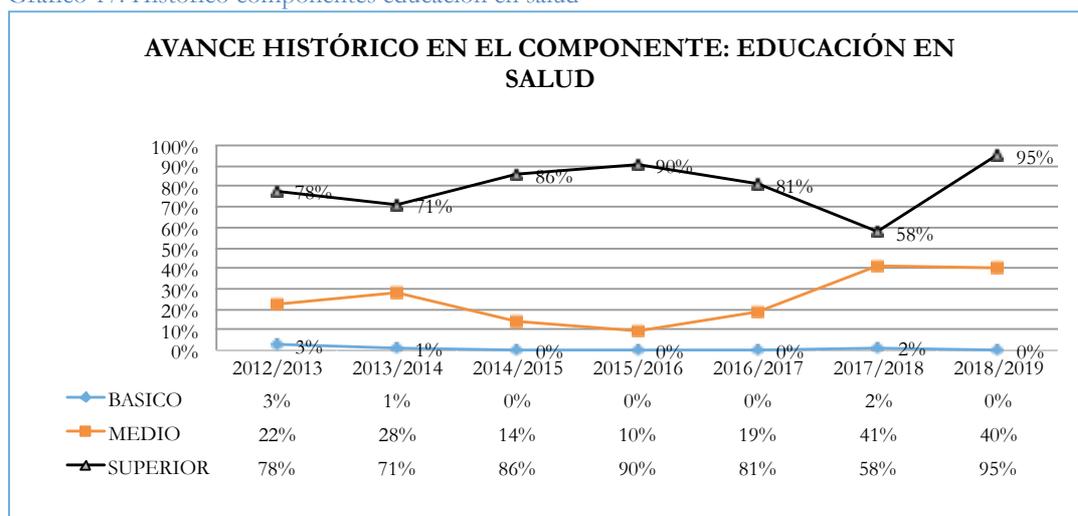
Gráfico 16. Histórico componente reorientación de servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

En el componente de educación en salud se valoran aspectos como la participación, definición y seguimiento de proyectos escolares sobre habilidades para la vida, educación sexual, prevención de consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido se puede observar (Gráfico 17), en la serie de datos que la EES ha mostrado un mejoramiento incremental de las sedes situadas en un nivel superior los últimos años, para el 2019 el 95% de las mismas se encontraban en este nivel, sin embargo, el año inmediatamente anterior solo el 58% de las escuelas estaban en el nivel superior en relación con este componente.

Gráfico 17. Histórico componentes educación en salud

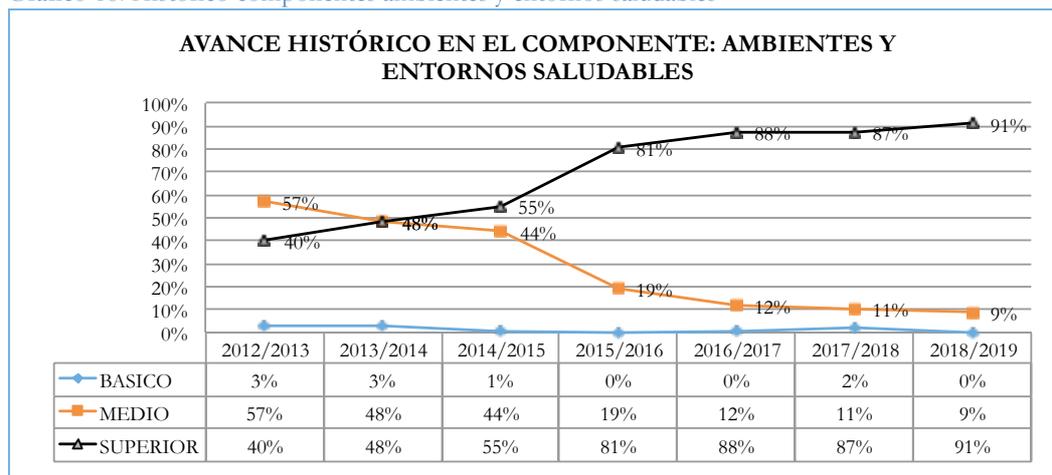


Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

El componente de ambientes y entornos saludables se ha mantenido estable los últimos cuatro años de esta serie de datos, situando al 91% de las sedes en el nivel superior, se puede observar como este

apartado ha mejorado incrementalmente desde el 2015 (Gráfico 18). Con relación a este componente se valoran aspectos como las condiciones del ambiente físico: salones, paredes, baños, restaurante escolar, espacios de recreación. Así mismo se tienen en cuenta las actividades que se realizan en clave de mejorar calidad del agua, control de vectores y roedores, manejo de residuos y de alimentos entre otros. En este apartado está incluido de forma específica todo lo relacionado al concepto de seguridad escolar respecto a brigadas y planes específicos, así como lo pertinente entorno a planes y proyectos ambientales.

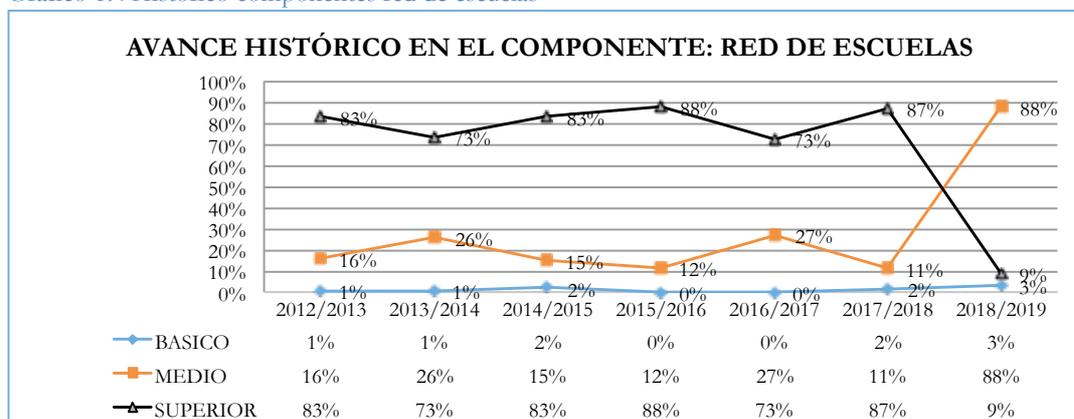
Gráfico 18. Histórico componentes ambientes y entornos saludables



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

Por último, podemos observar lo relacionado al componente de trabajo en red, se observa claramente una caída desde el año 2018 cuando el 87% de las sedes se encontraban en un nivel superior, para el año 2019 las sedes en ese mismo nivel se situaron en el 9%, en correspondencia el nivel medio de implementación paso de 11% en el 2018 al 88% en el 2019 (Gráfico 19). En este aspecto se valoran cuestiones relacionadas a la participación en los nodos, el funcionamiento del grupo gestor y la utilidad de los nodos. Esta caída se puede explicar por la baja participación de actores en estos espacios, sobre ello profundizaremos más adelante cuando señalemos los retos en relación con la participación.

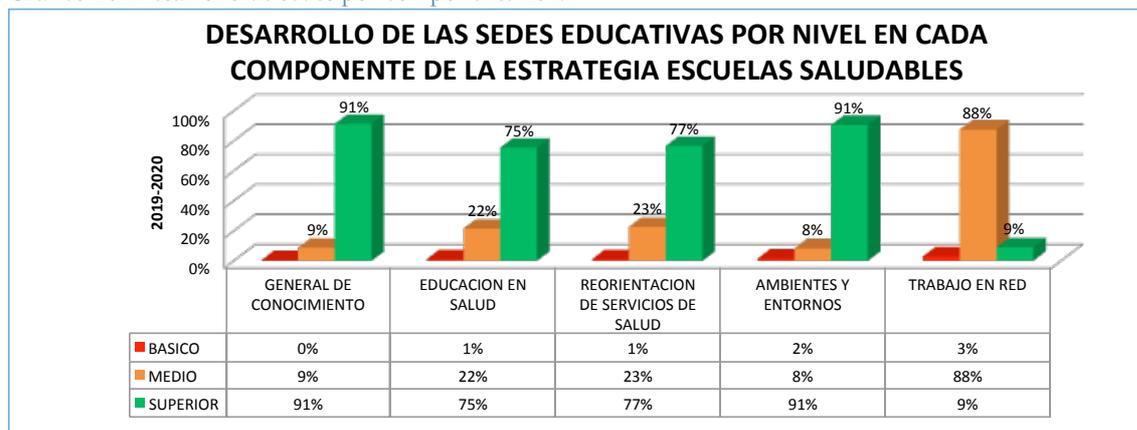
Gráfico 19. Histórico componentes red de escuelas



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

En resumen, para el 2019 tenemos que, por componente, en Cali están en el nivel superior de implementación el 91% de las sedes en conocimiento general, el 75% en educación en salud, el 75% en términos de la reorientación de servicios de salud, el 91% en ambientes y entornos saludables y solo el 9% con relación al trabajo en red (Gráfico 20).

Gráfico 20. Desarrollo de sedes por componente 2019



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

En cuanto a las 10 sedes seleccionadas para esta investigación, como se mencionó anteriormente, para el año 2019 el 60% se posicionaron en el nivel superior de implementación, sin embargo, el desempeño de estas por componente ha variado como se observa a continuación (Tabla 23).

Tabla 22. Nivel de desempeño sedes seleccionadas por componente, año 2019

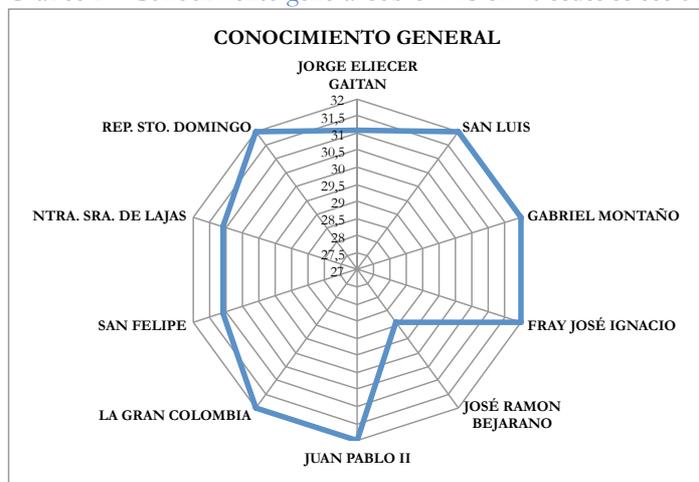
ESCUELA	CONOCIMIENTO		EDUSALUD		SERVICIOS SALUD		AMBIENTES		TRABAJO EN RED		TOTAL	
	PUNTOS	NIVEL	PUNTOS	NIVEL	PUNTOS	NIVEL	PUNTOS	NIVEL	PUNTOS	NIVEL		
JORGE ELIECER GAITAN	31,09	SUPERIOR	61,12	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	76	SUPERIOR	41,6	MEDIO	286,6	SUPERIOR
SAN LUIS	32	SUPERIOR	63,42	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	76,4	SUPERIOR	41,6	MEDIO	290,2	SUPERIOR
GABRIEL MONTAÑO	32	SUPERIOR	60,12	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	72,4	SUPERIOR	46,4	MEDIO	287,7	SUPERIOR
FRAY JOSÉ IGNACIO	32	SUPERIOR	60,12	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	41,6	MEDIO	287,3	MEDIO
JOSÉ RAMON BEJARANO	28,89	MEDIO	56,88	MEDIO	76,8	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	42,4	MEDIO	281,7	SUPERIOR
JUAN PABLO II	32	SUPERIOR	61,72	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	32	MEDIO	279,3	MEDIO
LA GRAN COLOMBIA	32	SUPERIOR	64,02	FALSO	76,8	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	44,8	MEDIO	294,4	SUPERIOR
SAN FELIPE	31,09	SUPERIOR	59,52	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	76,8	SUPERIOR	15,2	BASICO	259,4	MEDIO
NTRA. SRA. DE LAJAS	31,09	SUPERIOR	57,72	MEDIO	70,4	MEDIO	63,6	MEDIO	32	MEDIO	254,8	MEDIO
REP. STO. DOMINGO	32	SUPERIOR	54,94	MEDIO	76,8	SUPERIOR	70	MEDIO	31,2	MEDIO	264,9	MEDIO

Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

En cuanto al aspecto de conocimiento general, para el año 2019, 9 de las 10 sedes seleccionadas estaban en el nivel superior, solo una de ellas en el nivel medio (Gráfico 21). De las escuelas en nivel superior, 6 de las 10 alcanzaron el puntaje máximo para el componente (32 puntos), otras 3 alcanzaron 31,09 de los 32 posibles y la escuela en el nivel medio alcanzó 28,8 de los 32 posibles. En este componente el proceso de tipificación identifica el grado de conocimiento que tiene la escuela sobre la estrategia de ES, la utilidad que tiene esta para su escuela y también recoge la valoración que se hace desde la escuela

sobre las 4 líneas de trabajo (Educación en salud, reorientación de servicios de salud, ambientes saludables y trabajo en red).

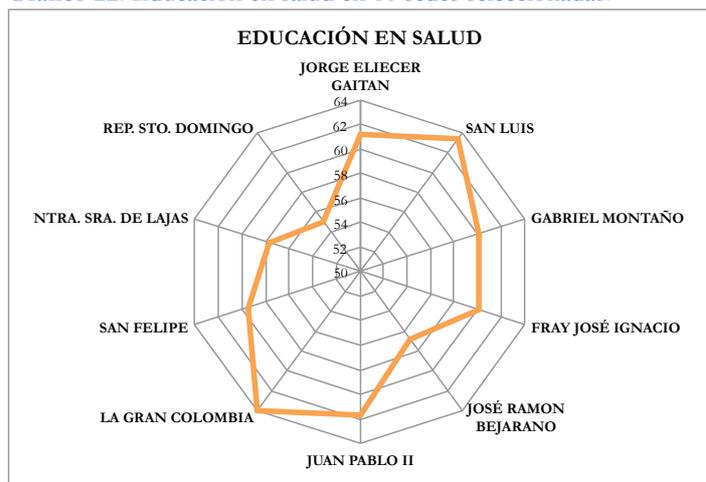
Gráfico 21. Conocimiento general sobre EES en 10 sedes seleccionadas.



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

En el componente de educación en salud podemos observar que 7 de las 10 escuelas estaban en el año 2019 categorizadas en el nivel superior, solo una de ellas alcanzó el puntaje máximo para el componente que era 64 puntos, las tres restantes se categorizaron en el nivel medio con puntajes de 57,7; 56,8 y 54,9 de los 64 posibles (Gráfico 22). En este componente la tipificación revisa aspectos relacionados con los proyectos que trabaja la escuela como el de habilidades para la vida, educación sexual, prevención de consumo de sustancias psicoactivas entre otros. También se identifica si la sede educativa cuenta con cajas de herramientas de escuelas saludables.

Gráfico 22. Educación en salud en 10 sedes seleccionadas.



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

Respecto a la reorientación de los servicios de salud 9 de las 10 escuelas seleccionadas estaban en el nivel superior en el año 2019 ya que alcanzaron el puntaje máximo para esa categoría con 76,8, solo una

de las escuelas se posicionó en el nivel medio con 70,4 que corresponde a la sede Nuestra Señora de Las Lajas (Gráfico 23). En este componente se valoran aspectos como el conocimiento que tienen los docentes sobre las diferencias entre los regímenes de salud o si la sede identifica el régimen de los escolares y le da uso a esta información como orientación a los padres de familia para acceder desde los diferentes programas de promoción y prevención hasta el uso de los servicios de salud.

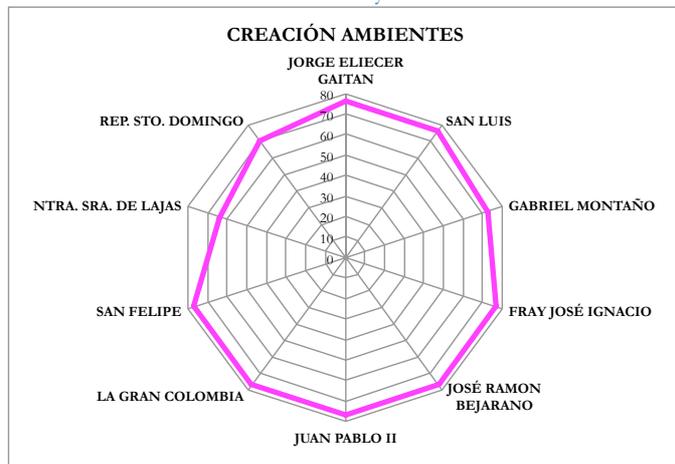
Gráfico 23. Reorientación de servicios de salud en 10 sedes seleccionadas.



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

En cuanto a los ambientes y entornos saludables, 8 de las 10 sedes se ubicaron en el nivel superior, 5 de ellas alcanzaron el puntaje máximo de 76,8, tres más se ubicaron entre 72,4 y 76,4 puntos y las dos restantes que se ubicaron en el nivel medio alcanzaron 70 y 63,6 puntos respectivamente (Gráfico 24). En este apartado el proceso de tipificación valora aspectos como reconocer si las sedes tienen diagnósticos ambientales y los socializan con miembros de la comunidad escolar, si estos diagnósticos se usan para la formulación de proyectos. También se identifica en este componente si la escuela realiza actividades que busquen mejorar los ambientes, la percepción de las instalaciones y la gestión para solución de situaciones relacionadas a los entornos.

Gráfico 24. Creación de ambientes y entornos saludables en 10 sedes seleccionadas.



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

Por último, en el componente de trabajo en red podemos observar que para el año 2019, 9 de las 10 escuelas se ubicaron en un nivel medio con puntajes que oscilaron entre 32 y 46,4 de los 51,1 posibles para este componente, la escuela restante (San Felipe) se ubicó en el nivel bajo con 15,2 (Gráfico 25). En este componente se valoran aspectos como: la identificación del grupo gestor y la institucionalización del mismo con su respectivo plan de acción y el reconocimiento de la articulación de este plan de acción con otras instituciones (Ejemplo: policía, gobernación, empresas de aseo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Juntas de Acción Local y Comunal, Secretarías de Tránsito, Educación entre otras). Otro elemento que se identifica en este componente es lo relacionado a la participación de las escuelas en los nodos y la gestión de los compromisos que se derivan de estos espacios. Precisamente en el caso de la sede San Felipe se encontró en la información del grupo focal que tenían problemas con la participación de padres de familia como se muestra a continuación:

*“ellos saben que existe, no porque alguien los reuniera y les contara y hayan aprendido, sino porque ven los niños con sus actividades, son los niños quienes cuentan, pero pensamos que abrir unos espacios desde secretaría de educación... que viniera, les contara, les mostrará (...) ellos no saben, está el niño que cuenta y está el que no cuenta” (GD. SF).*

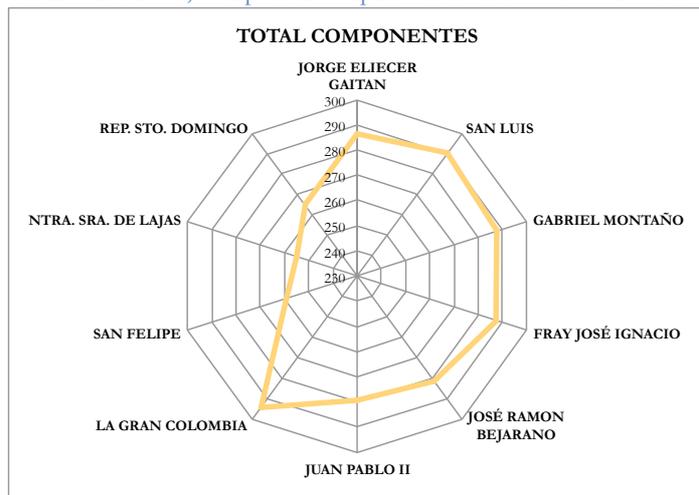
Gráfico 25. Trabajo en red en 10 sedes seleccionadas.



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

Como vemos en el siguiente gráfico, de forma general, de las 10 sedes seleccionadas 6 se han ubicado en un nivel superior para el año 2019, ninguna de ellas alcanzando el puntaje máximo en el proceso que es de 300 puntos, los puntajes de estas 6 han oscilado entre 286,6 y 294,2. Las 4 sedes restantes ubicadas en el nivel medio de implementación han alcanzado puntajes entre 254,8 y 279,3 (Gráfico 26).

Gráfico 26. Total, componentes tipificación en 10 sedes seleccionadas.



Fuente: Elaboración propia con serie de datos de tipificación de la EES de la Secretaría de Salud.

Además de los hallazgos en cuanto al proceso de tipificación que se da sistemáticamente, en el año (2019) se implementó un proceso de complementariedad en el seguimiento de naturaleza cualitativa por medio de diarios de campo, este se hizo segmentado de acuerdo con las zonas de Cali y fue realizado por el equipo técnico de la EES, los datos de estos diarios han sido utilizados como fuente adicional de información en el desarrollo de esta investigación. A continuación, se presentan de forma general cuatro ejes del análisis de la EES en clave de la estructura de estos diarios de campo, en cada apartado también se incorpora información específica de las 10 sedes seleccionadas.

Inicialmente tenemos lo relacionado a los resultados de las políticas escolares saludables implementadas en las sedes educativas; posteriormente, se presenta un análisis del ambiente escolar seguido de los vínculos comunitarios de las sedes educativas. Finalmente se presenta un análisis de las competencias en salud desarrolladas.

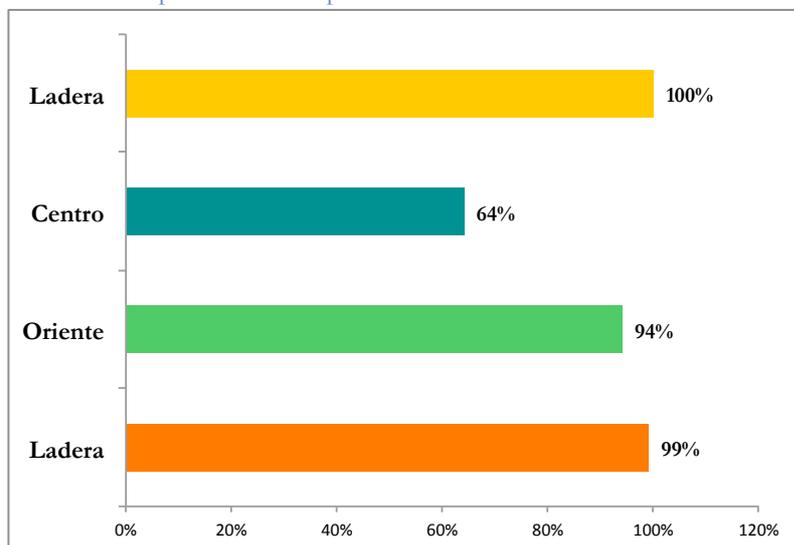
### 5.3.1 Implementación de políticas escolares saludables

En los diarios de campo se identificaron diversas políticas implementadas en las sedes educativas de las diferentes zonas de la ciudad. Como se observa (Gráfico 27), en la zona norte en el 99% de las escuelas se reconoció la implementación de algún tipo de política; por su parte, en la zona oriente el 94%, en la zona centro el 64% y en la Ladera en el 100% de las sedes. Dichas políticas se pueden agrupar en 4 (cuatro) categorías: i. políticas que favorecen el entorno; ii. políticas dirigidas a alimentación saludable y actividad física; iii. políticas de salud mental; y iv. desarrollo de planes y proyectos institucionales saludables.

La implementación de dichas políticas por categoría es diferencial. De acuerdo con lo reportado, esto puede tener relación con las características del contexto de cada zona e incluso a las necesidades particulares de cada sede y a la toma de decisiones desde la autonomía educativa. En el siguiente gráfico

28 se observa la sumatoria de sedes por zona que implementan las políticas por cada categoría, allí se identifica que las políticas más implementadas corresponden a las de salud mental y a las que favorecen el entorno (Gráfico 28).

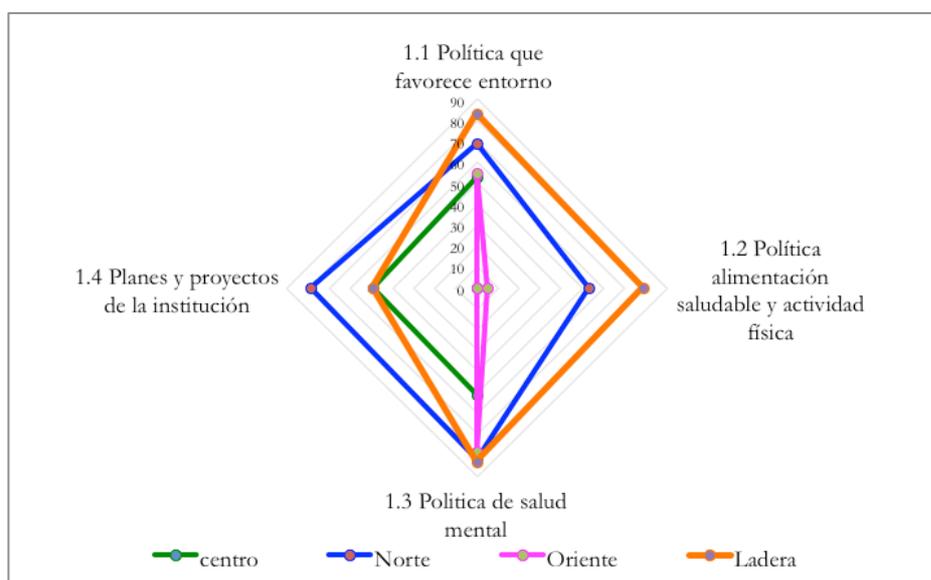
Gráfico 27. Implementaciones políticas escolares saludables.



Fuente: Elaboración propia con datos de diarios de campo.

De otro lado, la categoría de políticas que fueron identificadas con menor frecuencia fueron las relacionadas con alimentación saludable y actividad física, en especial en las escuelas de la zona céntrica, lo cual puede estar relacionado como se mencionó con anterioridad al contexto social de las escuelas, las cuales requieren de políticas que atiendan sus problemáticas priorizadas para ser intervenidas. Así mismo en relación con la zona, se puede observar que las sedes educativas del oriente caleño han implementado en mayor medida políticas relacionadas con la salud mental y el entorno. Las sedes de Ladera y Norte han implementado políticas en las distintas categorías.

Gráfico 28. Implementación de políticas por categoría en las zonas de la ciudad.



Fuente: Elaboración propia con datos diarios de campo.

Las políticas identificadas con mayor frecuencia en la primera categoría de políticas que favorecen el entorno fueron: Decreto 1743 de 1994 (Proyecto Ambiental Escolar -PRAES), la ley 1523 de 2012 (Gestión del Riesgo), la ley 373 (Manejo y protección del recurso hídrico), la ley 142 de 1994 (Plan de Manejo de Residuos Sólidos), la ley 1506 de 2012 de (Plan Integral de Residuos Sólidos). En lo que se refiere a las políticas de alimentación saludable y actividad física, únicamente se encontraron la ley 1355 de (Obesidad) y el Decreto 0666 de 2010 (Tiendas escolares saludables).

Por su parte, las políticas incorporadas en la categoría de salud mental, que como se mencionó anteriormente fue la que más se implementó, fueron: la ley 1620 (Resolución de conflictos y fortalecer la sana convivencia en el entorno educativo), ley 1616 (Salud mental), Ley 1566 (Consumo de sustancias psicoactivas).

### Implementación de políticas escolares saludables en las 10 sedes seleccionadas

En lo que respecta a las 10 sedes seleccionadas para esta investigación, podemos observar (Gráfico 28), que en 9 de las 10 se identifica trabajo en políticas que favorecen el entorno, la mayoría de ellas en relación con los desarrollos alrededor del Proyecto Ambiental Escolar (PRAES), solo en una de las 10 (San Luis), no se identificó nada en relación con trabajo en políticas que favorezcan el entorno.

*“El proyecto PRAES promueve la promoción del cuidado del medio ambiente. Están fortaleciendo con toda la comunidad educativa las actividades que tienen relación con el cuidado del medio ambiente, el reciclaje, la tierra, el agua (...)”*(Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

Por otro lado, en cuanto a políticas de alimentación saludable y actividad física se puede observar en los diarios de campo que solo tres de las diez sedes trabajan de forma específica este tipo de políticas como se resalta a continuación:

*“(...) se realiza día de la fruta, semana saludable y cuidado del medio ambiente donde se promueve acciones y prácticas de vida activa. La sede educativa ha ejecutado escuelas de familias para el fortalecimiento e incorporación de los estilos de vida saludable y seguros en el hogar. Por ser una zona rural, no se observan vendedores ambulantes; los estudiantes consumen lo ofertado en el restaurante escolar; no cuentan con tienda escolar y se promueve la lonchera saludable.”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

En cinco de las sedes no se reportó nada relacionado a este tipo de intervenciones y en dos de ellas, hay desarrollos parciales que se presentan como intervenciones que se promueven desde las escuelas, relacionadas a hábitos y estilos de vida saludable como plan transversal a las áreas de trabajo. Cuentan además con la tienda escolar pero no se evidencia del todo saludable, ya que en ellas se sigue vendiendo mucha comida chatarra. Algunas de las problemáticas identificadas se relacionan con que las contrataciones de los tenderos no son directamente con la escuela, sino que estos deben pagar una renta al establecimiento escolar y aluden que vender alimentos saludables incrementa los precios de venta, lo cual no sería de fácil consumo para los estudiantes. Por lo tanto por rentabilidad es mejor vender fritos, empaquetados y bebidas azucaradas (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

Al igual que en los resultados generales, las políticas que más se desarrollan en estas diez sedes seleccionadas además de las del entorno son las de salud mental, 9 de las 10 reportan este tipo de trabajo, en el marco de este, de acuerdo a los diarios de campo, los docentes de las sedes educativas promueven prácticas de convivencia en el aula de clases, además conocen las rutas de atención para acoso escolar. A su vez promueven prácticas de salud mental y autocuidado, en el marco de estas se trabaja en prevención del consumo de sustancias psicoactivas por medio de campañas y talleres, lo mismo que la prevención del abuso sexual por medio del protocolo de atención en casos de violencia y abuso sexual (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019). El trabajo en salud mental en las escuelas se presenta en relación directa con la convivencia, es por ello por lo que este tipo de políticas o estrategias en salud mental son de gran utilidad para las escuelas y maestros, ya que les dan herramientas para trabajar temas sensibles como la resolución pacífica de conflictos, la prevención del consumo de sustancias y la prevención de delitos sexuales entre otros.

Por último, pudimos observar que de las diez sedes seleccionadas en cuatro de ellas no se encontró mayor desarrollo sobre el concepto saludable en sus planes o proyectos institucionales, en las seis restantes sí que se expresa en este tipo de instrumentos el ejercicio desde el concepto de escuelas saludables, sobre todo en relación con el acompañamiento que se hace desde la estrategia a docentes y directivos.

*“Las capacitaciones de escuelas saludables les han gustado mucho, el coordinador es quien ha asistido y ha replicado la información con la comunidad educativa y articulado a los proyectos de sexualidad y convivencia (...). Además de las articulaciones a los planes, el apoyo de las instituciones y programas que llegan han servido para alimentar los proyectos” “(...) los estilos de vida saludable se encuentran en el marco de proyecto transversal y articulado al PEI. Dentro de su PEI, cuentan con actividades mes a mes que favorecen los estilos de vida saludables teniendo en cuenta sus planes educativos de aula”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

Gráfico 29. Políticas escolares saludables en diez sedes seleccionadas.

POLÍTICAS ESCOLARES SALUDABLES				
Sede Educativas	Política que favorece el entorno	Política alimentación saludable y actividad física	Política de salud mental	Planes y Proyectos de la Institución
Jorge Eliecer Gaitán	Sí	Sí	Sí	Sí
San Luís	Sí	Sí	Sí	Sí
José Ramón Bejarano	Sí	No	Sí	No
San Felipe	No	No	Sí	No
Juan Pablo II	Sí	Intermedio	Sí	No
La Gran Colombia	Sí	Intermedio	Sí	Sí
Fray José Ignacio Ortiz	Sí	No	No	Sí
Gabriel Montaña	Sí	No	Sí	Sí
Nuestra Señora de las Lajas	Sí	No	Sí	No
República de Santo Domingo	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia con datos de diarios de campo.

### 5.3.2 Ambiente escolar

El ambiente escolar se analizó en dos subcategorías que se presentan a continuación: entorno físico y entorno psicosocial.

#### 5.3.2.1 Entorno físico

En las sedes educativas de la ciudad se resaltan las acciones educativas y pedagógicas relacionadas con temas ambientales, especialmente el cuidado de agua. En las escuelas realizan actividades como jornadas lúdicas, elaboración conjunta de carteleras y presentaciones alusivas a la temática. Esto sugiere el compromiso de los docentes y directivos por promover acciones de conservación de los recursos naturales dentro y fuera de las escuelas.

Adicionalmente, se resaltan las acciones educativas relacionadas con el control de vectores como mosquitos y zancudos para la prevención de enfermedades como Dengue y Zika. A continuación, se presentan el total de las sedes educativas de las 266 donde se realizan acciones educativas de conservación ambiental y de control de vectores (Tabla 24)

Tabla 23. Temas de educación ambiental implementados en las sedes educativas de la ciudad.

Temas de educación	Sedes
Acciones para el cuidado y conservación del recurso hídrico	220
Acciones para la protección de los recursos naturales	214
Acciones para la prevención de criaderos de vectores	38

Fuente: Elaboración propia con datos de diarios de campo.

De acuerdo con la información ofrecida por los docentes de las escuelas donde se realizan las actividades, estas han sido muy importantes para que los estudiantes comprendan la importancia de la conservación y cuidado del ambiente, no obstante, se encontró que, en sedes educativas de la zona rural, realizan actividades recreativas donde se desperdicia gran cantidad de agua, de tal manera que es en esas instituciones donde se debe aumentar la sensibilización sobre su cuidado. Adicionalmente, vale la pena considerar que el 95% de las escuelas ejecutan el Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS); el 5% restante de las sedes, tienen dificultades en el proceso de recolección, manejo, tratamiento, aprovechamiento o disposición final de los residuos sólidos.

De las 266 sedes educativas, once no tienen espacios óptimos para realizar actividad física, y 73 no cuentan con zonas verdes, en los que se incluyen jardines, césped o huertas escolares. La mayoría de las instituciones que no cuentan con estos espacios necesarios para la recreación y esparcimiento de la comunidad educativa son las ubicadas en la zona norte y la zona centro.

En lo que respecta a la presencia de animales, se encontró que en un total de 86 sedes educativas hay presencia de animales domésticos: perros y gatos. Los perros en su mayoría se encuentran vacunados y esterilizados, sin embargo, el mayor problema en cuanto a los animales lo representan los gatos, quienes se desconoce si están vacunados y además se reproducen fácilmente, aumentando su población en las sedes educativas de toda la ciudad. Otro tipo de animales presentes en las sedes son las zarigüeyas, ardillas y gallinas, especialmente en las sedes de la zona rural.

De otro lado, se identificó presencia de roedores en 48 sedes, esta información ha sido reportada por docentes y directivos quienes en su totalidad han realizado acciones para erradicarlas. La presencia de estos roedores ha tenido como efecto la aparición de serpientes en ocho de las sedes que se ven atraídas por los roedores como alimento. Asociado a esto, en algunas sedes educativas que reportan la presencia de roedores, se encuentra la inadecuada disposición de “inservibles”<sup>3</sup>, ya que tienen lugares para almacenamiento a los que no les realizan ningún tipo de aseo o mantenimiento, favoreciendo la presencia de estos animales.

En cuanto a los vectores, se identifica principalmente la presencia de grandes poblaciones de palomas, especialmente en las sedes educativas de la zona oriente, donde se reportan nidos en los techos de las construcciones. En total son 15 quince sedes que tienen presencia de estos animales. Otro tipo de vectores identificados son los zancudos y mosquitos, debido principalmente al almacenamiento de agua y a que algunas sedes cuentan con amplias zonas verdes y huertas donde no se realiza mantenimiento y son escasas las acciones de control para evitar la reproducción de dichos vectores.

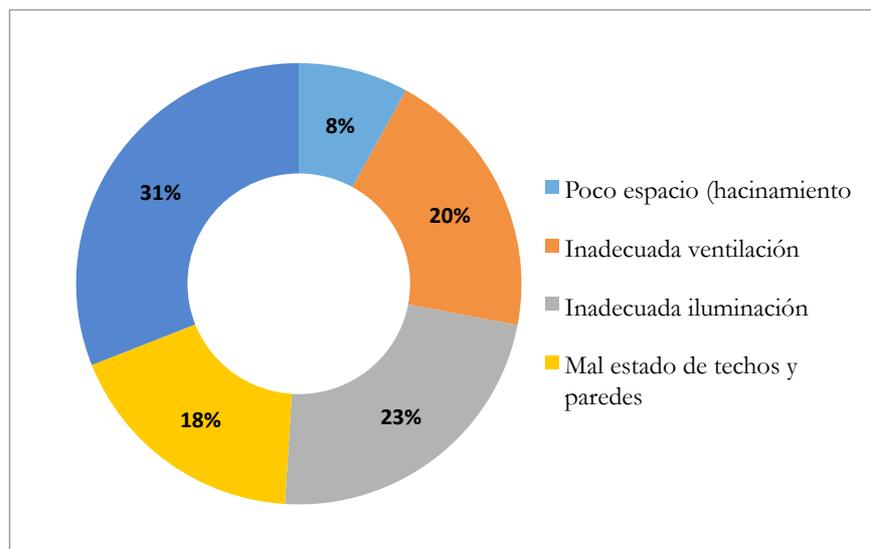
En el tema de infraestructura de las sedes se consideró el estado del espacio físico y los equipamientos, encontrándose que un total de 123 escuelas (46%) cuentan con condiciones favorables de infraestructura; esto hace referencia a que las instituciones tienen espacios suficientes y óptimos para que los estudiantes y en general la comunidad educativa desarrollen sus actividades. Adicionalmente, estos espacios cuentan con iluminación y ventilación adecuadas, así como un buen estado de los baños. Por otro lado, 30 sedes (11%) cuentan con condiciones regulares de infraestructura, es decir, que algunas zonas de la escuela están en buen estado, pero otras zonas se encuentran con inadecuadas condiciones, que en su mayoría corresponden al estado de los baños y de las baterías sanitarias. Finalmente, se identifican 113 sedes (42%) donde confluyen diferentes problemas estructurales como hacinamiento, inadecuada ventilación e iluminación, mal estado de los techos y paredes, y mal estado de los baños.

A continuación, se presenta en el gráfico 29 los principales problemas de infraestructura identificados en las sedes educativas.

---

<sup>3</sup> Se entiende por inservibles a los mobiliarios de las aulas que no tienen uso por mal estado como asientos, mesas, etc.

Gráfico 30. Principales problemas estructurales identificados en sedes educativas



Fuente: Elaboración propia con datos de diarios de campo.

Adicional a lo mencionado, se encontró que 15 sedes educativas se encontraban en proceso de remodelación a la fecha de la recolección de la información y 16 escuelas tienen riesgos estructurales debido a la antigüedad de las sedes y a que aún no están remodeladas. En estos riesgos se identifican: paredes agrietadas, techos inseguros o con asbesto y pisos en mal estado (huecos y grietas). Considerando estas amenazas estructurales en las sedes y otras que puedan presentarse, casi la totalidad de las sedes educativas implementan los Planes de Gestión de Riesgo (PGER), solo un 2% tienen limitaciones en la realización de señalización, conformación de brigadas y/o construcción de mapas de riesgos.

Finalmente, en el ambiente físico se consideró también los lugares de venta de alimentos al interior de las sedes y en los alrededores, encontrándose que hay altas cantidades de ventas informales de diversos tipos de alimentos, pero en general poco saludables, ya que en su mayoría son productos con alto nivel de procesamiento industrial y/o alto contenido de azúcar y grasa. Por otro lado, al interior de las sedes educativas, aunque hay algunas que exigen la venta de alimentos saludables para garantizar que los niños consuman solo estos por otro lado los alimentos que se ofrecen por el Programa de Alimentación Escolar (PAE) pareciera que están en contravía, ya que cuando estos no se preparan en la sede, se entregan a los niños alimentos poco saludables (altos en azúcar, grasa, aditivos, etc.).

### Entorno físico en las diez sedes seleccionadas

En concordancia con los resultados generales párrafos atrás, en 8 de las 10 escuelas seleccionadas se resaltan acciones educativas y pedagógicas sobre el cuidado de los recursos, en especial sobre el manejo del agua como se señala en la siguiente cita:

*“Las docentes articulan al área de ciencias naturales al cuidado adecuado de los recursos naturales. Hay conciencia ecológica con canción:” el marranito”. **El cuidado y conservación del agua es un trabajo continuo, Además de la celebración de fechas especiales para promover el cuidado y conservación de los recursos naturales (Día del agua, del árbol, de la tierra, del medio ambiente)”** (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).*

En cuanto a la infraestructura física, las diez escuelas tienen condiciones aceptables, solo en 2 de las 10 se señala que tiene baños descuidados o en estado regular, en otras cuatro escuelas se menciona que los baños están en buenas condiciones, incluso en dos de estas cuatro se señala que los baños han sido renovados hace muy poco, en las cuatro sedes restantes se ha mencionado que, pese a que los baños están en buen estado, no son del tipo ahorrador. Es importante señalar también que en dos de estas escuelas se señala que no hay buenas condiciones de iluminación y ventilación, en general no se hace ninguna referencia a situaciones de hacinamiento.

La EES en Cali tiene un claro énfasis en lo relacionado a la gestión del riesgo, pues en su etapa inicial operativizó los lineamientos de los Planes de Gestión del Riesgo (PGER) al interior de las escuelas, es por ello por lo que en las 10 escuelas seleccionadas se puede observar la conformación de brigadas escolares, la señalización de rutas de emergencia, los mapas de riesgo y algunos insumos como extintores, botiquines y tablas rígidas.

En cuanto a la gestión de residuos se puede observar en la información de los diarios de campo que en general las diez sedes abordan este aspecto desde la sensibilización del reciclaje, en especial en relación con la separación en la fuente. Las escuelas en su mayoría disponen de puntos ecológicos para el depósito de estos residuos. La principal problemática es sobre la disposición final de estos, solo en dos de las diez escuelas se señala que particulares hacen la recolección sobre todo de papel y cartón, en el resto se trabaja la “sensibilización” pese a que la gestión del residuo final no tiene un manejo diferencial.

*“El Plan de Gestión Integral de Residuos (PGIR) funciona muy bien, los estudiantes están sensibilizados frente al manejo adecuado de los residuos sólidos. Un señor recoge los residuos que separan en la sede educativa (...)”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

En seis de las diez sedes se cuenta con espacios para la actividad física y/o el deporte, sin embargo, en la mitad de ellas no se hace referencia a zonas verdes, algunas de estas solo hacen referencia a huertas escolares o a plantas ornamentales dispuestas en macetas. Por último, se observa que las todas las escuelas cuentan con buenas instalaciones de tiendas escolares o de restaurantes escolares, sin embargo, la situación problemática que se da es en relación con los vendedores ambulantes que venden sus productos desde la parte externa de las escuelas sobre todo en los horarios de receso, dos de las diez escuelas parece ser que han incorporado acuerdos con estos vendedores para ingresar a las instalaciones y vender adentro en el horario del receso.

*“Tienen tienda escolar pero además han permitido que dos vendedoras externas de mago y helado ingresen” “hay una señora externa a la tendera que tiene el permiso desde coordinación para vender mango niche, obleas y helados”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

### 5.3.2.2 Entorno psicosocial

En el entorno psicosocial se identifican problemas de convivencia en las sedes educativas de todas las zonas, no obstante, se encontró que, a través del trabajo realizado desde el componente de habilidades para la vida, la comunidad educativa sobre todo los estudiantes, conocen y ponen en práctica el adecuado manejo de las emociones, la comunicación asertiva y los valores, lo cual ha facilitado el accionar frente a los problemas de convivencia que puedan presentarse. Así mismo, el Sistema Municipal de Convivencia Escolar a través de la Ruta de Atención Integral (RAI) adelanta acciones relacionadas con la Convivencia Escolar, por ejemplo, la creación de Comités Escolares de Convivencia (CECO), lo cual ha significado una herramienta de gran importancia para la Convivencia Escolar, los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos.

Otro de los puntos de gran relevancia en las instituciones educativas dirigido a fortalecer la convivencia, respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos es la Estrategia Centros de Orientación Psicosocial (COPs) de la Secretaría de Educación Municipal que integra a profesionales psicosociales a las Instituciones Educativas públicas para apoyar la implementación del Sistema Municipal de Convivencia Escolar.

Otras de las acciones identificadas en algunas sedes educativas es que los docentes han articulado la enseñanza y práctica de actividades artísticas como danza y teatro, resaltando la importancia del respeto, la tolerancia, la empatía, etc., con el fin de fortalecer y mejorar las relaciones entre los miembros de la comunidad educativa. De otro lado, en las sedes manifiestan que es importante el apoyo en estos temas por parte de los profesionales en psicología de la Secretaría de Salud, de la EES; sin embargo, también se han evidenciado problemas de poca continuidad de los procesos debido a los inconvenientes en las formas de su contratación, de este apartado en específico hablaremos más adelante en relación con los factores que han dificultado la implementación de la estrategia.

Adicional a lo anterior, en muchos de los proyectos institucionales y las actividades pedagógicas se trabajan las competencias ciudadanas, donde hay énfasis en los valores que son importantes en el tema de convivencia. Así mismo, los docentes, de acuerdo con el contexto, desarrollan estrategias para fortalecer las relaciones positivas entre los estudiantes, por ejemplo, en algunas sedes de la zona norte los docentes realizan acuerdos de aula, donde se ponen ciertas normas para favorecer la convivencia.

Respecto a la salud mental de la comunidad educativa, se resalta la importancia de la Estrategia Centros de Orientación Psicosocial (COPs), la cual ha fortalecido la atención de la población escolar a través del Sistema de Convivencia Escolar, Derechos humanos, Sexuales y Reproductivos. De esta forma, en las sedes manifestaron la necesidad de avanzar en este tipo de intervenciones en las escuelas no solo por la convivencia sino por el adecuado abordaje de las problemáticas más frecuentes, como el consumo de sustancias psicoactivas y las lesiones auto infligidas.

En gran parte de las sedes, manifiestan conocer las competencias de los diferentes sectores competentes, así como los protocolos de atención emitidos por el Comité Municipal de Convivencia Escolar - COMCE; aunque únicamente en un 4% mencionaron la ocurrencia de situaciones que han requerido la activación de los protocolos de atención, en casi la totalidad de las sedes manifiestan que reconocen las rutas, identificando la importancia de involucrar a diversos actores que se comunican e interactúan en función de brindar una atención integral e integrada a la niñez y la adolescencia. De igual modo, cuando se han presentado situaciones esporádicas que impactan el clima escolar, que son las más comunes, los docentes saben cómo manejarlo y manifiestan que resuelven en el aula.

En lo que corresponde a educación para la sexualidad, en las instituciones se implementa el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC), que tiene como objetivo fortalecer el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad; todo bajo un enfoque de construcción de ciudadanía, derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos. Bajo este programa se realizan prácticas pedagógicas que favorecen el desarrollo de habilidades y conocimientos en los estudiantes, que le permitan tomar decisiones que enriquezca su proyecto de vida; por ejemplo, se trabaja sobre un material audiovisual “El libro de TERE”, donde se abordan diferentes temas de derechos sexuales.

También, en algunas sedes se menciona la relevancia que se le da a los temas de equidad de género y del apoyo que dan algunas instituciones como la Universidad del Valle y la arquidiócesis de Cali, con las cuales ha habido articulación para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos y, como se mencionó anteriormente, la equidad de género. Adicionalmente, los docentes buscan informarse y asistir a capacitaciones ofrecidas por la Alcaldía para transmitir en el aula y para tener mayores herramientas pedagógicas.

Uno de los temas de gran relevancia que requiere de mayor atención en los estudiantes es el “sexting”, practica reciente que implica la recepción o transmisión de imágenes o videos que conllevan un contenido sexual a través de las redes sociales, ya sea con o sin autorización de quien los coloca en el medio. Con relación a lo anterior, se identificaron 18 casos de presuntos abusos sexuales, en los que en su totalidad se ha activado la ruta de atención.

Finalmente, dentro de los riesgos a los que se encuentran expuestos los estudiantes se resaltan los ambientes alrededor de las sedes educativas, donde se identifican consumo y expendios de sustancias psicoactivas, actos de violencia como hurtos, homicidios, presencia de pandillas y fronteras invisibles. En cada una de las zonas se identifican sedes con las problemáticas presentadas y aunque en ocasiones existe apoyo de la comunidad es difícil de controlar y de garantizar la seguridad de los estudiantes.

### Entorno psicosocial en las diez sedes seleccionadas

Respecto a las sedes seleccionadas para esta investigación, se puede observar que en 9 de las 10 se han instaurado mecanismos para la resolución de conflictos y mejoramiento de la convivencia escolar, la mayoría de ellos permeados por el componente de habilidades para la vida y en específico el del control de las emociones. En 7 sedes se menciona de forma protagónica el rol de la figura de “mediadores escolares” para la resolución pacífica de los incidentes de convivencia que se presentan habitualmente como: hablar mal de los compañeros, hacerles burlas y en ocasiones peleas con insultos verbales.

*“(...) los niños y niñas mediadores han aprendido a resolver conflictos, mediante el dialogo, el respeto y generando acuerdos de convivencia. Reconocen que controlar las emociones es necesario para prevenir conflictos. Estos mediadores son escogidos desde el grado tercero hasta quinto de primaria. Los docentes hacen seguimiento y acompañamiento constante al proyecto”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

Por otra parte se puede observar en la información analizada que solo 6 escuelas hacen mención específica al Comité de Convivencia Escolar, pese a que su implementación es obligatoria de acuerdo a la Ley 1620 del año 2013 que crea precisamente el Sistema Nacional de Convivencia Escolar (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019) . Otro aspecto a señalar es que la mayoría de incidentes de convivencia que se registran son situaciones tipo I, de acuerdo al Decreto que reglamenta el Sistema de Convivencia, estas corresponden a un tipo de conflictos manejados inadecuadamente y aquellas situaciones esporádicas que inciden negativamente en el clima escolar, y que en ningún caso generan daños al cuerpo o a la salud (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

En cuanto a salud mental la información suministrada muestra datos en 8 de las 10 escuelas seleccionadas, en este apartado es importante señalar que en lo referente al enfoque que se la ha dado a la salud mental, hay un vínculo especial con el consumo de sustancias psicoactivas, específicamente se evidencian acciones para la prevención de este consumo en la mayoría de las escuelas seleccionadas. En este sentido el componente de la salud mental parece ser que se aborda desde la problemática en salud pública relacionada al consumo de estas sustancias.

*“El proyecto de prevención del consumo de spa se trabaja promoviendo los proyectos de vida, el autocuidado, la autoestima, los hábitos saludables. Las docentes reconocen que la PS es importante, saben que los estilos de vida saludables ayudan a prevenir enfermedades y riesgos. En este caso, la prevención del consumo de spa se trabaja*

*desde el autocuidado, autoestima, y promoción de hábitos saludables, como la alimentación y el deporte”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

En este caso también se hace referencia al reconocimiento que se hace a la ESS como algo fundamental y positivo, ya que ha brindado durante muchos años herramientas para articular a los proyectos temas de interés en salud pública, en el caso específico de la salud mental se señala que los docentes promueven en los planes de aula temas relacionados al manejo de emociones, sentimientos y comunicación asertiva como método de fortalecimiento y empoderamiento de los estudiantes para su bienestar.

Otro aspecto que la EES relaciona a los ambientes psicosociales saludables es el de la sexualidad, en este sentido el abordaje que se puede observar en la información de los diarios de campo es sobre los cambios físicos de la pubertad como queda explícito en la siguiente cita:

*“(…) se han enfocado a trabajar el autocuidado, la autoestima, cuidado y respeto por el cuerpo, cambios físicos en la pubertad, respeto por la diferencia”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

Estos cambios físicos sin un correcto manejo pueden ocasionar problemas de convivencia y hacer hostil el entorno escolar, en las escuelas seleccionadas se puede identificar que lo que se hace con relación a la salud sexual se enmarca en el proyecto escolar de sexualidad, este se enfoca en el conocimiento de sí mismo, de las partes privadas, el cuidado y respeto por el cuerpo y la prevención del abuso sexual.

Por último, el ambiente psicosocial de la escuela también incluye el entorno de la misma, en este sentido la principal dificultad que señalan las escuelas seleccionadas a través de los diarios de campo es en relación a la venta de sustancias psicoactivas en los alrededores de las escuelas, no solo por el riesgo acumulado con la delincuencia sino porque estos entornos adversos hacen que el trabajo al interior de las escuelas sea más difícil en cuanto a la prevención del consumo por parte de los escolares.

*“(…) el coordinador menciona que en los alrededores de la sede educativa se evidencia consumo y expendio de sustancias psicoactivas lo cual se convierte en un constante riesgo psicosocial. Mencionan que se hace mucho más difícil la prevención en los alumnos puesto que muchos de los familiares o cuidadores son consumidores”* (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019)

### **5.3.3 Vínculos comunitarios**

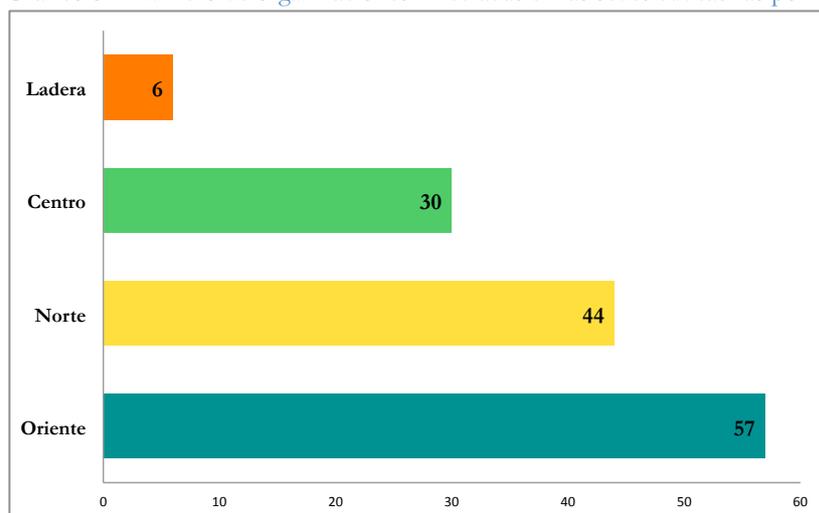
Para este fin, los diarios de campo tuvieron en cuenta los vínculos comunitarios en clave de las organizaciones que participan o que están vinculadas en procesos de las instituciones educativas, de los grupos gestores y de los miembros de la comunidad que participan.

En primera instancia, se encontró que en total las sedes educativas interactúan con 63 instituciones, fundaciones u organizaciones tanto del sector público como privado. Las que fueron identificadas con

mayor frecuencia fueron: Secretaría de Salud Municipal, Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente (DAGMA), Universidad del Valle, Policía Nacional, y las Redes de salud de cada zona (Norte, Oriente, Centro y Ladera).

A continuación, en el gráfico 30 se muestra el total de instituciones, fundaciones u organizaciones vinculadas a diferentes procesos en las sedes educativas y que fueron identificadas por sede.

Gráfico 31. Número de organizaciones vinculadas en las sedes educativas por zona.



Fuente: Elaboración propia con datos diarios de campo.

Con relación a los grupos gestores, definidos en la EES como grupos conformados por representantes de la comunidad educativa encargados de realizar diagnóstico, capacitación y socialización de planes de acción en cada sede educativa, se identificaron en total 239 sedes que cuentan con este grupo conformado; por su parte, 8 sedes no lo tienen conformado o no está activo y en 19 de ellas no se tiene información.

A nivel general los grupos gestores se han integrado con los Comités de Alimentación Escolar, el cual es un grupo de participación ciudadana y de control durante la planeación y ejecución del Programa de Alimentación Escolar.

Finalmente, en lo que respecta a las formas de participación de la comunidad educativa, se identificaron diferentes formas de vincular sobre todo a los padres de familia, que son quienes se encuentran por fuera del plantel. Se encontró que, en 244 de las 266 sedes, realizan actividades donde integran a los padres de familia, actividades de tipo culturales, recreativas y principalmente formativas.

En las sedes educativas de la zona norte, se identifica que se realizan jornadas de salud, consejos de padres, escuelas de familia, festivales de la familia. En la zona oriente se registran diferentes talleres formativos para toda la comunidad educativa, enfocados en temas de educación sexual, manejo de redes

sociales, pautas de crianza, prevención de consumo de SPA, buen trato; y además actividades recreativas donde se incentivan los estilos de vida saludables.

En la zona centro por su parte, se identificó la realización de festivales y ferias enfocada en la participación de las familias para fortalecer los valores; se realizan actividades con el DAGMA para enseñar a la comunidad educativa sobre el cuidado y conservación del ambiente; festivales de recreación, comités de recuperación de espacios físicos, encuentros saludables; y escuelas de padres donde se abordan diferentes temáticas, entre las que se encuentran aprovechamiento del tiempo libre, alimentación saludable. Para terminar, en la zona ladera, las sedes reportan la realización de escuelas de familia, consejos académicos, semana saludable, Consejo de Alimentación Escolar (CAE).

Por otro lado, vale la pena considerar que en el 25% de las sedes que refieren la realización de las acciones mencionadas, la participación de los padres de familia es bastante baja; la causas hacen referencia en su mayoría a que estos no pueden ausentarse del trabajo, en otros casos a falta de interés de participar y vincularse a las actividades que proponen las instituciones.

### Vínculos comunitarios en las diez sedes seleccionadas

En cuanto a vínculos comunitarios a través de entidades, se puede observar que en las 10 sedes seleccionadas las que más predominan son las entidades de la propia Alcaldía como la Secretaría de Educación o el Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente, sin embargo es importante señalar que a lo largo de la implementación de la ESS también ha habido otro tipo de entidades que han estado cerca dependiendo de la etapa de implementación de la estrategia, es el caso de la Fundación Carvajal, de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE.UU (USAID) entre otros. Es importante señalar que en la información analizada se observa una cercanía con la red de hospitales<sup>4</sup> de las zonas de las escuelas como se observa en la siguiente cita:

*“IPS Diego Lalinde y Hospital Primitivo Iglesias con jornadas de vacunación del virus del papiloma, actividades de salud mental, salud sexual y reproductiva y charlas educativas” (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).*

Así mismo se menciona en las diez sedes la interacción con un programa del gobierno local 2016 - 2019 denominado “Mi Comunidad es Escuela (MCEE)”.

*“Gracias a la alianza con el programa mi comunidad es escuela se cuenta con el apoyo del formador en educación física enviado por la Secretaría de Recreación y Deporte, quien fomenta actividad física dirigida” (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).*

---

<sup>4</sup> Cali tiene cinco redes de hospitales públicos, cada red se conforma por un hospital cabecera y varios centros de salud circundantes.

El programa MCEE planteó como meta impactar a más de 170 mil estudiantes y más de 6000 docentes y directivos docentes del Municipio; beneficiar 91 instituciones educativas, adecuar 150 sedes, reconstruir 34 y se entregar 7 nuevos Colegios y 7 nuevos Centros de Desarrollo Infantil; este programa fue una apuesta por recuperar el lugar de la escuela en la transformación de la vida de los niños, niñas y jóvenes de Cali (Alcaldía de Santiago de Cali, 2019a).

Otro elemento importante sobre los vínculos comunitarios se relaciona con la conformación de los grupos gestores, en este sentido en 6 de las diez sedes seleccionadas se hacen menciones específicas sobre estos grupos, en especial sobre el hecho de que están actualizados y activos. También se hace mención de que su actividad ha estado en estrecha cercanía con los Comités de Alimentación Escolar (CAE). Sobre la utilidad de estos grupos se menciona que son aprovechados para recordar a los padres de familia y acudientes, el compromiso y responsabilidad que tienen con la salud de sus hijos: crecimiento y desarrollo, control con médico general, odontología, nutricionista, etc., igualmente, para promover estilos de vida saludables, actividad física, pausas activas, alimentación saludable y nutritiva, hábitos de higiene, lavado de manos, autocuidado, aseo personal, hábitos alimenticios” (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019). La información de los diarios de campo también resalta que la problemática de estos grupos gestores es que no se reúnen con frecuencia porque falta de espacios en las escuelas, pero aproximadamente se reúnen cinco veces al año para concretar actividades que contribuyen al mejoramiento de la escuela. Por último, en cuanto a estos vínculos comunitarios se resalta en las escuelas seleccionadas la realización de escuelas de familias, en especial para trabajar temas de buen trato y valores.

#### **5.3.4 Competencias en salud desarrolladas**

Al abordar las competencias en salud se hace referencia al conjunto de saberes, conocimientos, procedimientos y actitudes combinados, coordinados e integrados por la comunidad educativa para tener un mejor desarrollo y mejor calidad de vida. En este apartado, se tratarán inicialmente las formas o medios en que se ha transmitido la información a la comunidad educativa y posteriormente se abordan los temas abordados.

De acuerdo con lo anterior, la totalidad de las sedes manifiestan en 2019 haber recibido información de gran relevancia para el desarrollo de competencias relacionadas con la salud, no solo para el bienestar de los estudiantes sino también de las familias y de los funcionarios de las instituciones. La mayor parte del total de las sedes indican que los foros son de gran importancia al igual que las capacitaciones, ya que los temas tienen gran coherencia con las problemáticas que deben afrontar diariamente, y proporcionan herramientas para afrontarlos o reducir el impacto.

Parte de las sedes recomiendan que los foros no se deben de hacer grupales, sino que se deben de realizar más por institución, ya que es necesario realizar capacitaciones más situadas de acuerdo con el contexto y necesidades evidenciadas. Esta sugerencia tiene concordancia con lo que los resultados con relación a las oportunidades de mejora han mostrado en el análisis de la segunda parte de esta investigación y sobre la que profundizaremos más adelante. Adicionalmente, se recomienda hacer mayor sensibilización con los directivos de las instituciones para que autoricen la asistencia y participación de estas actividades a los docentes, dado que muchos no permiten asistir. Así mismo, aunque algunos docentes asisten a las capacitaciones, no se dan espacios para reproducir los temas argumentando no desescolarizar a los estudiantes.

En las sedes educativas, los docentes manifiestan que asistieron a las capacitaciones sobre el manejo de emociones, manejo del estrés, prevención de consumo de spa, hepatitis, curso taller de conservación y cuidado ambiental, estilos de vida saludables, alimentación saludable, actividad física, cuidado del cuerpo y entornos limpios. Temas que además de ser transmitidos en las aulas de clase, son replicadas en los espacios de participación de toda la comunidad educativa, por ejemplo, en los grupos gestores y en las escuelas de padres.

Respecto a la adopción de prácticas de cuidado, se encontró que en las 266 sedes se llevan a cabo las competencias adquiridas en cuanto al cuidado. En la totalidad se realizan actividades educativas para promover el lavado de manos antes y después de comer alimentos, poniendo en práctica el adecuado lavado recomendado por el equipo de la EES. Adicional a lo mencionado, se promueve el lavado de dientes y la inocuidad de los alimentos. En general, se da gran relevancia a los hábitos de higiene y de presentación personal.

No obstante, se identificó que existen dificultades en las sedes para poner en práctica hábitos de higiene y cuidado como el lavado de manos, dado que, en muchas de ellas, no hay disponibilidad de jabón ni de papel higiénico. Como solución a esto, algunos docentes se encargan personalmente de proveer de estos insumos a los estudiantes, garantizando su cuidado.

Además de las prácticas de cuidado mencionadas, se reconocen también la promoción de hábitos saludables como alimentación saludable, realización de actividad física, aprovechamiento del tiempo libre, recreación adecuada. Se identifica como prioridad en las sedes la alimentación saludable y la realización de actividad física. En algunas sedes, se ha vinculado a los padres de familia en la promoción de alimentación saludable, debido a la importancia que tiene que los niños siempre cuenten con adecuada alimentación y no solo en las sedes educativas. En este tema, se ha enseñado a los padres como debe ser una “lonchera saludable” y como reemplazar alimentos con alto nivel de procesamiento industrial por los naturales como frutas y verduras.

Pese a los esfuerzos por promover una alimentación adecuada y saludable en las sedes educativas y en los hogares, en algunas escuelas hay dificultades con el restaurante escolar, porque, aunque cuentan con uno, la mayoría de los productos ofertados no corresponden a lo saludable, ya que se ofrecen empaquetados, fritos y bebidas azucaradas. Además, también hay dificultades en algunas sedes con la alimentación del Programa de Alimentación Escolar, ya que los alimentos ofrecidos a los estudiantes tienen alto contenido de azúcar.

En actividad física, en algunas sedes cuentan con docentes de la secretaria del deporte, quienes además de dictar clases hacen seguimiento a peso y talla en los estudiantes, para poder llevar a cabo actividad física diferenciales de acuerdo con los resultados, y para identificar los estudiantes en bajo peso y alto peso, y trabajar en conjunto con las familias. Realizan festivales deportivos y recreativos, fomentan la vida activa desde los juegos inter-clases donde realizan diferentes competencias deportivas con los estudiantes.

En lo que se refiere a las competencias para trabajar con estudiantes con capacidades diversas, se encontró que en total 18 sedes, tienen entre sus estudiantes, niños y niñas con discapacidad cognitiva, física y psicosocial. Los directivos de estas sedes realizan remisiones de casos especiales y seguimientos a las mismas, y se hacen remisiones sobre todo en la parte de psicología donde se les informa a los padres de familia que son ellos los responsables de llevarlos por consulta y posterior a ello, se hace seguimiento llevando una constancia. Específicamente por zonas, se encontró que, en el norte, ocho sedes tienen niños con discapacidad visual, auditiva y cognitiva; en la zona oriente, cinco sedes reportaron discapacidad visual y auditiva; en la zona de ladera se identificaron cuatro escuelas con los mismos tipos de discapacidad. Finalmente, en la zona centro solo en una sede se identificaron estudiantes con discapacidad, que correspondía a discapacidad cognitiva.

Respecto a la cobertura de desparasitación, en total se trabajó con las 266 sedes educativas de las cuales se cumplió la meta en el 82%, es decir, en 220 sedes educativas. No hubo cumplimiento en 46. Las causas del incumplimiento en dichas sedes se relacionan principalmente con dificultades para acceder a los estudiantes debido a las barreras que ponen los directivos y docentes. En este sentido, se observa que en algunos casos no hay interés ni voluntad en permitir que se realice el proceso de desparasitación.

A esta altura es importante aclarar que lo anteriormente expuesto hace parte del análisis de la información que se hizo durante el desarrollo de esta investigación a los diarios de campo realizados por el grupo de profesionales técnicas de la EES, estos documentos no hicieron parte estructural de esta investigación desde su conceptualización pues fueron producto de lo que la EES implementó en la marcha como una acción deliberada para complementar el ejercicio de la tipificación, es por ello que estos insumos se incluyeron como una fuente adicional que ha sido de gran utilidad para cumplir con el propósito de caracterización de la EES.

### Competencias en salud desarrolladas en las diez sedes seleccionadas

Así como se mencionó en el apartado anterior, las competencias en salud parten del conocimiento que sobre lo que es saludable tengan los miembros de la comunidad escolar, en especial profesores, alumnos y familias, en este sentido se puede observar en la información de los diarios de campo, que las diez sedes seleccionadas han participado de una u otra forma en los procesos formativos, la mayoría de ellos orientados a los profesores. Se menciona de forma sistemática, que las actividades formativas se relacionan en su mayoría a hábitos alimenticios saludables y hábitos de higiene como lavado de manos y de dientes, también se observan en otros temas como: Pautas de crianza positivas, sana convivencia, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención del abuso sexual, mal trato y violencia, habilidades para la vida, diversidad sexual y de género en la escuela, entre otros.

En general, a las escuelas les parecen pertinentes las actividades formativas, ya que estas ayudan a resolver las problemáticas de las sedes educativas. La participación de los docentes se hace de forma rotativa para que todo no recaiga en una sola persona con el compromiso de replicar a los demás, sin embargo se ha señalado que es muy difícil asistir a todas las capacitaciones ya que la oferta de estas desde cada programa que llega a las escuelas es mucha y es imposible dejar de dar las clases por atender todas las actividades formativas (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019)

En cuanto a la adopción de prácticas y hábitos saludables se puede observar que en la mayoría de las diez sedes se hace énfasis en los estilos de vida saludables, en especial todos los relacionados a la higiene como el lavado de manos, el cepillado de dientes, la inocuidad de los alimentos. Otros como la revisión de fechas de vencimiento, el consumo suficiente de agua y de frutas/verduras, la actividad física, el descanso y sueño mínimo ocho horas; y el consumo limitado de alimentos fritos y bebidas azucaradas. Sobre todos estos temas se evidencian carteleras educativas que ambientan los diferentes espacios como: las reuniones de padres de familia, las reuniones del grupo gestor, en las aulas, los pasillos, el restaurante. Estas carteleras buscan sensibilizar a los estudiantes y a la comunidad educativa para que fortalezcan las acciones de prevención para el autocuidado (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2019).

A modo de resumen sobre este capítulo de diagnóstico y en clave de los objetivos específicos se puede decir que:

- En cuanto a la implementación de los lineamientos del país para este asunto:
  - En Colombia la primera versión de lineamientos sobre Escuelas Saludables se dio en el año 1999, pero no se desarrollaron los componentes estructurantes. En 2006 se hizo una actualización de lineamientos que se presentaron al país en conjunto con preceptos de vivienda saludable. En el año 2018 se dio la última actualización en clave de lo que se ha conocido como los entornos

saludables, entre ellos el educativo y con ello se incidió en una mayor articulación de acciones en el entorno escolar que emanarán tanto del sector salud como de otros sectores.

- En Cali la adaptación de preceptos de Escuelas Saludables inició incipientemente antes de la primera versión de lineamientos nacionales en 1999, sin embargo a través de los años se vio la necesidad de incluir otros actores y en el marco de una alianza con la Secretaría de Salud del Departamento, se dio vida a la primera versión de la cartilla que aun hoy guía la estrategia en el contexto caleño.
- En cuanto a las adaptaciones locales:
  - Los lineamientos nacionales del 2006 se presentaron en cinco componentes: i. reorientación de servicios de salud, ii. políticas públicas y planes, iii. educación en salud, iv. empoderamiento y participación y v. ambientes saludables en la escuela. En el 2018 se presentó lo concerniente a los entornos escolares saludables en clave de seis componentes: i. ambientes que favorecen el desarrollo humano y calidad de vida, ii. educación integral, iii. políticas, iv. gestión de servicios sociales orientados a respuesta integral, v. participación social y vi. Gestión del conocimiento.
  - Los cinco componentes señalados en el 2006 guardan coherencia con los cinco primeros del 2018, el único componente que se introdujo en la actualización fue el de gestión del conocimiento.
  - En el caso de Cali, la estrategia se presentó desde el inicio en clave de cinco componentes, tres de ellos específicos y dos transversales. Los tres componentes específicos son: i. educación en salud, ii. reorientación de servicios de salud y iii. creación de ambientes y entornos saludables; los dos componentes transversales son: iv. trabajo en red y v. seguimiento.
  - La adaptación caleña guarda coherencia estructural con lo señalado en los lineamientos nacionales, en primera medida los componente de educación en salud, servicios de salud y ambientes saludables tienen una línea o componente claro tanto en lo señalado en el 2006 como en el 2018, en cuanto a los dos componentes transversales de la EES en Cali, se encontró que en el caso del de trabajo en red se trabaja lo que tiene relación con los ejercicios de participación y empoderamiento de actores mencionados tanto en el 2006 como en el 2018. En el caso del componente transversal de seguimiento se puede decir que este materializa el componente que se introdujo en el 2018 en relación con la gestión del conocimiento.
  - El único componente que no se visualiza en la estructura de Cali, es el relacionado con las políticas públicas escolares, pese a que en la práctica se encontró que las políticas han incidido de alguna manera en la implementación de la EES.
  - Los documentos de centro que han permitido institucionalizar los preceptos de esta estrategia son de los Proyectos Educativos Institucionales (PEI) de los que se derivan tanto los planes de aula como los Proyectos Transversales.

- Los PEI son la carta de navegación de las escuelas, en ellos se deben incorporar los principios, recursos didácticos y humanos requeridos para la operación, la estrategia pedagógica, las normas, entre otros.
  - Los PEI se se presentan en diversidad de formas, en gran medida por la autonomía escolar que rige en el sistema educativo colombiano. Sin embargo se encontró en los PEI de las diez escuelas seleccionadas que no hay como tal línea con el nombre específico de Escuelas Saludables, pero si se señala que en los currículos de los planes de áreas se incluyen los temas que la estrategia como tal trabaja, esto parece que ha facilitado actuar sobre los factores de riesgo que afectan el goce efectivo de la salud de los escolares.
  - Con los PEI ha ocurrido u proceso de apertura, ya que en los inicios de la implementación de la EES las acciones incluidas en estos documentos estaban dirigidas a los servicios de salud y ahora en estos se incluyen de forma predominante aspectos de promoción de estilos de vida saludables.
- Respecto a la implementación:
- La tipificación es una herramienta que ha permitido no solo realizar un monitoreo externo y la autoevaluación, sino que ha incidido en el mejoramiento continuo. La información de este proceso fue muy útil para observar como se ha dado la implementación de la EES.
  - El proceso de tipificación habitual se complementó en el 2019, en este proceso se obtuvo información relevante sobre: i. políticas escolares, ii. ambiente escolar, iii. vínculos comunitarios y iv. competencias en salud.
  - Para el año 2019 el 58% de las escuelas se ubicaron en un nivel superior de implementación, pero se observo que los años anteriores este porcentaje era mucho mayor con el 91% (2017), al 79% (2018). Los resultados en las diez escuelas seleccionadas son muy similares a las del universo, en el 2019 el 60% se ubicaron en el nivel superior, en el 2018 el 80% y en el 2017 el 100%.
  - Las escuelas que han dejado de estar en el nivel superior han pasado al nivel medio de implementación, si bien este nivel no es malo si señala alguna o algunas oportunidades de mejora.
  - Para el 2019 los componentes que alcanzaron un mayor porcentaje de escuelas en nivel superior fueron el de conocimiento general y el de ambientes y entornos ambos con el 91%, seguidos por el de reorientación de servicios y el de educación en salud con el 77% y 75%. Sobre las 10 escuelas seleccionadas, los dos componentes donde se obtuvo un mayor nivel superior fueron el de conocimiento general y el de reorientación de servicios ambos con el 90%, seguidos por el componente de creación de ambientes con el 80% y el de educación en salud con el 70%.
  - El componente de trabajo en red es el que alcanzó el porcentaje más bajo de escuelas en el nivel superior con solo el 9% en el 2019 comparado con el 87% en el año anterior. En las 10 escuelas seleccionadas se observó lo mismo, el 90% de las escuelas se ubicaron en el nivel medio y el 10% (una escuela) se ubicó en el nivel básico.

- En relación con el trabajo en red es precisamente en este componente donde se trabaja lo concerniente a la participación, desde la conformación y funcionamiento de los grupos gestores, hasta las actividades en los nodos por comuna y/o espacios de ciudad. En el caso de la única escuela que se ubicó en el nivel básico se evidenció en esta investigación que han tenido dificultades en la participación de padres en los grupos gestores.
- Sobre las políticas implementadas se observó que las que tiene relación con la salud mental y las que favorecen el entorno son las que mayor incidencia han tenido, seguido de las relacionadas con planes y proyectos institucionales y las políticas que menor incidencia tienen son las de alimentación saludable y actividad física.
- En cuanto a las políticas que favorecen el entorno se encontró que lo que más se trabajan en las escuelas tiene relación con los Proyectos Ambientales Escolares, todo lo concerniente al manejo de residuos, protección del agua y gestión del riesgo. En cuanto a las de salud mental se encontró que las acciones que más se desarrollan son todo lo relacionado a la resolución de conflictos, sana convivencia y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- En cuanto al entorno físico, se encontró que el 46% cuentan con condiciones favorables en cuanto a su infraestructura, en este caso las escuelas tienen espacios suficientes y óptimos para que tanto escolares como la comunidad desarrollen sus actividades, tienen buenas condiciones de iluminación y ventilación y los baños están en buen estado.
- El 11% de las escuelas de Cali están en condiciones regulares, en este caso algunas cuestiones están bien, pero otras no, sobre todo en relación con el estado de los baños. En el restante 42% de las escuelas se encontró que las falencias son mucho mayores, generalmente confluyen cuestiones como: hacinamiento (8%), inadecuada ventilación (20%) e iluminación (23%), mal estado de techos y paredes (18%) y mal estado de baños (31%).
- Otra de las cuestiones valoradas en cuanto al ambiente físico es sobre las acciones que se identifican para el cuidado de los recursos, en este sentido y ya en relación con las diez escuelas seleccionadas se encontró que en el 80% de estas se identifican estas acciones, sobre todo respecto al manejo del agua.
- Las diez escuelas tienen condiciones aceptables en cuanto a su infraestructura, solo en dos de ellas hay oportunidades de mejora en cuanto a sus baños, en otras dos se señalaron cuestiones sobre la ventilación y la iluminación, en ninguna de ellas se evidenciaron cuestiones de hacinamiento.
- En el 60% de las escuelas seleccionadas se encontraron espacios suficientes para la actividad física y el deporte, en el 50% no se evidencian suficientes zonas verdes. Por otro lado, se identificó que en la totalidad de las escuelas se cuenta con instalaciones óptimas para la venta o entrega de alimentos, sin embargo, la problemática se origina con la alta presencia de vendedores ambulantes cerca de las escuelas.

- En cuanto al entorno psicosocial se encontraron problemas de convivencia derivados en su mayoría de riñas e insultos, los profesores han puesto en práctica una serie de mecanismos para la resolución de conflictos y mejoramiento de la convivencia. Estos mecanismos se derivan no solo de las políticas sobre convivencia escolar, sino del acompañamiento psicosocial que hacen las profesionales técnicas de la EES a profesores y directivos.
- En el 70% de las escuelas se menciona de forma protagónica el rol de los mediadores escolares en la resolución de incidentes habituales como: hablar mal de compañeros, burlas y riñas. Así mismo se encontró que solo en 6 de las diez escuelas se menciona al Comité de Convivencia Escolar pese a ser una instancia obligatoria reglamentada en el Sistema de Convivencia Escolar.
- En el 80% de las escuelas se ha hecho énfasis a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido la EES aborda de forma predominante la salud mental desde la problemática de salud pública que se deriva del consumo de este tipo de sustancias.
- Por último, con relación al entorno psicosocial pero también al físico, está todo lo que tiene que ver con el entorno en el cual están ubicadas las escuelas y la incidencia que este tiene. Las principales dificultades identificadas son la venta de drogas no solo por el riesgo asociado con la delincuencia, sino porque este entorno hostil hace difícil la apropiación de mensajes de prevención del consumo al interior de las escuelas.
- Sobre los vínculos de la EES se observó relación con dependencias de Salud y Medio Ambiente del municipio, la Universidad del Valle, la Policía Nacional y de forma especial los hospitales de la red pública de Cali. En este sentido se encontró que las escuelas que más interacciones tienen con este tipo de organizaciones son las que se ubican en la zona oriente, seguidas por las de la zona centro y las de la zona centro. Las escuelas que menos interacciones tienen son las que se ubican en la zona de la ladera de Cali.
- En el 89% de las escuelas de Cali cuentan con el grupo gestor conformado, sin embargo, ha quedado en evidencia que estos grupos han venido estando activos más en lo relacionado al acompañamiento del Plan de Alimentación Escolar (PAE). La problemática encontrada sobre estos grupos es que no reúnen con frecuencia ya sea por cuestiones de los horarios o de falta de espacios físicos.
- Sobre las competencias en salud en la mayoría de las escuelas señalan que los foros y capacitaciones son de gran importancia ya que los temas que ahí se entregan son de gran relevancia para afrontar las problemáticas que se deben afrontar en las escuelas. Sin embargo se ha señalado la necesidad de tener jornadas más individualizadas por escuela para que respondan mejor al contexto.
- En la totalidad de las escuelas de Cali se identificaron acciones sobre la higiene, se hace énfasis sobre el lavado de manos y de dientes, así como la inocuidad de alimentos. Sin embargo, se identificaron dificultades para apropiar estos mensajes ya que en muchas de ellas no hay disponibilidad de jabón ni de papel de baño.

- Es reconocida la promoción de hábitos saludables como alimentación saludable, realización de actividad física y aprovechamiento del tiempo libre. En cuanto a la alimentación saludable se ha vinculado a los padres de familia enseñando como debe ser una lonchera saludable y como reemplazar alimentos con alto nivel de procesamiento industrial por los naturales como frutas y verduras.
- Las actividades formativas que tienen mayor incidencia, son las que desarrollan temas de: hábitos alimenticios saludables y hábitos de higiene como lavado de manos y de dientes, sana convivencia, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, prevención del abuso sexual, maltrato y violencia, habilidades para la vida, diversidad sexual y de género en la escuela, entre otros.
- En cuanto a los hábitos saludables se encontró un buen número de carteleras escolares que dan cuenta de temas como: lavado de manos y de dientes, inocuidad de los alimentos, revisión de fechas de vencimiento, consumo suficiente de agua y de frutas/verduras, importancia de actividad física, del descanso y sueño y del consumo limitado de alimentos fritos y bebidas azucaradas.

•

**CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE  
IMPLEMENTACIÓN DE ESCUELAS SALUDABLES DESDE LA  
PERSPECTIVA DE DIFERENTES ACTORES EN CALI**

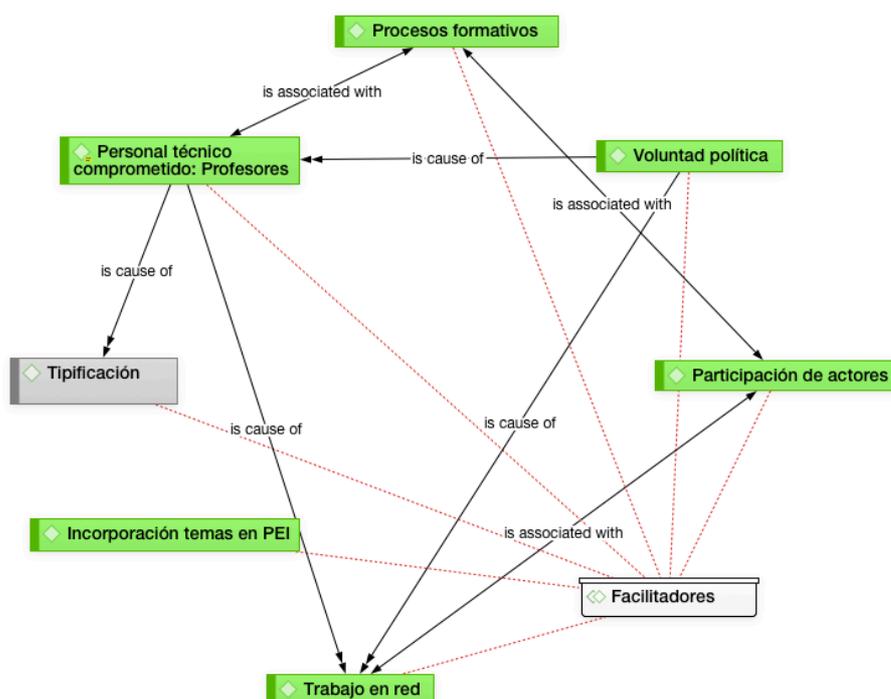
## 6.1. ELEMENTOS QUE HAN FACILITADO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

En este apartado se relacionará la información resultante del análisis de los datos recolectados a través de las diferentes técnicas utilizadas. En esta segunda parte de los resultados se pueden resolver cuestiones de la investigación como saber *¿Qué elementos locales han impactado de manera positiva la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los distintos actores?*

Así pues, en Santiago de Cali, la Estrategia de Escuelas Saludables se ha desarrollado mediante la conjugación de diversos factores, actores, competencias y procesos, en ella algunos elementos han facilitado o promovido su desarrollo e implementación. Esta investigación permitió desde la voz de sus actores revelar cuales de ellos se presentan con mayor intensidad. Estos datos se convierten en una herramienta fundamental para explicar cómo por más de 20 años esta estrategia sigue vigente y que tenga el reconocimiento que hoy ostenta en la ciudad.

Así mismo, evidenciar estos elementos le permitirá a la administración pública revisar cuales de estos pueden ser gestionados y mejorados como parte de sus competencias y de esta forma lograr producir mejoras incrementales en la misma. A continuación, se relacionarán los que, en el análisis de la información recolectada en las diez sedes seleccionadas, se mostraron como los más representativos y que pueden ser observados de forma visual a continuación (Gráfico 31).

Gráfico 32. Elementos facilitadores de la EES en Cali.



Fuente: Elaboración propia a través de procesamiento de datos en Atlas Ti.

### 6.1.1 Voluntad política: el respaldo de los que deciden

Pese a que la implementación y continuidad de la EES está relacionada con diferentes elementos como veremos a continuación, una de los más importantes ha sido la voluntad de los alcaldes de la ciudad y de sus equipos para apoyar la iniciativa en su momento y darle continuidad por 20 años, incorporando diferentes acciones para generar entornos saludables en este caso en la ciudad.

Aunque actualmente en el contexto caleño existen pocas investigaciones sobre la efectividad de la EES, según la técnica responsable de la EES, en algunas oportunidades los dirigentes le han apostado en las distintas etapas, a las acciones y estrategias de promoción de la salud como lo es la EES enmarcándola en otras estrategias como las de municipios y ciudades saludables. En el contexto caleño es necesario señalar que la voluntad ha estado relacionada con el ejercicio de abogacía que ha sido liderado por la profesional líder de la EES y parece ser que de esta se ha derivado como tal esta voluntad política.

*“(...) desde que yo me conozco y digamos desde que yo estoy participando en los Planes de Desarrollo la EES ha tenido presupuesto, ha tenido metas y no son de productos, son metas de resultado y por supuesto que entonces ha tenido un plan anual y a los cuatro años, o sea que esa es una fortaleza que la estrategia nunca se ha ido de las sedes educativas, siempre ha estado allí y eso le ha dado digamos confianza a los directivos docentes y a los docentes (...), o sea esa es la fortaleza más grande que ha tenido la estrategia, siempre ha estado en los planes y por lo tanto ha tenido recursos, o sea hemos bajado el recurso, porque aquí hay que convencer a los que deciden y así bajar los recursos” (Ref. Tec. EES-SSPM).* Se ha señalado entonces que han habido etapas en donde no solo el secretario de Salud de turno, sino el secretario de Educación, que de base debe ser un convencido de que el sector social es educación y salud, termine convenciéndose de respaldar la iniciativa. Por otra parte, los lineamientos nacionales muestran que esta voluntad política no solo se deriva en mayor asignación de recursos, sino también en el respaldo que se materializa con la instrucción de articularse. Los espacios de articulación se consolidan entonces cuando cada sector y nivel de gobierno asume su responsabilidad, decide interactuar y aportar desde sus competencias. En el caso de los gobernantes su rol es posicionar el tema dentro de sus agendas con el fin de movilizar intereses, compromisos institucionales, recursos, y en este sentido garantizar la sostenibilidad en este caso de la EES mediante la inclusión en la planeación de los gobiernos, una vez se tiene este respaldo, los técnicos deben facilitar la ejecución de las decisiones políticas, aprovechar y materializar los procesos de coordinación y facilitar el cumplimiento del mandato de una estrategia como la de escuelas saludables (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012).

De acuerdo a los lineamientos nacionales, la articulación como tal es un proceso político, su éxito depende tanto de la voluntad de quien decide como un proceso técnico, en la medida en la que requiere de la claridad de los objetivos, las competencias, las responsabilidades, la capacidad técnica y presupuestal

que difícilmente se podría tener de forma sostenible si quien toma las decisiones no se convence y detona toda una cascada de acciones para garantizar tal fin. Para las técnicas de la estrategia consultadas, esta abogacía permanente ha permitido que, a lo largo de los años, los diferentes tomadores de decisión sobre todo en la Secretaría de Salud se convenzan en algunas oportunidades de la utilidad social de este tipo de iniciativas y con ello la EES ha podido permanecer viva y en movimiento cuando la variable de voluntad política ha funcionado.

*“la credibilidad que se tiene también desde la secretaría porque ha habido muchos secretarios de salud que le han apostado a esta propuesta” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

En la voz de los actores del contexto escolar (profesores y familias) siempre están atentos a que, con los cambios de gobiernos y direccionamientos, este tipo de iniciativas no se pierdan y de esta forma se pueda continuar por la senda del progreso y el bienestar de la comunidad escolar.

*“Yo estoy muy contenta porque a través de la estrategia hemos logrado que los niños tomen conciencia y aprendan comportamientos que son para la vida y ojalá esto no se cambie con el nuevo gobierno, ya llevamos varios años con este proyecto y entonces que siga. Me gustaría que hubiera un poco de apoyo económico para poder implementar las cosas que nos enseñan” (GD. JRB).*

### 6.1.2 Procesos formativos

Sobre las actualizaciones formativas se encontró en la información analizada que esta se orienta particularmente a padres de familia y profesores, la mayor orientada a estos últimos. De acuerdo a las técnicas consultadas, la EES ha logrado consolidar un paquete bastante robusto de temas sobre los que se hacen procesos formativos a las escuelas ya sea en el marco de los nodos de escuelas, de los foros de ciudad, pero especialmente en el acompañamiento directo que se hace a las escuelas con el grupo de técnicas de la EES.

*“(…) que nosotros llegamos con temas que ellos deben desarrollar pero que no manejan como la educación sexual, la educación para el tiempo libre, la prevención para el consumo de sustancias psicoactivas, proyectos de vida, la convivencia, la educación para el autocuidado, la higiene de los alimentos, del cuerpo y de las manos; eso es un factor que facilita que nosotros no estamos por fuera de la cultura escolar (...)” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

Ahora bien, así estos temas estén orientados a trabajar de forma complementaria asuntos en los que las escuelas pueden ser débiles y que hacen parte de las actividades propias de la EES, en este apartado se señala que los profesores también terminan siendo receptores y sujetos de estos procesos formativos fortaleciéndolos no solo en sus propios hábitos y estilos de vida saludables, sino proporcionándole una serie de herramientas que pueden replicar en sus escuelas.

*“También hemos recibido capacitación en educación sexual, en el cuidado del cuerpo, en el consumo de sustancias psicoactivas. Realmente estas capacitaciones son un apoyo que ha aportado mucho a lo que nosotros hacemos*

*cotidianamente, porque allá nos dan unas pautas de cómo venir a trabajar con los estudiantes, aparte de eso también nos dan material y uno viene y lo aplica a la escuela” (GD. JRB).*

Se ha señalado por parte de los profesores en esta información que las actividades formativas se deben ampliar un poco más a la familia ya que el trabajo que se hace en el marco de la EES busca entregarles a los estudiantes una serie de información útil para que tomen decisiones saludables, pero que no se complementan con lo que se le entrega al interior de sus familias que en muchas ocasiones es por falta de información. Precisamente, el segundo tipo de actor identificado en la información analizada, que recibe estas actualizaciones son precisamente los padres de familia, estos reconocen el valor y utilidad que se genera con estas actualizaciones.

*“A uno como padre las campañas lo ponen más reflexivo, así como dice la profesora en las capacitaciones sobre que algunos padres de familia mandan a los niños con algunos alimentos que no son adecuados para una buena alimentación, es por eso por lo que las campañas nos han enseñado a cómo alimentar bien a nuestros niños. También el acompañamiento que han tenido con la desparasitación pues a los padres se nos olvida que a los niños cada año hay que desparasitarlos, es muy importante que se nos recuerden esos temas” (GD. JEG).*

*“Nosotros como padres de familia hemos participado en algunas de las capacitaciones que se hacen de ES, eso nos ha servido mucho para nosotros también hacer en la casa y ayudar al bienestar de nuestra familia y nuestros hijos. Sirve para mejorar y para apoyar a nuestros niños” (GD. JRB).*

En el contexto colombiano acompañar a las familias con información útil para cuidar mejor a sus hijos e hijas siempre va a ser bien recibido, la complementariedad que se hace con estos acompañamientos además es fundamental para garantizar que lo que la EES logre al interior de las aulas trascienda al entorno familiar y de esta forma lograr el propósito de esta que es buscar mejorar las condiciones de vida las poblaciones desde la construcción de su propia salud.

### **6.1.3 La participación de actores: vehículo para el empoderamiento**

En la información recolectada y analizada de las diez sedes seleccionadas observamos que en la EES la participación de la comunidad educativa y de los diferentes sectores involucrados, ha sido de gran relevancia para el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada una de las fases de su implementación. Para el caso que nos ocupa, podemos observar que existen cuatro grupos de actores que participan de la estrategia: i. profesores; ii. alumnos; iii. padres de familia y iv. aliados externos.

El primero de ellos son los profesores, la participación en relación con este grupo se presenta en su mayoría relacionada a los procesos formativos o de capacitación:

*“Pues nosotros participamos de capacitaciones y nos dan algunas pautas para implementar en la escuela, por ejemplo, sobre el tema de la Varicela, la Hepatitis, a el manejo de la sexualidad, sobre cómo actuar y cuál es la ruta para seguir ante ciertos casos. A estas asisten las profesoras de acuerdo con la responsabilidad que tengan con los proyectos que se manejan en la escuela, también hemos recibido capacitación en el tema del riesgo escolar” (GD. JRB).*

Sin embargo, se pudo extraer de los grupos de discusión que estos procesos formativos les dan herramientas a los docentes no solo para responder a situaciones puntuales, sino también para formular los proyectos o planes con los que se guía su actuar. Otro aspecto para señalar es que son los docentes los que con esta serie de herramientas de alguna manera tienden los puentes con los mismos estudiantes y familias para incorporar su voz en el desarrollo de las actividades de EES.

*“Bueno yo diría que primero se trabaja con los docentes para darles la información y que los docentes a su vez lo multipliquen con los padres de familia y los estudiantes. Nosotros tenemos también las reuniones donde cada docente plantea como las necesidades y las problemáticas que se está viviendo en su salón y a partir de allí entonces se establecen unas prioridades” (GD. SL).*

De esta forma, la participación de estos otros actores se ve reflejada en los ejercicios de priorización e implementación de actividades, pero también en el ejercicio de formulación de los PEI y en específico del énfasis de estos instrumentos, en este caso las deliberaciones del grupo de profesores pueden ser tan poderosa que logran permear estos procesos *“Las escuelas deciden su énfasis de las discusiones de los docentes y la fuerza que tengan para plantear ese tipo de cosas” (Ref. Tec. EES-SEM)*. Otra forma en la que se expresa la participación de los docentes es en el diseño o validación de las herramientas pedagógicas.

*“Si, tenemos dos experiencias. Una fue la caja de herramientas, tenía los lineamientos de ES, tenía el juego de por qué mi escuela es saludable, y eso se hizo cuando existía el Comité Intersectorial de ES, entonces todo eso fue validado y hecho por maestros, otro caso es sobre el Proyecto de Educación para la Prevención Integral de Consumo de Sustancias Psicoactivas, en este caso fue una metodología que se le compró a un sicólogo que trabajó directamente sus propuesta con las sedes educativas y con los maestros o sea que eso fue validado por ellos.” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

El segundo grupo de actores que participan son los padres de familia, en este caso la participación primordial se da a través de los grupos gestores y de la interacción directa de estos con los profesores.

*“Lo primero que se hace es conformar el Grupo Gestor y eso se hace con los padres de familia, entonces con el representante de cada salón se conforma. Después en la primera reunión se hace con ellos una encuesta y se pregunta sobre las problemáticas de la institución (...)” (GD. JRB).*

Sin embargo, la participación de padres de familia a través de los grupos gestores se ha disminuido en los últimos años, sobre este asunto en particular hablaremos más adelante cuando abordemos los factores que han dificultado esta implementación. Hoy por hoy, estos grupos se han adaptado un poco y son mucho más activos en relación con el Programa de Alimentación Escolar que con la EES.

*“Nosotros cuando estábamos en el Grupo Gestor hicimos actividades para el mejoramiento de la escuela, arreglarla, hicimos muchas actividades con la estrategia. Hoy le paramos más bolas al tema del restaurante, ver que se esté cumpliendo la norma, Qué se está haciendo todo muy bien con la minuta, con la higiene, con el almacenamiento de los alimentos (...)” (GD. SL).*

*“(...) participan como Grupo Gestor, pero alrededor del restaurante escolar, pero en establecer cuáles son las prioridades que se van a trabajar en institución en el marco de escuela saludables no participan” (GD. GM).*

Los profesores han señalado que la participación de los padres de familia se da más por llamado que por iniciativa de ellos, hay unos que responden otros que no, pero señalan que la mayoría de los padres son atentos y dispuestos cuando se les convoca y de esta forma participan. Cabe señalar que en la información analizada se puede observar que la mayoría de esos llamados tiene que ver con invitaciones a reuniones de entrega de resultados, para participar en charlas o capacitaciones y para hacer alguna actividad de enlucimiento de las escuelas.

*“Nosotros cada año hacemos una campaña, consiste en que la escuela la pintamos completamente, eso lo hacemos con el involucramiento de los padres, los estudiantes y los profesores” (GD. GM).*

El tercer grupo de actores que participan son los estudiantes, en este sentido, se señala en los documentos orientadores de la estrategia que reconocer a niños y niñas como sujetos activos de derecho involucra un cambio en la manera como se abordan diversas situaciones, en especial en el entorno educativo. Así mismo en el marco normativo colombiano, la participación de escolares inicia desde la conformación del gobierno escolar, en este sentido dentro de cada institución educativa debe existir un personero como se reconoce por algunos técnicos consultados.

*“es decir un estudiante que tiene vocería y se le debe escuchar tanto en el consejo académico como en el consejo directivo. Ese personero tiene a su vez un consejo de estudiantes, ese consejo de estudiantes tiene un representante de cada uno de los cursos que existen, desde preescolar hasta secundaria” (Ref. Tec. PEVS-SSPM).*

Esta conformación del gobierno escolar se fortalece al interior de las aulas y sedes educativas a través de diferentes actividades y proyectos y tal como se extrae de los grupos de discusión, la participación de los escolares empieza a ser parte fundamental del proceso educativo.

*“Lo primero que se hace en el proyecto de democracia es rescatar ese sentido de pertenencia cuando se elige el gobierno escolar, es decir se hace la elección del personero, el representante del salón, luego el personerito de la escuela, en el marco de esta acción lo que se quiere es fortalecer el sentido de pertenencia y de los canales para poder participar de esa manera, los muchachos se van empoderando de esa manera para participar” (GD. JEG).*

Estas formas estructurales de participación como lo señalan algunos profesores no solo fortalecen las líneas educativas de democracia incluidas entre los objetivos de sus proyectos educativos, sino que les van aportando herramientas para la argumentación y la toma de decisiones, en general estas les serán muy útil a los escolares en el ejercicio de la ciudadanía.

*“Fomentar en la Institución Educativa, prácticas democráticas para la introyección de los principios y valores de la participación y organización ciudadana y estimular la autonomía y la responsabilidad” (I.E. Liceo Departamental, 2011).*

Respecto a la EES, la participación de los escolares se describe de dos maneras en los grupos de discusión, en unos casos se ha señalado la participación de estudiantes en los grupos gestores, de esta forma se materializa que en la definición de prioridades y delimitación de actividades, los escolares puedan sentar su posición en el ejercicio de la democracia representativa, es decir que en los diferentes espacios de discusión de la estrategia esta presencia estudiantil viene acompañada del mandato de sus compañeros que los han elegido para ser representados.

*“(…) otro aporte creo que es el trabajo que se viene desarrollando con los grupos gestores a nivel escolar, en algunas instituciones que yo visito hay niños, niñas y adolescentes que pertenecen a este grupo gestor, entonces se está teniendo en cuenta lo que ellos piensan, lo que ellos creen y necesitan en todo este proceso” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

La otra forma de participación y que se presenta con más frecuencia es aquella que se relaciona con la asistencia o involucramiento de las actividades derivadas de la EES como tal, en este sentido la participación de los escolares se presenta como si asisten a x o y jornada o la implementación de las diferentes actividades.

*“(…) el proyecto de ocupación del tiempo libre lo estamos trabajando desde los juegos, los juegos que se han adquirido con el dinero del reciclaje estamos utilizándolos para que ellos puedan tener juegos más creativos. Se denuncia el estar corriendo por el patio, a la hora del recreo hay un niño encargado y ellos mismos sacan el material se lo distribuyen a los compañeros y después que se acaba el descanso lo vuelven a guardar” (GD. JRB).*

En síntesis, la participación de escolares en la EES se observa con mucha más según los estudiantes en el ejercicio o implementación de las actividades y no tanto en los espacios de diseño de las actividades.

*“hacemos carteleras para enseñar a los niños a cuidar la escuela, recogemos la basura y la dejamos donde va, comemos cosas sanas, cuidamos todo lo de los salones” (CP. JPPII).*

El cuarto y último grupo de actores que participan son los aliados externos, estos han cambiado en el paso del tiempo de la implementación de la EES. Por ejemplo, hace varios años, la Fundación Zoológico de Cali fue un dinamizador del proceso, la hoy Secretaría de Movilidad, el Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente, así como todo el sector de gestión del riesgo (bomberos, cruz roja, defensa civil, los boy scouts y las aseguradoras de los colegios), han sido muy importantes en la EES en los últimos 10 años. Hoy y de acuerdo con la información analizada de las diez sedes podemos observar también que la red de hospitales públicos son aliados estratégicos sobre todo en la provisión de servicios de salud al interior de las escuelas. En este grupo también se pueden ubicar a miembros de la comunidad aledaña a las escuelas que se involucran sobre todo en algunas actividades puntuales de la estrategia cuando se les invita.

*“La participación ha sido muy buena, por ejemplo, cuando se hizo el arreglo de allá afuera, muchos vecinos se arrimaban a colaborar, muchos papitos y personas del barrio que tienen negocios también donaban cosas para poder arreglarla. Aquí de la comunidad hemos tenido mucha colaboración” (GD. SL).*

#### **6.1.4 Incorporación de temas en el PEI: El encuentro con los proyectos transversales**

Otro elemento que ha facilitado la implementación son los proyectos transversales que deben tener las Instituciones Educativas, de acuerdo a la Ley General de Educación en Colombia, estos proyectos terminan siendo la excusa para promover la construcción de conocimiento y el desarrollo de competencias básicas y ciudadanas, bajo un enfoque transversal del currículo educativo, tomando como punto de partida las problemáticas identificadas en el contexto (Colombia, 1994).

En el contexto colombiano, los proyectos transversales son: El Proyecto Ambiental Escolar, Proyecto de Educación Sexual y Construcción Ciudadana, Proyecto de Convivencia Escolar, Estilos de Vida Saludable, Tiempo Libre, Programa de Alimentación Escolar, Plan de Gestión de Riesgos Escolares y Hábitos de Vida Saludable. Puesto que estos deben ser abordados en el plan de aula de las instituciones educativas y generalmente los docentes no cuentan con las herramientas para implementarlos y desarrollarlos, se ha señalado que la EES es de utilidad en la materialización de lo que estos proyectos mencionan se debe hacer.

*“El beneficio de la estrategia a la escuela es total, de pronto usted entra a un salón y todo lo que el profesor hace dentro del aula está articulado con las cinco estrategias que trabaja escuela saludable; por ejemplo, si hay un niño que no tiene EPS inmediatamente se anota en el observador y me comunica como coordinador para buscar resolverlo y ahí estamos hablando de aseguramiento. Cuando se trabaja igualmente con el tema de los alimentos, se explica la cadena alimenticia y la pirámide, ellos trabajan fuertemente en que los niños pueden cuidar su alimentación y tener conciencia de su nutrición y ahí también están trabajando escuelas saludables” (GD. JEG).*

El tema ambiental es un elemento determinante en el proceso para los actores consulados en los grupos de discusión, pues el ambiente físico debe garantizar seguridad y bienestar, en algunas escuelas la estrategia ha favorecido cambios significativos y ha promovido la vinculación de la comunidad educativa y aledaña para realizar las labores encaminadas a ello. En ese sentido el aporte se ha dado en mejorar las condiciones físicas, adecuar ambientalmente el espacio y consolidar la participación social y comunitaria.

*“Nosotros cuando estábamos en el grupo gestor empezamos a trabajar para mejorar el espacio físico, hicimos actividades para el mejoramiento de la escuela, arreglarla y pintarla y tuvimos un mejor ambiente para los estudiantes, pudimos mejorar las instalaciones para ellos (...). La comunidad también se ha vinculado, por*

*ejemplo, cuando se hizo el arreglo de allá afuera muchos vecinos se arrimaban a colaborar, muchos papitos y personas del barrio que tienen negocios también donaban cosas para poder arreglarla” (GD. SL).*

Para los actores consultados a través de los grupos de discusión, el aporte que se hace en la construcción de los proyectos transversales y su operativización en el aula es un elemento que facilita la permanencia de la estrategia y la disponibilidad de las escuelas para permanecer en ellas.

*“En el último tiempo es importante la compañía que nos ha venido haciendo la Secretaría de Salud y básicamente se refleja en los proyectos transversales, en todo lo referente a medio ambiente, el bienestar mental, conocer y tratar las situaciones emocionales de los chicos; poder construir en un ambiente colectivo, esa también es la vigilancia a la salud. En los últimos años se ha venido haciendo así, se focaliza un objetivo donde todos le apuntamos desde los planes del aula, estos de una u otra forma están incluidos ahí, importante es que siempre nos concentremos en algo para poder dar respuesta oportuna a las actividades escolares” (GD. GM).*

Es así como vemos que los Proyectos Transversales se han convertido en una gran estructura que permite vehicular buena parte del contenido o las acciones de la EES, este proceso no se daría si antes no se diera una armonización de cada uno de estos proyectos transversales con el respectivo Proyecto Educativo Institucional (PEI) de cada institución.

En el caso de Cali, desde la dependencia que implementa la estrategia se ha buscado incidir en los PEI de las sedes educativas, de hecho, en la voz de la técnica responsable, desde el proceso de tipificación se determina si las acciones de la EES se integran a este documento.

*“Sí. Si se, que porcentaje, lo estamos como mirando, igual varía también cada año, dependiendo, pero incorpora algunos componentes de la EES, porque incluso en la tipificación se identifica si está incorporado al PEI el proyecto de Escuela Saludable, por decir convivencia, así” (Ref. EES-SSPM).*

Ahora bien, como mencionamos con anterioridad, esta articulación no parte de la iniciativa caleña, ni de ninguna otra, sino que se señala desde los mismos lineamientos nacionales a través de una línea estratégica, como una necesidad de articulación de la Estrategia Escuela Saludable al PEI y a los PRAES entre otros. Con esta línea lo que se ha propuesto es facilitar que los contenidos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se incorporen en todos los ámbitos de la vida escolar, partiendo de los PEI pero teniendo en cuenta también otros instrumentos como: Los Planes de Mejoramiento Institucional, el Manual de Convivencia, las instancias del Gobierno Escolar, los currículos y en los procesos de seguimiento y evaluación, entre otros (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Ya en las escuelas se da esta articulación entre los lineamientos de los proyectos transversales, el acompañamiento que se hace desde la EES y el proceso mismo de la configuración de sus propios PEI en el marco de la autonomía institucional. Es así, como la EES tiene sentido en esta articulación, ya que, en la voz del grupo técnico de la EES, es muy claro que los temas que se manejan en el marco de

la estrategia complementan perfectamente esos proyectos transversales y específicamente el ejercicio de formulación del PEI como se menciona a continuación:

*“(...) ya sea que hablemos de temáticas ambientales, psicosociales o comunitarias, finalmente eso es lo que ellos necesitan en los proyectos que manejan y fácilmente en estos proyectos transversales y el PEI se incluye la estrategia. Pero cuál es el problema que cuando nosotros llegamos a las escuelas para arrancar nuevo año lectivo, a veces llegamos tarde y ellos ya han hecho sus planes (...)” (GD. Tec. EES-SSPM).*

Frente a esta armonización, las escuelas la entienden desde la lógica de que estos instrumentos (PEI) tienen el mismo propósito de la estrategia misma, la de propender por el bienestar integral de los escolares y de esta forma es natural para ellas que la EES incida en este proceso institucional y logre a través de este encuentro no solo materializar las acciones de la estrategia, sino lograr integrarse con un instrumento propio del sector educativo que en últimas permite darle sostenibilidad a las acciones.

*“Si claro, porque pues somos seres integrales entonces la parte de la salud física, mental, psicosocial pues hace parte de la formación de los estudiantes y eso se pretende también con el PEI institucional” (GD.SD).*

*“Lo que tiene Escuela Saludable ayuda a fortalecer lo que tenemos nosotros en nuestro plan de estudio, o sea por decir en el área de ciencias fortalece con lo de ciclos, en la parte de ética se fortalece con todo lo de género o con lo de valores, en fin todo ese proceso entra a fortalecer y por eso es tan importante que Escuela Saludable también haga acciones que nos ayuden a seguir fortaleciendo lo que nosotros podemos hacer en la parte diaria desde nuestros PEI” (GD. NSdL).*

En síntesis, la estrategia de Escuelas Saludables parece que se sirve de los proyectos transversales que son obligatorios como una especie de vehículo por el cual se materializa la información de la de EES, pero sobre todo de la armonización que estos proyectos transversales hacen con el proceso de configuración de los PEI. Así pues, todos los proyectos transversales que se adaptan y que se trabajan en las sedes educativas y por consiguiente el PEI, deben materializar la Estrategia de Escuelas Saludables, en este sentido es importante señalar que no existe entonces un proyecto único con un título como tal que diga “este es el proyecto de escuela saludable” (GD. JRB), sino que las acciones quedan instrumentalizadas en el PEI.

### **6.1.5 El trabajo en red**

Desde la concepción de la EES y siguiendo las orientaciones nacionales se señaló que, en este contexto, una red se lograba de la integración tanto de instituciones públicas y/o privadas con comunidades o líderes para coordinar, compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos, con el propósito de alcanzar un objetivo común y dar respuesta a una situación determinada. En el caso de la estrategia caleña se puede observar que este propósito del trabajo en red de alcanzar objetivos comunes se gestiona

en distintos niveles que inician desde la conformación de los grupos gestores, la configuración de los nodos y por último los espacios de ciudad.

*“Cuando hablamos de la red de escuelas saludables tenemos que del centro hacia fuera está el grupo gestor con su referente que es la escuela después tenemos nodos por comuna donde están todas las instituciones educativas de la comuna y a donde van entidades que trabajan en el entorno escolar y es un espacio de capacitación masiva y tenemos el referente municipal que es la mesa técnica de educación y salud con sus tres componentes” (Ref. Tec. EES\_SSPM).*

En el caso que nos ocupa, la mayor utilidad que se puede observar en el trabajo en red es sobre el ejercicio de actualizaciones continuas en el marco de los nodos por comuna, los actores reconocen que estos espacios y lo que allí ocurre es bastante útil y que complementa lo que hacen al interior de las escuelas.

*“a través de esa red nosotros participamos de capacitaciones y nos dan algunas pautas para implementar en la escuela, por ejemplo sobre el tema de la Varicela, la Hepatitis, el manejo de la sexualidad, cómo actuar y cuál es la ruta a seguir ante ciertos casos (...), también hemos recibido capacitación en el tema del riesgo escolar, con el proyecto del medio ambiente que hemos aprendido a manejar todo lo que es el reciclaje, hemos trabajado sobre el uso adecuado del agua, hemos recibido capacitación en educación sexual en el cuidado del cuerpo y también en el consumo de sustancias psicoactivas. Realmente estas capacitaciones son un apoyo que ha aportado mucho a lo que nosotros hacemos cotidianamente” (GD. JRB).*

Otra cuestión que se puede destacar sobre como el trabajo en red ha facilitado la implementación de la estrategia es respecto a que es en estos escenarios donde se pueden compartir experiencias entre las instituciones, sin embargo, la baja participación a los nodos por comuna ha hecho que de alguna manera esta oportunidad de transferencia de experiencias se haya afectado.

*“siempre iba un representante entonces se daba la oportunidad de compartir las diferentes experiencias de otras instituciones rurales, pero ya no, ahora eso como que se ha desbaratado, ha involucionado” (GD. SD).*

Si bien algunas entidades llegan directamente a las escuelas como es el caso de las instituciones circundantes a las escuelas que prestan servicios de salud, lo que se puede observar es que el trabajo en red tiene una representación muy clara en la configuración de los nodos a donde incluso estas mismas instituciones prestadoras de servicios llegan, pero también con ejercicios y/o actividades formativas como capacitaciones.

### **6.1.6 La tipificación: herramienta para el avance progresivo**

La tipificación que se hace anualmente en cada sede, es un proceso estadístico que cubre el total de las escuelas y permite medir el avance de cada una frente a la estructuración de la misma como una escuela saludable, la tipificación como instrumento ha facilitado el proceso de caracterizar las condiciones que

tiene cada una de las sedes educativas y así le apuesta a construir estrategias de mejoramiento que logren cumplir con el propósito de asegurar el bienestar integral a los estudiantes.

*“Uno de los elementos que ha facilitado la implementación es la radiografía que nosotros hacemos cada año que es la tipificación. Antes se trabajaba y se trabajaba, pero la verdad no íbamos moldeando, viendo cómo iba ese proceso; con la herramienta de tipificación se va midiendo el grado de desarrollo de la estrategia de PS en el ámbito escolar para ser una escuela certificada como saludable” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Ahora bien, la tipificación como se le conoce en el contexto caleño es una de esas interpretaciones que se ha hecho de los lineamientos o documentos orientadores nacionales e internacionales sobre el seguimiento o evaluación a este tipo de estrategias, los lineamientos nacionales del 2012 por ejemplo mencionan que:

*“La institución educativa que se compromete con la promoción de estilos de vida saludable deberá determinar en forma periódica qué aspectos fortalecer o mejorar con relación a las políticas institucionales, los ambientes escolares, la educación que se ofrece y la articulación con otras instituciones o entidades del contexto que tengan responsabilidades frente al tema. A partir de esto, el seguimiento y la evaluación se convierten en elementos fundamentales para conocer los avances y dificultades en su desarrollo, lo cual permite reconocer qué aspectos se deben mantener o cambiar, así como hacer ajustes o acordar nuevas acciones en el plan de trabajo” (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012).*

En este orden de ideas, el propósito de hacer seguimiento para lograr mejoras incrementales a partir de los ajustes necesarios se cumple perfectamente en Cali, ya que la tipificación en la voz de la técnica responsable, ha servido como herramienta para ajustar y re direccionar las intervenciones de la EES en pro de avanzar en la salud mental y física de los escolares.

*“Año a año las profesionales hacen la tipificación y después se le devuelven a cada sede y hacen un plan de trabajo para el año; muestra en qué están bien, qué hay que mejorar y que hay que mantener, es una fortaleza para saber cómo las sedes se acercan a ese concepto tan intangible que es lo saludable” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Como vemos, el proceso de tipificación detona una serie de ejercicios reflexivos sobre aquello que funciona o no en la estrategia y se expresa en unos planes de trabajo que recogen estas reflexiones.

A través de la tipificación se reconoce entonces, en qué grado de avance frente a la constitución como una escuela saludable está cada sede, dándole una categoría que la ubica en un nivel bajo, medio y superior y de acuerdo con ello se establecen los planes de trabajo y/o de mejora para cada caso.

*“Las etapas de la escuela son de desarrollo: básico, medio y superior, esto implica el grado de desarrollo que tiene la estrategia en sus líneas fundamentales, como están incorporando la educación en salud, la reorientación de servicios en salud, la educación ambiental para la promoción de ambientes saludables y seguros, el trabajo en red y la vigilancia en salud pública y la investigación. Esos son los componentes mínimos que una escuela debe implementar*

*para decir que está en escuelas saludables. Y de ahí en adelante con esta tipificación se mira el desarrollo” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Si bien la tipificación se ha consolidado como una herramienta fundamental para el seguimiento gerencial de la estrategia, esta también en la voz de los actores consultados mediante los grupos de discusión tiene su expresión al nivel de las escuelas en el sentido de la valoración que estas hacen en el marco de este proceso de seguimiento, para hacer sus procesos de mejoramiento.

*“(…) desde el 2016 se viene implementando lo que es la tipificación al finalizar casi el año, eso es como una especie de evaluación, entonces allí le dicen a uno cuáles son los avances que uno tiene para ser una Escuela Saludable cada año. Está institución educativa ha quedado en el nivel superior, entonces para iniciar el año ya los profesores saben en sus planes de área que hay unos elementos de promoción y prevención de la salud que deben involucrarse. Entonces los profesores ya saben y van involucrando esos temas en las actividades que se proyectan y se programan hacer durante el año” (GD. GM).*

Como se mencionaba párrafos atrás, los hallazgos de este proceso reflexivo le ofrecen a la escuela tener toda la argumentación necesaria para hacer no solo los ajustes que se deriven, sino que además se convierten en insumos fundamentales para trazar la hoja de ruta de las instituciones. La información analizada muestra que este proceso no fue fácil al inicio ya que el sector educativo tenía la percepción de que se les “iba a evaluar”, eso generó una especie de rechazo momentáneo. Después se fueron dando cuenta que la tipificación les permitiría irse midiendo o si se quiere comparando con otras, que además este ejercicio reflexivo les ha dado un hilo conductor que no sólo se materializa en la micro planeación al interior de las escuelas, sino que también ha generado importantes insumos para la EES ya a nivel de ciudad. Como vemos, el proceso de tipificación además ha permitido instaurar una especie de “sana competencia” sobre el nivel de implementación, pero lo fundamental es que le ha dado a la EES motivos para hacer los respectivos ajustes que ha debido hacer en cada una de sus etapas.

### **6.1.7 Personal técnico comprometido**

Durante el análisis de la información se encontraron varios aportes que se hicieron en las sesiones de grupos de discusión, carteles parlante y entrevistas, estos apuntes daban cuenta de cómo existía un factor relacionado a lo que se categorizó como profesionales técnicos comprometidos con la EES, que se podía desagregar en las profesionales técnicas del grupo de Escuelas Saludables, incluyendo de forma protagónica a quien lidera el grupo, así como a los mismos profesores.

#### Grupo de profesionales EES: Las chicas de los chalecos verdes

El grupo de profesionales adscritas a la Secretaría de Salud Pública Municipal tienen como función acompañar el desarrollo de la EES, esta asistencia técnica y cercanía constante según los técnicos entrevistados ha sido valorada a través de los años por las escuelas receptoras de forma positiva, tanto

profesores como los mismos estudiantes reconocen a estas profesionales de chalecos verdes como un recurso humano muy cercano.

*“Creo que esa precisamente es su fortaleza no, que primero están permanente, sé que algunas van más seguidas, otras van con menos frecuencia, pero logran ser reconocidas en la institución educativa y hasta lo que yo he conocido valoradas por qué tocan otros aspectos relacionados con la salud de los niños y las niñas siendo un gran apoyo para los docentes frente a temas que ellos no logran resolver ni tenemos nosotros herramientas para hacerlo” (Ref. Tec. EES-SEM).*

Y es que precisamente este grupo de profesionales en un ejercicio de complementariedad en aspectos de educación en salud logran facilitarles a las sedes educativas el desarrollo de temas que los profesores por sí solos no dominan, el trabajo de las “chicas de los chalecos verdes” fue reconocido en los grupos de discusión y se convierte entonces en un complemento fundamental para la educación en salud y específicamente para la implementación de la EES.

*“También hemos recibido capacitación de las chicas de EES en educación sexual, en el cuidado de mi cuerpo y también en el consumo de sustancias psicoactivas. Realmente estas capacitaciones son un apoyo que ha aportado mucho a lo que nosotros hacemos cotidianamente, porque allá nos dan unas pautas de cómo venir a trabajar con los estudiantes, aparte de eso también nos dan material y uno viene y lo aplica a la escuela” (GD. JRB).*

Ellas mismas, “las chicas de chalecos verdes”, reconocen su compromiso y la pasión que le imprimen a su trabajo, superando las dinámicas políticas con las que se vinculan a la dependencia. Cada una demuestra su amor en lo que hace, lo cual conduce su actuar y por ende el reconocimiento no solo a su rol, sino a la estrategia misma. Este acompañamiento constante ha facilitado posicionar los temas de la EES al interior de las instituciones, esta presencia permanente parece que genera credibilidad institucional, ingrediente perfecto para el reconocimiento y sostenibilidad de esta.

*“(…) Por un lado llevamos muchos años, ya nos conocen saben en que trabajamos y nos abren la puerta. En el 2006 se empezó fuertemente hacer un trabajo comunitario, a implementar la estrategia como tal y en cada momento los distintos grupos de trabajo han adelantado unas acciones que realmente ha resuelto expectativas Entonces se ha ido posicionando la estrategia y que de alguna manera para ellos esta labor es excelente, pues es un apoyo para las diferentes problemáticas que ellos manejan” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

Ahora bien, como mencionamos unos párrafos atrás, a este grupo no solo lo reconocen los padres de familia y profesores, sino que también es reconocido por los estudiantes como se evidenció en los grupos de discusión. En ese ejercicio de acompañamiento en formación, este grupo desarrolla y complementa las herramientas pedagógicas con las que se trabajan los temas de educación en salud al interior de las escuelas, este trabajo es muy retador pues su creatividad se debe activar para lograr entregar a los estudiantes los mensajes de formas didácticas y cercanas a como ellos mejor reciban los mensajes.

*“(…) A los estudiantes les encanta, participan, hablan, expresan y comparten con esas dinámicas que trajeron. Por ejemplo, en esa primera experiencia de trabajo en grupo que les pusieron canciones, los sacan a hacer*

*exposiciones, hacen carteleras, eso a ellos los “encarreta” y o sea una dinámica bonita porque es agradable para ellos, por eso también hay aceptación. Yo digo que, aunque fue una primera introducción hubo aceptación y quedó una motivación, entonces yo a veces por ejemplo cuando les toca trabajar les digo se acuerdan lo que vimos cuando vinieron las chicas de escuela saludable y ellos responden “Ah sí profe” (...)*” (GD. Buitrera).

Como vemos, este grupo de profesionales ha apoyado de forma fundamental el desarrollo de la estrategia, desde el acompañamiento que hacen a los profesores, familias y estudiantes en complementar con capacitaciones los temas relacionados a las prioridades en salud pública, pero también de forma categórica con el ejercicio que hacen durante todo el año para recoger la información de la tipificación como herramienta para el seguimiento, al final este proceso constante de revisión también ha permitido hacer esas reflexiones colectivas que se traducen, porque no, en mejoras de la estrategia misma. Para efectos de esta investigación hablaremos con más profundidad del proceso de tipificación posteriormente como uno más de los elementos que han facilitado esta implementación.

#### La Estrategia de Escuelas Saludables tiene nombre de mujer: El liderazgo de una mujer

Como vimos en el anterior apartado, y según se destacó en los grupos de discusión, existe en Cali un grupo de profesionales de chalecos verdes que ha sido protagónico en el desarrollo de la estrategia. Este grupo no podría existir, o por lo menos no como se reconoce en la actualidad sin el liderazgo histórico y decidido de la referente de la misma en la Secretaría de Salud Pública de Cali, quien valora y ha asumido con responsabilidad la estrategia, así como su proceso de mejoramiento continuo.

*“(...) en esta ciudad el hecho de tener una persona que tenga muy claro en qué consiste la estrategia, que busca cómo implementarla, beneficia a la ciudad y permite la articulación con otros sectores y la credibilidad, porque ha habido muchos secretarios de salud que le han apostado a esta propuesta durante muchos años”* (GD. Ref. Tec. EES-SPM).

De acuerdo con lo mencionado en la anterior cita, a lo largo de los años cambian las administraciones y con los cambios llegan nuevos líderes a la dependencia, pero la determinación de esta profesional se percibe como fundamental no solo para interpretar los documentos macro, sino para buscar como estos se materializan en el territorio

*“(...) es que siempre ha habido como un doliente, o sea desafortunadamente a mí siempre me ha preocupado y eso fue lo que aprendí de JP, una cosa importante de ella y es que uno aprende a querer esto, entonces siempre hay un doliente que está arañando y dice “pero ahí no dice escuela y también dice pero ahí dice que en el entorno educativo”, entonces es alguien que baje el lineamiento, lo inscriba como proyecto y le de recursos y ese es el fortalecimiento de escuelas (...)*” (Ref. Tec. EES-SPM).

Materializar la EES incluye vincularse a las acciones de planeación municipal en los cambios de gobierno para de esta forma lograr posicionar con relevancia la estrategia desde la etapa de construcción de los Planes de Desarrollo del municipio, así es pues cómo parece haberse consolidado la estrategia y garantizado su permanencia independientemente del gobernante que esté presente.

*“(…) para que esta estrategia se mantenga siempre me busco las leyes, participo de la elaboración del Plan de Desarrollo, me baso en el Plan Decenal de Salud Pública y gestiono para poder bajar recursos porque hay pocos aliados, hace falta la voluntad política” (Ref. Tec. EES-SPM).*

En el conjunto de datos analizados se percibe como el liderazgo de esta mujer, así como sus resultados no tienen espejo en la Secretaría de Educación Municipal (SEM) por ejemplo, en esta no se consideran acciones permanentes y sostenidas en el entorno escolar buscando su salud o bienestar integral como es reconocido por los técnicos del sector educativo consultados. En gran medida lo que se hace por parte de la SEM al interior de las escuelas responde a los planes de gobierno y a las personas que asuman la responsabilidad derivada de estos planes de actuación, mientras que, del lado de la Secretaría de Salud, la EES se ha consolidado como un programa permanente y sostenible.

*“Entonces yo pienso que ha sido una labor muy importante sobre todo en salud, porque lo tienen como un programa, porque cuentan con los recursos para ello, porque pueden estar de manera permanente en las instituciones educativas desde el inicio del año escolar y nosotros (SEM) nos vemos abocados a tener que interactuar allí” (Ref. Tec. EES-SEM).*

Es así como esta investigación encontró que el motor de un grupo de profesionales comprometidas es una profesional más que lidera al equipo –por supuesto–, pero como muestran los datos se ha encargado de hacer gestión constante para desarrollar la estrategia, desde la consecución de recursos hasta la articulación con otros sectores. El grado de reconocimiento de esta mujer como parte estructural de la estrategia es muy llamativo como se evidencia en la siguiente cita:

*“(…) El proceso de gestión que hace el personal técnico. Gabriela por ejemplo ha sido fundamental en este trabajo, pero también el personal que lidera” (Ref. Tec. PEVS-SSPM).*

Su rol de liderazgo se ha encargado como vemos de dinamizar el grupo de profesionales que tiene cercanía con las instituciones y que la comunidad escolar valora de forma positiva, este rol además ha defendido periodo tras periodo de gobierno las bondades de la estrategia desde el ejercicio de la memoria institucional y de esta forma ha logrado convencer a cada Secretario que ha llegado a liderar la dependencia sobre la EES, en algunas ocasiones con mejor receptividad que otras, sobre estos aspectos de voluntad política hablaremos más adelante en el desarrollo de los elementos que han facilitado y obstaculizado esta implementación. Como vemos, la Estrategia de Escuelas Saludables en Cali tiene nombre de mujer, es así.

#### Profesores: Otros agentes de salud

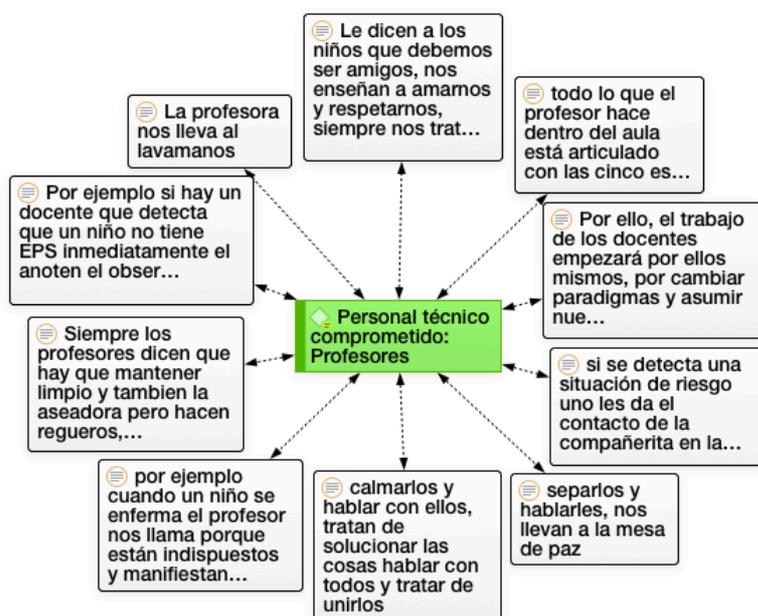
Es claro que los profesores son un activo fundamental en la sociedad y específicamente en la construcción de capital social, en relación con la educación para la salud son aún más importantes pues se convierten en una clase de agentes estratégicos, no solo por estar en contacto directo con un grupo de individuos en etapa de formación, sino que por su rol se convierten en referentes de vida y de esta manera

se hace más efectiva la entrega y procesamiento de información. Tal cual como quedó plasmado en los lineamientos del 2006, los docentes son llamados a:

*“cambiar paradigmas y asumir nuevos valores que orienten sus acciones dentro y fuera del aula hacia la construcción de personas más integradas, sanas, libres y felices”* (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Entrando en materia, el rol de los profesores fue mencionado por cada uno de los informantes, es así como hemos querido rescatar algunas citas que hacen mención con relación a la categoría de profesionales técnicos comprometidos y que se relacionan en la siguiente gráfica:

Gráfico 33. Profesores como Profesionales Técnicos Comprometidos: Algunas menciones



Fuente: Elaboración propia a través de procesamiento de datos en Atlas Ti.

En la voz del alumnado, parece que ven en los profesores una especie de “héroes” que los protegen y se ocupan de ellos como se señala en la siguiente mención:

*“Les dicen a los niños que debemos ser amigos, nos enseñan a amarnos y respetarnos, siempre nos tratan bien”* (CP. JPII).

Estos actores se preocupan no solo por su bienestar físico, sino también por el bienestar mental en relación con proporcionar un ambiente de convivencia en el entorno escolar, que, en muchos casos en el contexto colombiano, podría ser incluso un entorno mucho más seguro que sus propios hogares y comunidades.

Respecto al cuidado físico, son estas “heroínas y héroes” desde la función de protección y acompañamiento, quienes se encargan desde estar pendientes de si los estudiantes se lavan las manos y

cepillan los dientes, hasta de cuestiones mucho más estructurales como validar si estos estudiantes están cubiertos por el sistema de salud, esta función de veedor es supremamente importante pues permite detectar esas cuestiones que se podrían traducir no solo en un riesgo técnico en salud, sino sobre todo en un riesgo financiero para los hogares de estos niños en el caso de enfrentarse a una enfermedad.

*“(...) Por ejemplo si hay un docente que detecta que un niño no tiene EPS inmediatamente anotan en el observador y me comunica “coordinador este niño no está vinculado a ninguna EPS” ahí entonces estamos hablando de aseguramiento.” (GD. GM).*

Evidenciar este tipo de situaciones es crucial, pues como mencionamos, en el caso del aseguramiento permite que los individuos tengan una protección universal frente a un evento catastrófico, pero también son los profesores los que detectan al interior de sus aulas otras situaciones de riesgo, es en este caso donde adquiere gran relevancia este rol de “agentes de la salud”, pues activan una serie de protocolos y procesos no solo para notificar de estas situaciones a sus coordinadores y rectores, sino también al mismo grupo de profesionales de la EES, pero sobre todo obliga a que tengan una comunicación más fluida con los padres de familia y esto sin lugar a dudas fortalece no solo los links comunitarios, sino la estrategia misma.

*“(...) por ejemplo cuando un niño se enferma, el profesor nos llama porque están indispuestos y nos manifiestan que así no pueden estar en el colegio y uno lo que hace es que cuando están indispuestos lo recoge en el colegio y lo lleva al centro de salud. Es destacable que los profesores han trabajado mucho en estar pendiente de los niños informándole a los padres como están. Entonces la comunicación entre niños profesores y padres ha sido muy buenas (...)” (GD. JEG).*

Es claro que los profesores no tienen que reconocer que todo lo que hacen hace parte de la salud, mucho de su actuar se explica en el compromiso por la educación y en ese sentido en el bienestar integral de los alumnos como un insumo fundamental en el proceso de enseñanza y aprendizaje, también es claro que lo que hacen se explica por la vocación de proteger, en voz de las técnicas del grupo de EES, refieren que a veces los profesores no saben que una u otra acción hace parte de la EES y en ese sentido que se relaciona con la construcción de la salud propiamente dicha, lo que si es cierto es que a juicio de las mismas profesionales si existe una relación directa de sus acciones con la estrategia

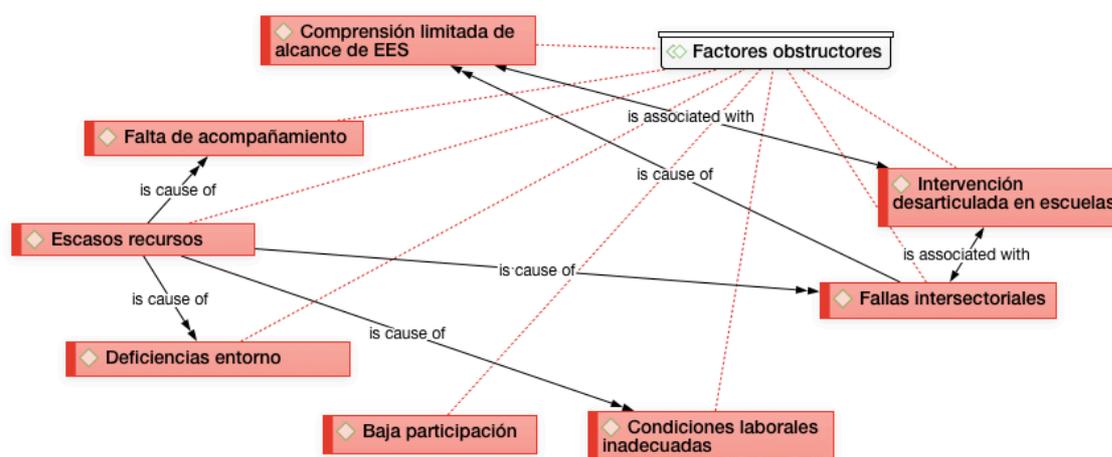
*“(...) todo lo que el profesor hace dentro del aula está articulado con las cinco estrategias que trabaja escuelas saludables (...)” (GD. Tec. EES-SPM).*

Tal vez esto se explica en la comprensión que estos actores tienen sobre el concepto de Escuelas Saludables, que puede ser acertado en algunos casos, pero en otros se puede presentar desde un abordaje limitado, sobre este tema particular hablaremos más adelante cuando hagamos relación a los factores que han dificultado esta implementación.

## 6.2 ELEMENTOS QUE HAN DIFICULTADO LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

En el apartado anterior de esta tesis hablamos de aquellos elementos que han facilitado la implementación, en este señalaremos aquellos que por el contrario la han dificultado y que se pueden observar de forma visual en el gráfico 33. Con la información recolectada y analizada en las diez sedes seleccionadas podemos resolver cuestiones como *¿Qué elementos locales han impactado de manera negativa la implementación de ES en Cali desde la perspectiva de los diferentes actores?*

Gráfico 34. Elementos obstructores de la EES en Cali.



Fuente: Elaboración propia a través de procesamiento de datos en Atlas Ti.

### 6.2.1 Fallas intersectoriales e intervenciones desarticuladas: Las repúblicas independientes

De acuerdo a la técnica responsable de la EES, uno de los elementos más significativos que ha dificultado la implementación de la EES es la poca importancia desde la dirección ejecutiva de la Alcaldía que se da a la educación en salud, pues no se gestiona con decisión y se invierte poco en su desarrollo.

*“A pesar de que el tema hace parte de la agenda del gobierno, no se tiene la visión de la educación en salud como algo integral, eso es una falencia, no se gestiona esto como una intervención sinérgica y en grande” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

En el apartado anterior sobre los elementos que han facilitado la implementación mencionamos precisamente a la voluntad política y como ésta se refleja en el engranaje de actores y sectores, ahora bien, la falta de voluntad materializada en la baja importancia para la alta gerencia trae consigo precisamente lo contrario, una desarticulación que impide a la administración pública ver más allá y entender en este caso a la EES como una apuesta integral que requiere una mirada intersectorial.

Un efecto de esta dificultad es la saturación de la escuela como escenario de múltiples intervenciones desarticuladas y atomizadas, pues diversos proyectos tienen como población objetivo la comunidad escolar, llevándola al colapso e imponiendo a los profesores nuevas tareas y compromisos que comprometen su tiempo, ocasionando al parecer rechazos a las intervenciones que tienen relación con la EES.

*“(...) ellos no quieren como comprometerse más frente a tantas cosas porque hay mucha normatividad y mucha ley y ellos dicen que ellos mantienen amarrados y que ellos no se van a someter a que de pronto los denuncien” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

Para la Secretaría de Salud, por ejemplo, una dificultad es que como vemos en las anteriores líneas, pareciera que el sector educativo no se pone en la posición de corresponsable, ven las acciones de la EES como una tarea adicional, pero esto también se observa en las otras Secretarías como Gobierno, Bienestar Social, para estas la EES no aparece o por lo menos no ligada directamente a ellos, esto hace que todos los sectores busquen ir las escuelas y hacer actividades como se observa a continuación:

*“se les ocurrió hacer un proyecto y van a dar a las escuelas sueltos, pero no se articulan, eso me parece a mí que la fragmentación que ya de por sí tenemos al interior del sector salud también se ve a fuera” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

*“Hay muchos proyectos para las escuelas y ellos convocan y cuando nosotros vamos a programar nos dicen que tenemos que esperar un mes porque ya trabajaron con ellos o ya citaron a los padres de familia por eso se da la sobresaturación a los docentes y a los padres de familia” (GD. Tec. EES-SSPM).*

Las acciones como vemos no se articulan con los propósitos de la EES. De esta manera, diferentes actores hacen referencia a la poca coherencia, por ejemplo esta desarticulación se ve de forma incoherente cuando se revisa lo relacionado a la alimentación saludable en contraposición a los alimentos entregados a los niños por parte del Programa de Alimentación Escolar, dicho programa que es operado por el sector educativo tiene dificultades en la implementación debido a los menús establecidos, los cuales, de acuerdo con lo informado, no cumplen con los requerimientos nutricionales de los escolares.

*“(...) el PAE ha tenido unos menús de toda una semana de leche batida, puro dulce, dulce, dulce y claro ellos vienen acá y le dicen a uno profe otra vez esto, que mirá, un frito, entonces eso desde la parte de la alimentación no es adecuado (...)” (GD. LGC).*

Adicionalmente, aunque los docentes transmiten y concientizan a los niños y a los padres sobre la importancia de la alimentación saludable para su desarrollo y bienestar, los alimentos consumidos por los niños son alimentos con alto nivel de procesamiento industrial y con alto contenido de azúcar, lo cual en muchos casos va en contraposición al discurso de los docentes y la práctica en el hogar que se puede derivar de una estrategia como la EES.

*“(...) el problema es que como no hay una coherencia entre la alimentación en términos de lo que se da desde la casa y de lo que se da acá con la Secretaría, hay una gran ruptura, debería existir una coherencia, es decir, que*

*si en casa hay cero azúcar o bebidas azucaradas pues aquí el niño no debería consumir bebidas azucaradas (...)" (GD. LGC).*

Ahora bien, esta fragmentación no solo afecta cumplir con el propósito del bienestar integral de los escolares, sino que también motiva o detona otra serie de elementos que dificultan la implementación de la estrategia, esto se vuelve una especie de círculo tortuoso en la que una falla puede desencadenar en otra. La fragmentación como tal hace que a la escuela llegué un volumen bastante amplio de servicios y en general de actividades, esto produce que la recepción de estos por la comunidad escolar se afecte y con ello específicamente su participación.

*"(...) no hacer tantas actividades colectivas de manera independiente porque eso dificulta la participación de los docentes y de los padres y estamos saturando a la comunidad, llega un momento en que ellos ya no quieren ir a nada y no les parece interesante lo que nosotros ofrecemos" (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

En la información analizada se puede observar también que esta fragmentación no es solo entre los sectores, sino que pareciera que tiene un espejo incluso al interior de la propia Secretaría de Salud, ya que en ella la única línea que se acerca a las escuelas no es la de escuelas saludables, sino que otros programas también ven en el entorno educativo una oportunidad para incidir en sus propios mandatos.

*"en todas las líneas trabajamos fragmentados, ¿y por qué?, pues ahí tendríamos que mirar, en los afanes de las metas, incluso como se plantean estas. Solo a veces nos unimos, por ejemplo, ahora estamos unidos en la línea de enfermedades crónicas, yo dije me meto en crónicas porque se supone que la razón de ser es prevención de crónicas, aunque yo, por ejemplo, tengo además un componente grande de transmisibles, desparasitación intestinal, pero también tengo que ver con vectores, digamos que es la fragmentación que nos mata a nosotros al interior" (Ref. Tec. EES-SSPM).*

## **6.2.2 Condiciones laborales: La contratación del personal operativo de la EES**

En esta cadena de causas y efectos podemos encontrar el siguiente elemento que ha dificultado la implementación de la EES, como mencionamos en el anterior apartado, de la visión y voluntad de los que deciden se derivan una serie de elementos que también pueden explicar el éxito o fracaso de estas estrategias. En este caso, las prácticas administrativas han derivado no solo en Cali, si no en el contexto del sector público en Colombia unas formas contractuales que afectan el desarrollo de intervenciones como la que nos ocupa.

En lo que respecta a la EES, el proceso de contratación del personal técnico parece que no favorece, ya que desde la planificación del año escolar se acuerda el acompañamiento de la EES y se establecen cronogramas de trabajo durante el año lectivo que muchas veces no se cumplen a plenitud, pues los

contratos se hacen en algunas ocasiones tarde y fragmentados en meses lo que dificulta la presencia oportuna del personal técnico en todas las sedes educativas al igual que su permanencia.

*“siempre hemos trabajado el universo de las sedes de básica primaria oficiales de Cali incluido 15 corregimientos, hemos oscilado en 295 y hoy estamos en 266, generalmente se hacían de 10 a 11 meses la intervención y tú hacías un plan para el año y siempre era un proceso en todas las sedes desde la tipificación, el plan de trabajo para el año, hasta el monitoreo y evaluación. Con la nueva modalidad de contratación la gente se está contratando por trimestre, entonces debemos dividir las sedes en el año y no podemos coger todo el universo, entonces las primeras que se trabajaron están quedando y esto no es nada sinérgico que no ayuda” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Esta práctica administrativa ha llevado que el personal técnico del grupo de la EES en el mejor de los casos tenga por año dos contratos con la Secretaría, en términos prácticos esto lo que significa es que cada una de las profesionales se le hace contrato dos veces al año. Sin embargo, se puede observar de acuerdo con la información de los contratos analizada, que para el año 2019 esta situación varió, ya que en promedio no eran dos contratos por año sino tres como se puede observar en la tabla 25.

Tabla 24. Número de contratos por año de cada contratista de la EES.

CONTRATISTA /AÑO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
2016				2	2	1		2				2		2	2		2	2			1	2						
2017	2			2	2	1	1	2		1			1	2	2		2	2		2	2	2				1	1	2
2018			1	2	2			2		2	1			2	2	1	2	2		2	2	2			1			
2019		1	3	3	3			3	1	2				3	3		3	3		3	3	3	1					2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de contratación de grupo de EES de la SSPM

Otro aspecto para señalar respecto a la información analizada es que para el año 2016 el grupo de EES estaba conformado por 11 personas, en el 2017 por 18, en el 2018 por 14 y en el 2019 por 15. Esto no solo tiene implicaciones en el número de días contratados por año para la implementación de la EES, sino que deja en evidencia otra situación como el hecho de que solo siete de las contratistas del equipo tuvieron contrato durante los cuatro años del anterior gobierno, así pues emerge otro elemento en relación con la memoria institucional de la EES, ya que para el año 2017 como se puede observar en la tabla 26, solo el 39% del grupo había hecho parte de la etapa anterior de la estrategia, etapa en donde precisamente se había consolidado toda la planeación del cuatrienio de gobierno, así mismo para el 2018 el porcentaje de contratistas con esta memoria institucional era del 50% y para el último año de ese gobierno este porcentaje era del 47%.

Tabla 25. Contratistas por año, días contratados y porcentaje de memoria.

CONSOLIDADO	2016	2017	2018	2019
Número de personas	11	18	14	15
Días contratados por año	3104	4061	3717	3277
Días contratados por año/persona	282	226	266	218
Porcentaje de contratista con memoria institucional		39%	50%	47%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de contratación de grupo de EES de la SSPM

Uno de los efectos de las formas de contratación mencionadas, es que muchas veces se percibe baja continuidad en las acciones, lo cual dificulta ampliamente el cumplimiento de los objetivos en las sedes educativas.

*“O sea no es de venir y pasar como un “puñetacito” de que entonces fuimos y escuela saludable llegó un día, o sea yo pienso que esto es un proceso que hay que decir en el año y que uno conozca, una planeación de tales temáticas a través del año con éstas fechas si hay que moverlas pues se las mueve pero igual se tenga una estructura y que al finalizar el año uno pueda sentarse y decir bueno evaluemos” (GD. NSDL).*

Además, de acuerdo con la información analizada se encontró que esta forma contractual genera que para cuando el equipo está debidamente contratado e inician su trabajo con las escuelas, en estas ya se han surtido procesos estratégicos como la misma planeación del año escolar.

*“(…) pues a nosotras las contrataciones no nos las hacen arrancando enero, sino que se demoran por ahí en febrero, entonces ya casi finalizando febrero es que uno ya empieza, se dificulta que podamos nosotras estar antes cuando las escuelas están haciendo sus planeaciones internas. Mientras no tengamos ARL no podemos salir y entonces el inicio de nuestras actividades se va por ahí casi al primero de marzo digámoslo así” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

A lo anterior y ante la alta rotación de personal por las prácticas administrativas, se suma la gestión del talento humano para asumir los retos que la estrategia requiere, dado que se evidencia falta de motivación para el trabajo en equipo, falta de competencias profesionales desde su formación para asumir la PS en el entorno escolar de muchas profesionales que llegan a estos procesos por recomendaciones políticas.

*“pero como esta es una época de politiquería, tú contratas porque vienen del concejal tal, vienen y se ganan su salario y puede que no sean malos profesionales, pero no hay ese sentido como de vida que se necesita en estos temas” (Ref. Tec. SEM-SSPM).*

Otro asunto es la necesidad de actualización permanente sobre diversos temas tanto normativos, conceptuales como metodológicos, todo esto afecta de forma estructural la motivación e innovación en el equipo de trabajo y por ende la implementación de la estrategia misma.

*“hoy el desempeño de los profesionales ha decaído mucho, entonces se hace más por obligación, por cumplir un producto, más que ese sueño y ese convencimiento” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

### **6.2.3 Recursos escasos: Dinero no hay**

La falta de insumos pedagógicos para el desarrollo de las actividades como cartillas, refrigerios y transporte hace que se afecte el buen desempeño del equipo de la EES y por ende el desarrollo de la estrategia, pues no se cuenta con recursos que apuntalen la consecución de ayudas didácticas y material de apoyo para el desarrollo de las actividades de capacitación, a esto se suma la falta de recursos en las sedes educativas para la implementación de acciones y recomendaciones en pro de avanzar en la construcción de una escuela saludable y segura.

La escasez de recursos de las sedes educativas y el bajo involucramiento de la Secretaría de Educación en la implementación de la estrategia no permite que las escuelas cuenten con los insumos necesarios para su desarrollo, fue común en todas las escuelas que al preguntar que dificultad se tenía frente a la estrategia se manifestara esto como una razón.

*“Por ejemplo los brigadistas asumen la tarea frente a la supervisión de los riesgos para los niños, ellos nos notifican, pero no hay recursos con que resolverlos, es más no tenemos ni siquiera los distintivos para estos ni la pintura para la demarcación del colegio” (GD. GM).*

De igual manera, existen dificultades para proporcionar a los docentes en las sedes educativas material educativo o didáctico actualizado para fortalecer los procesos de aprendizaje y empoderamiento de los estudiantes, tanto los profesores como el personal técnico de la EES reconocen que la carencia dificulta enormemente la implementación.

*“(..) también nos pueden mandar elementos como folletos, cartillitas, películas, canciones, cositas que nos ayuden a alimentar ese proceso dentro de la fase, o sea que no sea solo cuando vengan, sino que nos queden unos elementos, material didáctico pedagógico que nos acompañen en ese proceso” (GD. NSdLL).*

De acuerdo con los datos analizados parece que la falta de recursos económicos se traduce en la carencia de recursos didácticos, en este sentido el grupo técnico de la EES reconoce que no solo basta con ellas como “recurso humano”, sino que es necesario este tipo de ayudas didácticas como se observa a continuación:

*“tener material pedagógico de cómo llegarle a la institución, estamos entonces no solo limitadas, sino que no tenemos material nuevo y lo que hay ya lo hemos entregado y además no se ha actualizado siquiera” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

*“(..) para que haya cambios hay que inyectar más capital, que haya recursos y esos recursos se usen para aplicar estrategias de IEC (Información, Educación y Comunicación), e ir posicionando la EES y si es el caso contratar más profesionales para que haya mayor impacto para que seamos más constantes en la rotación en las escuelas” (GD. Tec. EES-SSPM).*

Como vemos, la EES en Cali dependen en gran medida del acompañamiento que el equipo técnico hace a las escuelas durante todo el año escolar, muchas veces las escuelas esperan y se complementan con el contenido que se entrega en el marco de la estrategia, es en este sentido que la carencia de recursos económicos, humanos y didácticos terminan configurando una gran barrera en la implementación de este tipo de iniciativas.

*“(..) no tenemos facilitadores, te lo digo con la experiencia de 25 años como directivo que cuando a uno le llega toda esta serie de obligaciones porque no es siquiera si uno quiere, sino que lo debe asumir y debe estar en el PEI. Uno dice bueno y ¿cómo lo hago? ¿con quién lo hago? ... Me dicen que y por qué, eso es cierto, y yo lo acepto, pero*

*¿cómo lo voy a hacer, cuando y con quién?, Esa es la respuesta que cada sede educativa debe dar. (Ref. Tec. PEVS-SSPM).*

En este orden, la carencia no solo se manifiesta en los vacíos técnicos y didácticos, sino incluso estructurales, en la información analizada de las diez escuelas, encontramos por ejemplo un factor común que evidencia la escasez de recursos, en todas las escuelas los escolares y algunos profesores coincidieron en que en los baños no había acceso a algo tan básico como el jabón de manos, ahora bien esta situación no es nueva, los profesores en particular pueden entender la importancia de este elemento pero prácticamente quedan con las manos atadas ante este tipo de situaciones.

*“Que si en el baño hay de pronto alguna situación de riesgo y a veces a uno le da hasta pena con ellos porque ellos están pendientes y vienen y nos avisan para que nosotros tomemos medidas y a veces como no contamos con ningún recurso pues no se toma ninguna medida o se les avisa a los directivos, pero a veces se demora en que se pueda resolver” (GD.JRB).*

Volviendo a la escasez de recursos para la actualización de las herramientas pedagógicas, el gran problema con este aspecto es en relación con la desactualización que la EES tiene, muchas de las herramientas como mencionábamos fueron diseñadas en otras etapas, se ha señalado que incluso los marcos normativos han cambiado pero como si no fuera suficiente la forma en la que los escolares aprenden también lo ha hecho, pareciera que la forma de enseñar no va a la misma velocidad que lo hace la forma de aprender.

*“(…) entonces llevábamos a muchachos a esas conversaciones y ellos nos decían “ah tan chistosos ustedes eso que escriben en esas cartillas, cuando nosotros ya todo es por internet”, los mismos muchachos nos decían que eso ya no les llegaba a ellos porque las cosas habían cambiado, nosotros no tenemos nada interactivo, de poner en el celular y en el computador entonces los muchachos hasta nos daban clase” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

#### **6.2.4 Comprensión limitada del alcance de Escuelas Saludables**

A pesar de la relación existente entre el sector educativo y el de salud, parece que la promoción del aprendizaje se ha considerado exclusividad de las escuelas, mientras que de la promoción de la salud se encarga el sector salud a través de sus sistemas, sobre todo de los servicios de salud. Cali en este sentido no ha sido ajena a estas fragmentaciones conceptuales como se observa a continuación:

*“(…) aquí llegó un secretario que dijo a mí no me vengan a hablar de Escuelas Saludables porque Escuela Saludable es de educación” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

En ese sentido los lineamientos en Colombia señalan que la EES, permite precisamente que se establezcan alianzas no solo entre educación y salud, sino incluso entre diferentes sectores con el

propósito de promover el desarrollo humano y así mejorar las condiciones de vida a través de realización de acciones conjuntas que aboguen por promover la salud (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Esta visión fragmentada termina como vimos anteriormente provocando intervenciones desarticuladas, pero la fragmentación como tal no solo se deriva de las debilidades en la dirección o la falta de voluntad política, sino que revela también una fragmentación conceptual que impide entender una estrategia como estas desde la integralidad.

*“A pesar de que llevamos desde la Carta de Ottawa hablando de esto, todavía tenemos gobernantes que lo que tienen para mostrar es cuántos se murieron, cuántos se dejaron de morir, cuantas se embarazaron, cuantas se dejaron de embarazar; es decir todavía tenemos una mirada completamente medicalizada y bióloga, los proyectos como estos les parece un relleno” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Ahora bien, esta comprensión limitada no es exclusiva de los tomadores de decisiones macro, sino que también tiene espejo en otros roles de dirección. Por ejemplo, en la información analizada de las sedes seleccionadas se encontró que en algunas escuelas la poca voluntad de los directivos para realizar acciones y facilitar recursos se relaciona a la comprensión limitada sobre la relevancia de la Estrategia para el bienestar de la comunidad educativa.

*“(…) algunos rectores tienen cierta apatía porque cuando se convocan no hay mucha participación, pero yo creo que es vender más la idea desde la Secretaría de Salud a los mismos rectores, la importancia de esta estrategia para las diferentes sedes” (GD. SD).*

Así pues, se hace énfasis en la necesidad de trabajar en la sensibilización de los coordinadores y rectores sobre la importancia de la EES, y sobre el impacto que tiene en el desarrollo y bienestar de los estudiantes. Los profesores y familias resaltan que cuando estos actores se conectan con la relevancia de una intervención como estas, el pronóstico es muy positivo. En este sentido, el hecho de que los rectores y coordinadores estén conscientes hace que se alineen las acciones institucionales y de diferentes sectores, que redundan en el bienestar de la comunidad educativa.

*“(…) Cuando hay rectores, coordinadores conscientes de la necesidad de este tipo de cosas, abren las puertas a las otras entidades que quieren apoyar, entonces se van haciendo cada vez más fuerte” (GD. SF).*

Algo bastante interesante de resaltar en este apartado es que, de forma generalizada en Cali, todos los actores asocian que la EES tiene que ver mucho sobre todo con el componente de alimentación saludable, en especial con tiendas saludables. Sobre este particular en la información analizada se encontraron varias menciones como se muestra a continuación:

*“porque hay días que se come más saludables, en la tienda hay días saludables, porque nos enseñan bien”; “(…) cuando usted le dice a un niño, ¿qué es escuela saludable? de una se limita a alimentación saludable”; “yo lo veo encaminado a la alimentación, la alimentación que reciben los niños en el colegio, porque digamos que... tenemos una gran ventaja con relación a otras instituciones y es que tenemos un restaurante donde los alimentos son*

*preparados, las personas que trabajan en el restaurante manipulan muy bien, los alimentos son buenos, son balanceados, hay fruta, carnita... diferentes tipos de alimentos, mientras que en otras instituciones educativas que no cuentan con restaurante les dan mucho alimento empacado” (CP. JEG; GD. SF; GD. JPII).*

### 6.2.5 Baja participación

Como es sabido, la participación es un proceso cambiante, lo que implica la necesidad de analizarse en las diferentes formas y ámbitos en el que se manifiestan en las instituciones educativas. De esta manera, aunque toda participación tiene un objetivo o una necesidad, en muchos casos no es una necesidad del grupo o de la comunidad. Si bien, la participación es un acto voluntario, sobre todo en las escuelas de la zona rural hay poca convocatoria y vinculación de la comunidad en el desarrollo de actividades y acciones relacionadas con la EES, las principales causas señaladas por los actores consultados en los grupos de discusión están relacionadas con la falta de tiempo por parte de los docentes.

*“La comunidad es indiferente, además nosotros tampoco la buscamos, nosotros no la impactamos, no nos queda tiempo, nosotros somos aquí con ellos y la asociación de padres, el concejo de padres tal vez ellos, pero allá ellos, pero que nosotros sepamos o nos involucren no porque es que no nos queda tiempo” (GD. SD).*

Aunque se identifica en general poca participación de la comunidad en las instituciones, para los informantes de los grupos de discusión se reconoce la importancia de poder vincularla, de tener sus aportes y que reconozcan a las instituciones educativas como actor importante en la comunidad.

*“entonces yo pienso que hay que darle más oportunidad a la comunidad, más intervención que allí sale mejor para mí, hay que involucrarlos más claro” (GD. SD).*

De acuerdo con la información analizada se destaca que en general para las técnicas consultadas que la participación de padres de familia es bastante escasa, incluso la que tradicionalmente se ha dado través de los grupos gestores se ha visto disminuida en cuanto a la EES, sí que sigue habiendo participación, pero como se mencionaba anteriormente, sobre todo en todo lo relacionado al Plan de Alimentación Escolar.

*“Con los Grupos Gestores pasa algo, antes eran muy fuertes, ahora son muy débiles y el acompañamiento de la comunidad es muy poco, ahora hay que usar estrategias cómo articularlos a otras iniciativas o a otros grupos dentro de la sede educativa. Hay muchas situaciones que han debilitado el Grupo Gestor relacionado con el nivel de compromiso y de involucramiento de los padres. A pesar del tiempo en el que estamos, mucha gente visualiza la escuela como aquel lugar donde yo voy y dejé mi hijo y descanso un tiempo de él, es como si dejara toda la responsabilidad de la escuela” (GD. Tec. EES-SSPM).*

Pareciera de acuerdo a los actores consultados en los grupos de discusión que la poca participación que se da es por llamado, sobre todo en las reuniones de padres de familia como se muestra en la siguiente cita:

*“Aquí solo vienen cuando hay reunión de padres y es cuando usted los tiene que coger” (GD. NSdIL).*

También cuando hay algunas dificultades, pero cuando se tratan de otras actividades como charlas, capacitaciones o jornadas la participación es muy reducida, los docentes señalan que generalmente son los mismos padres de familia.

*“(…) el acompañamiento de los padres de familia es bastante difícil, por ejemplo, una capacitación en el tema de prevención del embarazo en adolescentes y de un salón de 40 niños solamente asistieron cinco mamás y casi siempre son las mismas (...) la convocatoria siempre es abierta, pero ellos no participan.” (GD. GM).*

Sobre la baja participación de los padres se señalan los grupos de discusión que en mayor medida es por falta de interés y compromiso ya que las motivaciones no son por tiempo, sino que estos actores no les gusta participar.

*“(…) además muchos papás mandan a los niños como “vaya y aprenda”, pero no se dan cuenta que asistiendo a todas esas capacitaciones y a esas cosas también se está beneficiando el desarrollo del niño” (GD. SL).*

Sin embargo, también los actores consultados reconocen aspectos relacionados a los horarios de las reuniones y el cruce de estas con otras actividades de los acudientes como el trabajo en el hogar (hora de almuerzo) o el trabajo formal. Algunos padres de familia reconocen las dificultades para participar debido a sus demás ocupaciones como se muestra a continuación:

*“Uno como padre quisiera poder participar más, pero lo que pasa es que se dificulta porque de todas maneras uno tiene que trabajar, tiene que atender otras responsabilidades y a veces los horarios no se le facilitan a uno” (GD. GM).*

Respecto la participación de estudiantes se puede destacar respecto a lo informado en los grupos de discusión, que esta se relaciona más a la participación de ellos en las actividades derivadas de la EES y no tanto en los espacios previos para definir este tipo de actividades, así pues vemos en la información de los carteles parlantes que en ocho de las diez sedes seleccionadas se le ha preguntado a los estudiantes sobre qué cosas les gustaría que se les enseñase en Escuelas Saludables, la información también señala que la participación o adherencia de escolares a las actividades de la EES pareciera que se diluye en la medida de su crecimiento.

*“(…) es muy fácil cuando están en primaria, pero cuando ellos van creciendo y entran a bachillerato, entonces ellos se van como descuidando. Por ejemplo, con el cepillo, ya no quieren cargar el cepillo de dientes no sé si es en ese proceso de ellos buscando su identidad, pero van abandonando algunas de las habilidades que ellos habían adquirido” (GD. GM).*

### 6.2.6 Falta de acompañamiento

De acuerdo con la información analizada de los grupos de discusión se puede observar que las escuelas demandan más acompañamiento del grupo de técnicas de la EES, en especial sobre el número de veces que deben de acercarse a las escuelas las profesionales de este grupo.

*“El año pasado tuvimos mucho apoyo de las personas de escuela saludables, es más nos acompañaron hasta en la feria, nos apoyaron mucho en lo que nosotros queríamos hacer en la escuela. Este año no tanto, no es que se haya visto mucho, pero los años anteriores sí” (GD. SL).*

Así mismo, esta demanda de acompañamiento no se hace solo respecto al número de visitas que se hacen a las escuelas, sino al tipo de acompañamiento, para los actores consultados en los grupos de discusión se espera de este grupo, que por medio de él se realicen actividades orientadas no solo a los estudiantes, sino a los mismos padres de familia, otro elemento que se puede señalar en la información es que se pide que las capacitaciones y talleres no sean tan colectivos, sino que en el conjunto de información se sugiere que estas jornadas se puedan hacer más focalizadas en las sedes educativas.

*“De pronto más apoyo acá en institución y menos capacitaciones haya en grupos, es decir menos convocatorias a los nodos y más que llegaran a la escuela. Yo entiendo que los recursos son limitados, pero realmente es acá en la escuela donde están todas las situaciones” (GD. FJIO).*

### 6.2.7 Deficiencias del entorno

Las principales problemáticas señaladas en las escuelas seleccionadas para esta investigación respecto al entorno físico son en especial sobre el aseo de las instalaciones, se pueden observar muchas menciones en los carteles parlantes en relación con la suciedad de las áreas, la basura, el papel en el piso de las aulas y pasillos y en especial el aseo y condiciones generales de los baños.

*“No porque a veces la señora del aseo se enferma y no limpian los baños y están sucios con barro y todo el tiempo tiran basuras” (CP. JEG).*

Otro aspecto señalado por los estudiantes y como se muestra en la cita a continuación es respecto al estado del mobiliario, sobre todo de canecas de basura y asientos.

*“(…) no porque hay asientos rotos y no hay contenedores para la basura y el reciclaje” (CP. JRB).*

Sobre las condiciones de seguridad también se hacen menciones, sobre todo en lo que respecta al estado de los cerramientos de las escuelas, para los estudiantes muchas de las mallas se encuentran rotas, esto genera otra dificultad y es que, en la mayoría de los casos y de acuerdo a la información de algunos de los PEI, las escuelas están ubicadas en sectores donde la seguridad no es la mejor. La situación del entorno de las IE es calificada como compleja por algunos rectores debido a los conflictos sociales y a la presencia de los diversos actores del conflicto armado que vive el país.

*“nosotros nos dedicamos a enseñar, pero esto afecta de vez en cuando la relación con la institución” (I.E. Pance, 2010).*

*“A mí como mamá me preocupa eso de la seguridad y me gustaría que la policía viniera y sea a la salida. Pero vienen un día y después ya no vienen. Hace un tiempo enviaban a los auxiliares a la salida hacer acompañamiento de apoyo, pero eso desapareció” (GD. FJIO).*

Entre las principales situaciones que se señalan por parte de los estudiantes está la presencia de personas en situación de calle, venta y consumo de drogas, hurtos, balaceras.

*“a veces es peligroso, el otro día se dieron bala, roba, fuman y hay indigentes” (CP. JRB).*

Pero también otras circunstancias relacionadas con las debilidades en cultura ciudadana como disposición de basuras, escombros y heces de animales contiguo a las escuelas. Otro aspecto importante para destacar de lo informado en los grupos de discusión es la presencia de animales como caracoles africanos en las zonas aledañas de las sedes educativas entre otros.

*“Yo creo que también deben estar pendientes de los animales que perjudican a los estudiantes como por ejemplo las palomas que hacen nido en los techos, porque eso afecta a los niños alérgicos y el piojo que tienen también los afecta” (GD. GM).*

### 6.3 PARTICIPACIÓN DE ACTORES

De acuerdo con la información analizada podemos responder en este apartado algunas cuestiones que nos permiten saber si *¿En la implementación de ES en Cali han participado actores de la comunidad educativa (padres, alumnos, comunidad en general) ?*, además conocer *¿Qué recursos o herramientas pedagógicas se han desarrollado en Cali sobre ES?*, y si en el diseño de éstas participan diferentes actores de la comunidad escolar.

La implementación de la EES en las instituciones educativas durante su desarrollo ha contado con la estructuración de una propuesta orientada a los intereses de cada sede educativa a través de la conformación del Grupo Gestor. Con la implementación de la tipificación, la participación quedó formalmente inserta en el análisis de los resultados y en la construcción de los planes de mejoramiento que se hacen de manera individual para cada una, pues con ellos se deben concertar los aspectos a trabajar durante cada año escolar.

La participación de la comunidad escolar depende de la dinámica de cada sede en las actividades que se desarrollan, en algunas escuelas consultadas por medio de los grupos de discusión se encontró que todo se determina por los directivos y profesores líderes de proyectos transversales, la participación de padres de familia además de los estudiantes casi no se presenta de forma relevante.

*“Ellos participan como Grupo Gestor, pero alrededor del restaurante escolar; pero en establecer cuáles son las prioridades que se van a trabajar en la institución en el marco de Escuela Saludables no participan. En las*

*reuniones de padres de familia hay unos lineamientos que se trabajan cuando se citan, pero en la retroalimentación que ellos les hacen a los coordinadores de grupo, entonces se toman algunas medidas o se involucran algunas actividades que ellos sugieren” (GD. GM).*

En otras parece ser en la voz de los actores consultados en los grupos de discusión, que es directamente la Secretaría la que lleva las propuestas al considerar que todos los temas son pertinentes y necesarios como se observa en la siguiente cita:

*“Se que se hace la caracterización desde una encuesta y se mira como cuáles son las situaciones que se viven en la escuela y cuáles son los temas que deberían tratarse” (GD. SL).*

Sin embargo, para algunos de los técnicos entrevistados parece que esta manera no es muy bien recibida por algunos actores del sector educativo que de alguna forma menoscaba el principio de la participación.

*“Hay una gran diferencia en la participación cuando yo soy participe de las decisiones y cuando a mí me llaman a una reunión a la cual yo asisto y las decisiones ya están tomadas y después me dicen usted fue participe de eso, simplemente yo llegué a escuchar lo que ya ustedes tenían definido, entonces no he participado directamente” (Ref. Tec. PEVS-SSPM).*

Solo en una escuela se encontró un sistema de participación amplio que se realiza a través de encuestas aplicadas a docentes, padres de familia y estudiantes, donde se establecen, seleccionan y priorizan las acciones a desarrollar en el año lectivo como se destaca en lo informado por el grupo de discusión de la misma.

*“Lo primero que se hace es conformar el Grupo Gestor y eso se hace con los padres de familia con el representante de cada salón. Después en la primera reunión se hace con ellos una encuesta (institucional) y se pregunta sobre las problemáticas de la institución, también se les aplica la encuesta a los profesores y a los estudiantes. Entonces desde cada proyecto se estudian las respuestas y se clasifican para determinar cuáles son las problemáticas que se van a trabajar, analizándose los riesgos físicos sociales y naturales; y a partir de esa clasificación, ya los proyectos empiezan a trabajar buscando las estrategias para solucionar los riesgos” (GD. JRB).*

Así mismo, se encontró que la participación se da en diferentes momentos, por un lado, al iniciar el año escolar donde se determinan las líneas de trabajo de común acuerdo con las profesionales encargadas de operar la estrategia por parte de la SSPM y los coordinadores de cada sede. También se puede identificar en los grupos de discusión una clase de participación respecto a las actividades de formación y capacitación del profesorado y de algunos padres de familia para el abordaje de los diferentes temas.

*“Lo de los nodos es muy útil porque uno se está capacitando en distintos temas, también digamos, como que le dan la voz de alarma sobre algunos aspectos para que uno en la escuela puede estar pendiente, por ejemplo, cómo fue el caso del tema de hepatitis (GD. FJIO).*

Al respecto los profesores en los grupos de discusión también afirman que su participación está más relacionada a la asistencia a este tipo de jornadas formativas.

*“Pues a través de esa red nosotros participamos de capacitaciones y nos dan algunas pautas para implementar en la escuela, por ejemplo, sobre el tema de la varicela, la hepatitis, el manejo de la sexualidad, cómo actuar y cuál es la ruta para seguir ante ciertos casos. Asisten las profesoras de acuerdo con la responsabilidad que tengan con los proyectos que se manejan en la escuela. También hemos recibido capacitación en el tema del riesgo escolar” (GD. JRB).*

En la mayoría de las escuelas la participación de los padres del Grupo Gestor no se da en el proceso de tipificación, ni en la construcción del plan de trabajo anual. En el caso de los estudiantes consultados se destaca que su participación en la definición de sus intereses para abordar la estrategia es bastante marginal pese a los espacios de gobierno escolar que existen. Estos parecen asumir un rol pasivo en el reconocimiento de sus propias necesidades al dejar en manos de los adultos estas decisiones, por el contrario, es en las actividades de la implementación en cada escuela donde se vinculan y se da su participación.

*“Comiendo lo que nos dan en la escuela y haciendo deporte en la escuela, no ensuciando el baño, haciendo lo que los profesores nos dicen y ayudando a hacer las carteleras” (CP. LGC).*

Solo en dos de las diez sedes seleccionadas para esta investigación los estudiantes consultados a través de los carteles parlantes, respondieron que en la escuela si les preguntaban sobre lo que quisieran recibir a través de la EES, tal vez la baja participación de estos en la definición de acciones se relacione a que el diseño de la EES misma no facilita que estos actores participen o no se considera importante, por lo menos no en la actualidad.

*“hay un ejercicio que se hacía hace dos años y que desde ese tiempo no se ha hecho y era preguntarles a los estudiantes cómo va el tema de la escuela saludable (...)” (GD. JEG).*

En la implementación de las acciones la participación de los padres de familia varía, generalmente no participan en grandes proporciones en las actividades que se realizan en el marco de la estrategia y su participación de acuerdo a lo informado en los grupos de discusión, queda circunscrita a las reuniones de padres de familia o cuanto existe alguna situación problemática con sus hijos.

*“De pronto es más que todos los papás porque cuando se citan a una reunión vienen los mismos de siempre y aquí hay muchos estudiantes, muchos lo que hacen es que vienen y dejan al niño solo. Es muy bueno el aporte que nos hacen, hasta la fecha el grupo gestor no ha tenido mucha continuidad porque cuando se hace una convocatoria de 20, 30 o 40 padres sólo aparecen 1 o dos o tres, manifiestan no poder estar de manera permanente por sus diferentes ocupaciones, entonces esto es algo que ha afectado a los niños porque hay mucho desconocimiento de los eventos masivos importantes que se realizan en la institución” (GD. JEG).*

Las organizaciones sociales en la actualidad no se vinculan, aunque vale la pena mencionar que en sus inicios entidades como la Fundación Zoológico de Cali y USAID, participaron con compromiso y permanencia. La participación desde los diversos actores y en los distintos niveles ha permitido el desarrollo de acciones de colaboración y promoción de factores protectores para la buena salud.

Si bien, aunque se ha mencionado la importancia de la participación de la comunidad educativa, se encontró en los grupos de discusión, que en las zonas rurales la participación en general de los padres de familia es reducida. Esto se puede deber a la distancia que hay entre las escuelas y los lugares de residencia, y por otro lado tanto en la zona urbana como rural el otro aspecto que dificulta la participación de los padres de familia es en relación con sus empleos. Para los actores consultados, muchos de ellos tienen empleos informales o independientes, en este sentido asistir a alguna actividad en la escuela les implica perder la jornada de trabajo e ingresos que necesitan para el sostenimiento diario, especialmente a madres separadas o cabeza de familia como se observa en la siguiente cita:

*“tocarles sacar adelante solas a los hijos y tener que trabajar a la vez se les dificulta estar pidiendo permiso” (GD. GM).*

En cuanto a las herramientas pedagógicas, la EES como hemos visto tiene el propósito articular las políticas actuales sobre promoción de la salud en el ámbito escolar y tiene como objetivo fundamental contribuir al desarrollo humano de los estudiantes, construir valores, desarrollar conocimientos, habilidades para vivir y crear ambientes que posibiliten la formación de ciudadanos autónomos, solidarios, creativos, felices, saludables, con capacidad para expresarse y disfrutar de sus emociones (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006), para lograr el anterior propósito, la EES ha establecido una metodología general que se basa en apoyo técnico y acompañamiento al docente para la implementación de acciones de promoción. Como se indicó por parte de las técnicas de la EES consultadas, al iniciar el año escolar se retoma el resultado de la tipificación que es consignado en un documento llamado “estado del arte”, este documento se socializa con el coordinador de la escuela y se acordaba un plan de trabajo para avanzar fortaleciendo lo existente y/o estableciendo acciones correctivas, en él también se acordaban desde la participación los temas de capacitación haciendo confluír los intereses de la escuela y las apuestas institucionales.

*“(…) las actividades puntuales son capacitación, seguimiento y evaluación; las capacitaciones pueden ser situadas o grupales y según las acciones correctivas pues uno ve que temas prioriza porque de acuerdo con cada componente pueden establecerse diversidad de temas y ya la institución educativa define como priorizarlos” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

Hoy en día, ya no se acuerda un plan de trabajo derivado del estado del arte de la tipificación, sino que se construye una “matriz pedagógica”, que es un documento que incluye las diferentes líneas de los componentes de educación en salud en el proyecto educativo institucional y los aterriza a los planes de aula. De acuerdo a las técnicas de la EES, esta matriz consta de objetivos, logros, actividades y se asignan las responsabilidades para su ejecución. También se monitorea el avance de esta, consignando los logros y las dificultades presentadas durante la actividad, ante estas últimas se plantean correctivos.

*“Se desarrollan unas temáticas y se les dan los elementos y documentos para que ellos sepan cómo abordarlos dentro del aula. Por ejemplo: Educación para la sexualidad en transición, entonces se acuerda trabajar el cuidado del cuerpo y se les explica qué cosas pueden hacer (identificación de las partes íntimas) y entonces se les dan todas esas*

*herramientas para que ellos la apliquen en el aula de clase; y nosotras aparte les damos material vía magnéticos por ejemplo videos, la presentación para que ellos apoyen las actividades de la matriz pedagógica” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

En este orden, el equipo de trabajo de la EES desarrolla acciones de capacitación situada y colectiva para abordar los distintos temas de intervención, la primera se hace en cada sede educativa de acuerdo con los requerimientos específicos de la misma y la segunda se hace promoviendo la confluencia de docentes, directivos y padres de familia de todas las instituciones educativas ya sea por nodos o realizando foros y talleres de ciudad.

*“Desde el sector de educación tienen el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, entonces nosotros hacemos apoyo a ese proyecto y hacemos el respectivo acompañamiento y se crea la metodología con cada institución educativa porque cada institución educativa lleva sus propios avances” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

En el caso de las acciones de desparasitación, las técnicas informaron que se focalizan las sedes de acuerdo con su cobertura y el tiempo que se hayan intervenido, tratando de llegar cada seis meses a cada una.

*“Desde la desparasitación hay un aporte importante porque también se previene la generación de enfermedades pues nosotros no solamente vamos y desparasitamos sino que también se hace una sensibilización antes y durante el proceso donde se le dice al niño y al docente y en algunas ocasiones en reuniones de Padre de Familia el tema de los hábitos de higiene como el lavado de manos, el buen manejo de los alimentos y se promueve la desparasitación familiar porque cuando se desparasita un niño de nada sirve si toda la familia no se desparasita eso está creando conciencia y se ha impactado en muchísima sedes” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

En este punto es importante destacar que, mediante la *autonomía escolar* cada escuela es libre de implementar las herramientas pedagógicas que requiera para su ejercicio educativo, en este sentido, las herramientas propias de la EES están orientadas en su conjunto a capacitaciones o acompañamientos, sin embargo para los técnicos consultados, las escuelas tienen esa facilidad de implementar adaptaciones o iniciativas didácticas que se ajusten a las necesidades priorizadas.

*“Internamente cada institución tiene la autonomía escolar para aplicar sus propias herramientas. Hay un eje temático para ver como lo abordo que nosotros llamamos MAE (metodología de abordaje específico)” (Ref. Tec. PEVS-SSPM).*

Así mismo, no solo cada institución educativa tiene esa libertad, sino que como se indica en algunos de los PEI, también cada área específica definida en el plan de estudios propone sus propias estrategias didácticas respecto al saber específico sin perder el enfoque que marca la institución (I.E. Liceo Departamental, 2011).

Respecto a las herramientas pedagógicas en las diez escuelas seleccionadas para esta investigación, de acuerdo a las técnicas consultadas en los grupos de discusión encontramos que, si bien las escuelas son autónomas en esa implementación, en algunos casos se adhieren a herramientas pedagógicas diseñadas por otras instituciones.

*“Por ejemplo nosotros en educación sexual hace muchos años se ha usado una metodología de “Félix y Susana” a través de unas maletas que el Ministerio estaba implementando. Cuando trabajamos con Caminos, trabajamos una metodología de abordaje para la prevención del consumo, con Si Mujer para los derechos sexuales y reproductivos trabajamos toda la metodología de ellos que era a través del auto reconocimiento. Pero la metodología general siempre es apoyo técnico y acompañamiento para que ellos puedan incorporar en sus proyectos oficiales temas de salud” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

En muchas oportunidades esta adherencia en la voz de las técnicas, viene de la mano de la validación de estas con los actores de la escuela, en este sentido se configura la participación en la definición de estas herramientas como se señala en la cita a continuación:

*“El Proyecto de Educación para la Prevención Integral de Consumo de Sustancias Psicoactivas, fue una metodología que se le compró a un psicólogo que trabajó directamente sus propuestas con las sedes educativas y con los maestros o sea que eso fue validado (...), Habilidades para Vivir, las dos cartillas que siempre se han implementado lo hizo la Fundación Fe y Alegría también allá, ese material también ha sido validado con ellos y nosotros también nos pegamos al trabajo que tiene educación. Por ejemplo, ese de Félix y Susana que es de educación, es todo un trabajo que desde el Ministerio se bajó que es una maleta para trabajar todo lo de educación sexual basada en derechos, esa metodología, como estábamos en un Comité dijimos que se nos capacitara a todos, incluso se les dieron unas maletas a las chicas de EES para desarrollar ese componente dentro de la escuela” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Como vemos, cuando se trata de adaptaciones o validaciones, encontramos que los docentes participan de estos procesos, sin embargo, es importante señalar que para responsable de la EES desde el sector educativo, esto varía dependiendo de algunos, por ejemplo, si los profesores son más “tradicionales”, esta participación es baja.

*“(...) participan las personas, en las nuevas herramientas que se diseñan sí, pero si es un docente con un esquema tradicional no, el mismo decide que hacer: que dicta, como lo dicta, qué metodologías usa” (Ref. Tec. SEM-SSPM).*

En cuanto a la participación de padres de familia en este tipo de diseños de herramientas, de acuerdo a la responsable de la EES desde el sector salud, se destaca que de forma incipiente y puntual, esta participación se ha dado en el marco de los grupos gestores con los padres que participan de este espacio, pero de forma general estos actores no hacen parte de estos procesos.

*“Uhmmm, padres creo que no, el de prevención de consumo fue con docentes, todo lo validó Harold con docentes. El juego de riesgos de Mi Escuela es Saludable lo hicimos con otras entidades y con docentes de educación, pero con padres no” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Así mismo, de acuerdo a la información de los carteles parlantes se destaca que la participación de los estudiantes en cuanto a herramientas pedagógicas parece que se circunscribe a la realización de carteleras informativas y/o decorativas para sus respectivas escuelas. Por su parte, las responsables de la estrategia desde ambos sectores destacaron que sobre la participación hay vacíos que no solo se circunscriben a las formas didácticas del proceso de enseñanza como se observa en la siguiente cita:

*“Hoy todos los muchachos tienen celular, pero nosotros estamos atrás de la tecnología, si hubiera que empezar a pensar algo más allá” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Sino incluso a cuestiones de fondo, del contenido mismo como también observamos a continuación:

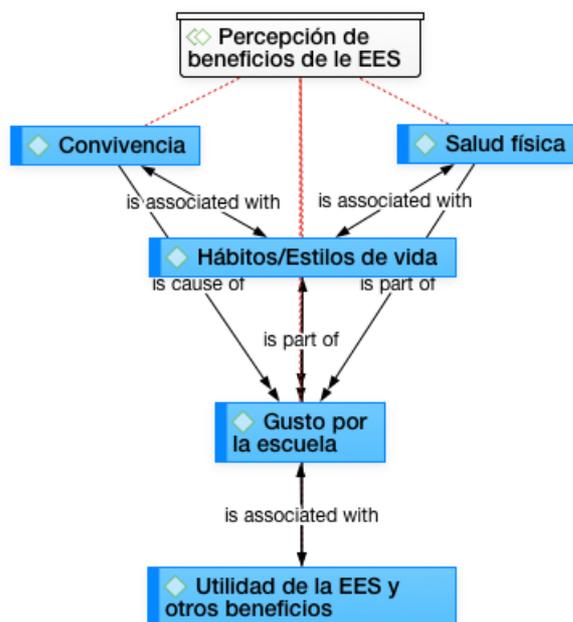
*“(…) los muchachos nos decían, por ejemplo, “ustedes nunca nos hablan de sexo recreativo”, y yo les decía “contame que es eso” y esos muchachos empezaban a contarme, “jua”, toda una tarde trabajando con ellos y entonces ahí yo decía “estamos miando fuera del tiesto”, en temas estamos por fuera” (Ref. Tec. SEM-SSPM).*

#### **6.4 PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS DE LA ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES**

En este último apartado de resultados encontraremos información que nos permite resolver cuestiones como: *¿Qué percepción tienen los distintos actores sobre la implementación de ES en Cali?*, también saber si los diferentes actores, *¿Consideran que a la puesta en marcha de ES se le puede atribuir algún resultado de salud en su comunidad?*

Para dar respuesta a estos interrogantes hemos encontrado que la información analizada y asociada a esta dimensión según los grupos de discusión y los carteles parlante, se organiza como se muestra a continuación (Gráfico 34), así pues, hablaremos en primer lugar sobre la percepción de beneficios que la EES ha dejado en cuanto a la salud física, en ese mismo orden se relacionará lo propio en cuanto a convivencia y sobre los hábitos y estilos de vida, en cuarto lugar se mencionarán algunos elementos de la escuela, para terminar con algunas cuestiones sobre otros beneficios de la estrategia.

Gráfico 34. Percepción de beneficios de la EES.



Fuente: Elaboración propia a través de procesamiento de datos en Atlas Ti.

### 6.4.1 Salud física

La EES de acuerdo a los documentos analizados ha promovido la protección específica, un sano crecimiento y desarrollo del escolar así como la detección temprana de alteraciones del mismo mediante varias acciones como: Control del desarrollo y crecimiento, atención preventiva en salud bucal con actividades de control de placa bacteriana, aplicación de flúor, y sellantes en molares, atención psicológica, atención y canalización de menores víctimas de violencias, salud visual y auditiva y programas de nutrición y vigilancia nutricional (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

La mayoría de las anteriores acciones son prestadas por las instituciones responsables por derivación de las escuelas a través de los padres de familia. En el marco normativo colombiano, la salud de los escolares se deriva del rol de lo que se conoce como Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de sus respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sin embargo, en la voz de la referente técnica la Secretaría de Salud a través de la EES y de otros programas han prestado directamente algunos servicios de intervenciones colectivas, por ejemplo, la desparasitación, aplicación y flúor dental, entre otros.

*“(…) muy fuerte salud oral, salud visual y se trabajaba en toda la parte de crecimiento y desarrollo; en ese entonces no teníamos ESEs era la secretaria de salud y los puestos y centros de salud, entonces íbamos a la escuela y se hacía todo el protocolo de atención integral al escolar” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

Dicho lo anterior, encontramos que en la voz de las técnicas del grupo consultadas, en cuanto a salud física el mayor beneficio percibido tiene relación con las jornadas de desparasitación que se hacen en el marco de la EES.

*“Desde la desparasitación hay un aporte importante porque también se previene la generación de enfermedades, pues nosotros no solamente vamos y desparasitamos sino que también se hace una sensibilización antes y durante el proceso donde se le dice al niño y al docente y en algunas ocasiones en reuniones de padres de familia se promueve la desparasitación familiar porque cuando se desparasita un niño de nada sirve si toda la familia no se desparasita, eso está creando conciencia y se ha impactado en muchísima sedes” (GD. Tec. EES-SSPM).*

En cuanto a las actividades de desparasitación podemos señalar de acuerdo a la información de los carteles parlantes, que en las diez escuelas seleccionadas los estudiantes manifiestan que les han suministrado medicamentos para los parásitos, así mismo, en la totalidad de sedes también se manifiesta que han sido vacunados.

Otro aspecto destacado en los grupos de discusión es que a través del trabajo de las auxiliares y las enfermeras se ha encontrado que en algunas ocasiones los padres no llevan a sus hijos a consultas de crecimiento y desarrollo, por ejemplo, este tipo de hallazgos se gestionan con sensibilizaciones tanto a padres como a profesores sobre la importancia de este tipo de controles para los niños y de esta forma se activa este monitoreo continuo.

*“Es bueno porque nosotros como padres nos enteramos acerca de las situaciones de salud del niño, porque por ejemplo cuando un niño se enferma el profesor nos llama porque están indispuestos y manifiestan los profesores que no los podemos tener así en el colegio y uno lo que hace es que cuando están indispuestos lo recogen el colegio y lo lleva al centro de salud, es destacable que los profesores han trabajado mucho en estar pendiente de los niños informándole a los padres como están los niños, entonces la comunicación entre niños profesores y padres ha sido muy buena (GD. JEG).*

En el ámbito nutricional su aporte ha sido significativo, pues se ha consolidado en las escuelas la propuesta de meriendas saludables, llevando a que establezcan en algunas un día de comida sana, en otras el consumo de fruta y en otras se mejore la tienda escolar como espacio saludable.

*“(…) en esta institución no está permitido vender bebidas azucaradas y hay un día que es completamente saludable, ese día se tienen jugo de frutas, no se venden alimentos procesados ni fritos. Aunque lamentablemente la señora de la tienda manifiesta que ese día es un día que poco se vende, estamos gestionando a través de la Secretaría de Salud que venga la nutricionista y que hable con los niños y los padres de familia para explicarles, motivarlos e incentivarlos alimentarse sanamente, porque de verdad cada vez se está presentando más la obesidad en el país.” (GD. GM).*

## 6.4.2 Convivencia

En cuanto a la convivencia, esta se enmarca en el ambiente psicosocial que deben tener las escuelas saludables, en este sentido los lineamientos nacionales analizados se señala que este ambiente psicosocial se refiere a la calidad y calidez de las relaciones e interacciones personales entre todos los miembros de la comunidad educativa, a la forma en que se comunican y resuelven los conflictos y a la cultura escolar. Así pues, los entornos escolares no sólo influyen en la salud y el bienestar de la comunidad educativa, sino en el rendimiento académico de los estudiantes, y existen varias fuentes de evidencia al respecto. Por ejemplo de acuerdo con la percepción de los propios estudiantes, la calidad del clima dentro del aula (en términos de convivencia armónica, ausencia de peleas, y existencia de grupos de amigos) era la variable individual con mayor impacto en el rendimiento académico (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En el caso de Cali se ha identificado por las técnicas consultadas que la problemática más evidente que tienen las escuelas junto con la escasez de recursos y el mal estado de la infraestructura educativa es todo lo que tiene que ver con el entorno psicosocial de estas instituciones como se resalta en las siguientes citas:

*“(...) pero el problema más grave que tenemos es lo de convivencia” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

*“Aunque en el aspecto psicosocial hay mucha necesidad en las escuelas sobre todo en convivencia, también por el tema del maltrato, los suicidios, las relaciones sexuales y eso es algo que las instituciones educativas necesitan mucho entonces le abren la puerta más fácil al componente psicosocial. (GD. Tec. EES-SSPM).*

En el total de las diez escuelas seleccionadas se encontró de acuerdo a los carteles parlantes que el problema recurrente de convivencia tenía que ver con las peleas y groserías entre estudiantes, algunas de ellas derivadas de que no se prestan sus útiles escolares y se los toman sin permiso o incluso los roban, otras situaciones que derivan estas peleas tienen relación a los choques que se dan mientras corren en sus momentos de receso como se evidencia a continuación:

*“no dialogan, sino que se van a los puños”; “por novios y dicen cosas feas”; “los grandes les quitan a los pequeños las cosas en la cancha”; “porque no respetan a nadie”; “Se pegan y se empujan y a veces salen lastimados, empiezan jugando y terminan peleando, se tiran el desayuno porque no tienen ganas de comer sino de jugar” (CP. JRB; CP.SL; CP. FJIO; CP. LGC).*

En este orden de ideas, los actores consultados en los grupos de discusión perciben que la EES ha proporcionado una serie de herramientas que permiten mejorar el clima escolar como se señala a continuación en las siguientes dos menciones:

*“Trabajar con Escuela Saludable ha ayudado a mejorar la convivencia en la institución. En general los niños de la institución son bastante asertivos, bastantes manejables y respetuosos” (GD. GM).*

*“En el último tiempo es importante la compañía que nos ha venido haciendo la EES a educación, básicamente se refleja en los proyectos transversales del medio en todo lo referente a medio ambiente y del bienestar mental también de las situaciones emocionales y de convivencia de los chicos para poder construir en un ambiente colectivo sano” (GD. JEG).*

En relación con los mecanismos que se activan en cada una de las escuelas para mejorar el ambiente sicosocial podemos señalar de acuerdo a lo conversado en los grupos de discusión que se presentan desde los habituales comités de convivencia, así como otras alternativas producto de la iniciativa de las instituciones como se relaciona a continuación:

*“(...) estamos trabajando con los gestores de paz que hay uno por cada salón, estos niños se han estado capacitado en prácticas restaurativas. También hemos establecido en la escuela los círculos de paz que son como una asamblea, cuando hay una situación o un conflicto todos nos sentamos y hablamos, dialogamos y le buscamos la solución. La palabra la vamos dando a quien tenga el tótem, entonces ellos en el grupo reconocen lo que han hecho mal, plantean cómo resolver, piden excusas. Esa práctica ha servido mucho (...)” (GD. JRB).*

También se destacan otros más convencionales como la intervención puntual en aquellos momentos donde se presentan más casos de riñas, por ejemplo, algunas escuelas trabajan en mejorar el comportamiento de los estudiantes a la hora del descanso.

*“para nosotros el descanso debe ser saludable, por un lado, le hemos insistido a ellos que no debemos correr tanto porque no tenemos mucho espacio y podemos lastimarnos o lastimar a otros niños” (GD. JRB).*

Con los recursos que tienen a la mano, se identifica en los grupos discusión que algunas escuelas también encuentran respuestas un poco más creativas que para ellas mismas han generado resultados muy positivos como se observa en la siguiente mención de un grupo focal:

*“El proyecto de ocupación del tiempo libre estamos trabajando desde los juegos que se han adquirido con el dinero del reciclaje, estamos utilizándolos para que ellos puedan tener juegos más creativos. Con este juego por ejemplo se denuncia el estar corriendo por el patio, a la hora del recreo hay un niño encargado y ellos mismos sacan el material se lo distribuyen a los compañeros y después que se acaba el descanso lo vuelven a guardar” (GD. JRB).*

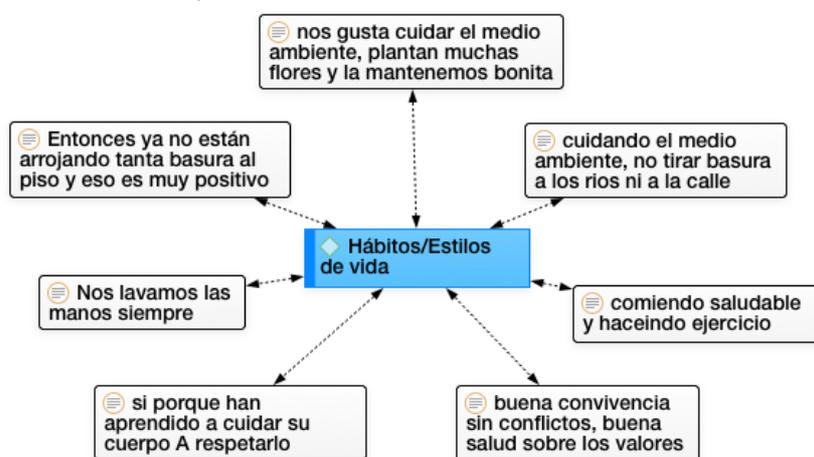
En general, para las técnicas que participan en la puesta en marcha de la estrategia esta se ha constituido como un escenario de construcción de nuevas ciudadanías, de consolidación de la convivencia, de concienciación de la prevención en salud para el bienestar, al respecto manifiestan

*“Se ha logrado dentro de las escuelas que se incluya la salud mental como prioridad para los niños niñas y adolescentes, inclusive para los docentes. Entonces ese ha sido un aporte muy significativo porque nos hemos dado cuenta de que hemos logrado que ellos sean conscientes que se debe trabajar y fortalecer la salud mental y la convivencia, incluso más que la parte física (...)” (GD. Ref. Tec. EES-SSPM).*

### 6.4.3 Impacto en los hábitos y estilos de vida

Otro elemento importante que se identifica en el conjunto de información analizada es respecto a la percepción de beneficios en el fortalecimiento de hábitos y estilos de vida saludables, al respecto estudiantes de las diez sedes seleccionadas coinciden en cosas como: “nos enseñan a cuidarnos, respetarnos, comer comida saludable y a ejercitarnos” (CP. JRB), también “Nos enseñan que nos lavemos las manos antes y después de comer, que nos cepillemos los dientes después de comer, no comer mucho dulce o gaseosa” (CP. FJIO). En general los hábitos fortalecidos que se mencionan con frecuencia se relacionan con: lavado de manos, alimentación saludable, convivencia, manejo de basuras, cuidado del cuerpo y cuidado del medio ambiente (Gráfico 35).

Gráfico 35. Hábitos y estilos de vida más mencionados.



Fuente: Elaboración propia a través de procesamiento de datos de Carteles Parlante en Atlas Ti.

Así mismo, los profesores en los grupos de discusión resaltan este tipo de impacto recalcando que los niños no olvidan lo enseñado en el marco de las actividades de EES, a continuación, se puede observar el grado de recordación de los estudiantes por medio de algo tan básico como una canción.

*“(...) pero ellos no se olvidan de la canción para lavarse los deditos, por ejemplo, cuando al niño se le impacta con una pedagogía, con unas maneras que le guste trabajar, ahí se les queda, claro que sí. A veces yo no necesito ni decir que vayan a lavarse las manos, los niños saben que ya ellos tienen que apropiarse de tener una actitud de ir, así como de consumir los alimentos con las manos limpias, consumirlos en espacios limpios, estar en espacios agradables y limpios, etc.” (GD. NSdLL).*

Por otro lado, los padres también reconocen en los grupos de discusión el beneficio de las conductas que se adquieren en la escuela respecto a los hábitos saludables, resaltan que al final este tipo de elementos no se usan solo al interior de las aulas, sino que se terminan llevando también al entorno familiar como se evidencia a continuación.

*“Para mí como Padre de Familia me parece que es muy bueno porque la niña ha cambiado mucho, por ejemplo, en el tema de las basuras y el manejo de reciclaje ya lo hacen en la casa, ella tampoco tira nada en el piso. Con la*

*fruta ella también está pendiente de que le estemos comprando la fruta, de que le demos la fruta y que todos los días se le echa la fruta en la lonchera” (GD. JRB).*

#### 6.4.4 Gusto por la escuela

Como hemos visto, desde la perspectiva de los diferentes actores en especial de los estudiantes, se hace evidente el manejo de estos sobre diversos temas de salud sobre todo en lo que tiene que ver con hábitos que han incorporado en su vida cotidiana frente al cuidado del cuerpo, la alimentación, la higiene y la adecuada convivencia. En relación con esto, el ejercicio de cartel parlante desarrollado con ellos evidenció que en total los estudiantes de las diez sedes seleccionadas consideran que sus escuelas son seguras y saludables como se resalta en la siguiente cita:

*“Porque nos ayudan y enseñan con amor, nos cuidan dan pastillas y nos inyectan” (CP. JEG).*

En esta valoración de sus escuelas se resalta en los carteles parlante, que la mayoría de las menciones tiene que ver con los espacios para su esparcimiento como las canchas y zonas verdes, en este sentido los estudiantes expresan bastante aprecio por estos lugares al interior de sus escuelas como se evidencia en las siguientes menciones:

*“Todos los lugares, es grande para jugar y los salones tiene colores lindos, el patio para jugar”; “La cancha de futbol en el patio”; “Que hay parque y espacios para jugar, es grande” (CP. SF; CP. JPII; CP. LGC)*

También la mayoría de las sedes educativas señalaron en los carteles parlantes que de sus escuelas les gusta que tengan árboles o zonas verdes como se relaciona a continuación:

*“plantan muchas flores y la mantenemos bonita”; “hay muchos árboles”; “tiene plantas, muchos árboles y tiene color”; “plantan muchas flores y la mantenemos bonita” (CP. GM; CP. JRB; CP. NSdL).*

Por último, los estudiantes también relacionan como aspectos positivos de sus escuelas a los propios profesores, las menciones en general son llenas de cariño hacia estos actores como se relaciona a continuación:

*“los profesores son buenos y nos apoyan”; “porque tiene profesores amables y respetuosos” (CP. JEG; CP. JRB).*

Pero la percepción de cuestiones positivas en las escuelas no es solo de estudiantes, desde la perspectiva de padres y profesores en los grupos de discusión también se resaltan aspectos positivos de sus escuelas, por ejemplo, para algunos padres el entorno escolar es seguro como se evidencia en la siguiente mención:

*“sí, yo tengo mis dos niños aquí desde transición y hasta ahora siempre ha sido seguro” (GD. SF).*

Así mismo los profesores señalan que la estrategia de Escuelas Saludables promueve que muchas cuestiones de sus sedes mejoren como se señala a continuación:

*“(…) en lo ambiental esto antes era un polvo, no había árboles y nos hemos concentrado en organizar todo el espacio, acomodar la cancha, organizar los espacios del jardín, que el ambiente físico y el espacio se transforme.*

*Nosotros hemos logrado con la ayuda de otros profesores y estudiantes organizar unas mesas de concreto alrededor de los árboles, entonces es un espacio agradable para los niños y las niñas” (GD. GM).*

#### 6.4.5 Utilidad de la EES y otros beneficios

En cuanto a la utilidad de la EES los diferentes actores señalan que no solo se trata de los hábitos saludables que se mencionaron en el anterior apartado, sino que para los estudiantes consultados a través de los carteles parlantes, este tipo de intervenciones también proporciona otro tipo de beneficios, como reconocer que con la estrategia se les han enseñado muchos temas que han ayudado a mejorar sus vidas y a que sean más saludables como se evidencia a continuación:

*“Nos enseñan a respetar la escuela, el salón y a reciclar, hasta mi mamá recicla en la casa” (CP. NSdIL); “Nos enseñan sobre los valores, las brigadas, la independencia, el cuidado del cuerpo, como alimentarnos, cuidado del agua y del planeta” (CP. SL), también “Nos enseñan buena convivencia, que sin conflictos hay buena salud” (CP. JRB).*

Se señala también que la afectación es positiva, además de lo obvio como la parte nutricional, la parte mental, las emociones de los estudiantes, también se resalta en los grupos de discusión que en ocasiones a la escuela se llevan dificultades o problemáticas de la casa y la escuela les sirve como un entorno seguro.

*“no todos los niños, pero si muchos tienen problemáticas de la casa o el entorno que rodea el hogar y de pronto acá es un lugar donde ellos tienen para refugiarse” (GD. JPIL).*

Para los padres de familia en los grupos de discusión por ejemplo, la utilidad de la EES no se circunscribe al entorno escolar, sino que a través de los niños se logran vehiculizar buena parte del contenido hacia el entorno familiar como se evidencia a continuación:

*“Y también ella dice que es un beneficio para ella misma, entonces lo importante es que no sólo se aplica aquí en la escuela, sino que ya ellos llevan eso a la casa y también le enseñan a uno y lo ponen en práctica” (GD. JRB).*

Lo anterior tiene unas implicaciones importantes ya que como se encontró en los carteles parlantes muestra como la EES termina impactando su entorno, en este caso a sus familias.

*“Les enseñamos las cosas que nos enseñan” (CP. NSdIL).*

Pero ese entorno también es el propio entorno escolar, estos “vehículos escolares” de acuerdo a lo evidenciado en los carteles parlantes se convierten en una especie de agente de la salud, demandan que quienes están a su alrededor de alguna manera “hagan lo que predicán” como se evidencia a continuación:

*“nosotras también lo estamos haciendo porque le preguntan a uno “profe y su fruta”. Entonces yo antes no consumía frutas diariamente y ahora todos los días becho mi fruta para traerla al colegio y comérmela a la hora del descanso” (GD. JRB).*

Se resalta también por parte de las técnicas consultadas en los grupos de discusión que el deber ser de este tipo de intervenciones trasciende el aspecto de salud y se convierte en algo mucho más grande orientado al bienestar como tal.

*“El deber de esto es formar a niñas, niños y adolescentes como sujetos activos de derechos con capacidades y competencias ciudadanas para construir un bienestar propio y colectivo, que les permitan tomar decisiones asertivas sobre su proyecto de vida” (Ref. Tec. PEVS-SSPM).*

En ese sentido, para la responsable de la EES, esta ha logrado posicionar que los diferentes actores tengan una mirada mucho más amplia sobre el proceso de la salud y esto genera un ambiente que propicia la coordinación.

*“La gente entendió verdaderamente que la salud no es solamente competencia de la Secretaría de Salud, sino que tuvieron que entender que los seres humanos tenemos diferentes aspectos que nos afecta, eso ha permitido que los docentes y los directores tengan otra mirada de lo que es la escuela, no solamente como un espacio para enseñar” (GD. Tec. EES-SSPM).*

Así pues, ver la salud desde la integralidad es uno de los mayores beneficios que se resaltan por parte de la responsable, pareciera que ha habido un proceso de apertura como se señala en la siguiente mención:

*“antes se creía que la salud solamente era lo ambiental, la desparasitación y las vacunas. No se entendía que el ser humano es integral, tiene que ver también con su desarrollo psicológico, corporal y también en su comunidad” (GD. Tec. EES-SSPM).*

Tal vez parte de estos nuevos entendimientos se derivan precisamente de lo que los lineamientos nacionales analizados han señalado respecto al trabajo conjunto entre salud y educación en el marco de este tipo de iniciativas, estos documentos han señalado una y otra vez que la salud influye en la capacidad de los jóvenes para beneficiarse de las oportunidades de aprendizaje que ofrecen las escuelas. Así mismo señalan que un estado de salud precario termina ocasionando ausentismo escolar, mal rendimiento académico y deserción de la escuela (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En la voz de sus actores la EES ha sido un acierto para la ciudad en los procesos de consolidar la salud desde una perspectiva integral, buscando mejorar las condiciones de bienestar físico, mental y ambiental de los escolares, de acuerdo a la responsable de la EES esta ha pasado por diversos momentos para su consolidación desde su nacimiento, unos han sido de apertura, otros de auge con algún énfasis como el de la gestión del riesgo y otros de cuestionamiento. Esos momentos han dejado una huella en la ciudad de crecimiento y construcción permanente.

*“Hubo un momento de gran florecimiento cuando empezamos a trabajar lo de gestión del riesgo, cuando Cali fue seleccionada para trabajar un plan de gestión del riesgo en el ámbito escolar en el 2015 hasta el 2017. Fue un gran fortalecimiento para las sedes en tanto la cultura de la gestión del riesgo en los niños, formamos miles de brigadistas, trabajamos mucho con los docentes frente a la estrategia de qué hacer. Llegamos a trabajar con todos*

*los entes de primera respuesta y llegamos a tener apoyo del exterior, porque fue seleccionado como una experiencia exitosa lo de gestión del riesgo en el ámbito escolar desde salud, porque casi siempre se hace desde gestión del riesgo, pero no liderado desde salud” (Ref. Tec. EES-SSPM).*

La información analizada muestra que a pesar de las dificultades y retos la EES ha logrado permear el tejido social de la ciudad, en especial el de las escuelas receptoras, el conjunto de datos de los grupos de discusión muestra que la percepción sobre su impacto es positiva, no solo por las acciones puntuales que se realizan en el marco de las escuelas, sino por el legado que estas acciones dejan.

*“yo estoy muy contenta porque a través de la estrategia hemos logrado que los niños tomen conciencia y aprendan comportamientos que son para la vida” (GD. JRB).*

Se puede resaltar en la voz de los actores y en especial el de los estudiantes consultados en los carteles parlante, que el legado de la EES pareciera actuar no solo en el presente sino en el futuro de de la comunidad escolar en general.

*“porque nos ayuda para el bien y el futuro” (CP. JRB).*

A modo de síntesis sobre este capítulo de evaluación y en clave de los objetivos específicos se puede decir que:

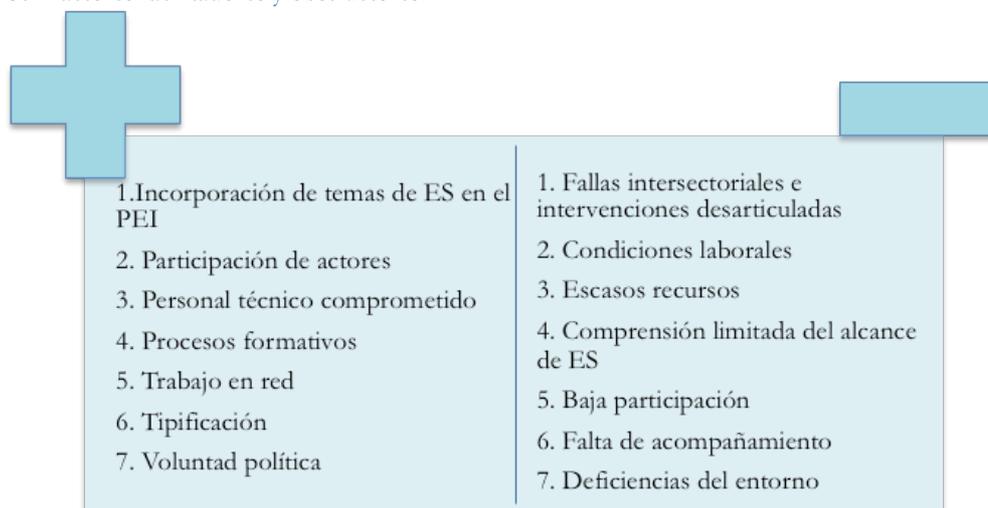
- Los factores que han facilitado el proceso de desarrollo e implementación de la estrategia de Escuelas Saludables son:
  - La voluntad política: Esta en Cali no solo ha estado relacionada con la asignación de más recursos, sino también con el mandato de articularse o incluso de permitir la implementación de los temas de la EES. En ese sentido cuando se habla de voluntad política esta no se circunscribe a los políticos, sino a todos los que tienen el poder de decisión, en este caso desde el alcalde, hasta los secretarios de sectores y directivos de las escuelas.
  - Los procesos formativos: Estos se han orientado tanto a profesores como a familias, en el caso de los profesores estos insumos formativos están en estrecha relación con temas en los que las escuelas pueden ser débiles y requieren más herramientas. Respecto a las familias, estos procesos formativos son muy importantes en el contexto colombiano pues garantizan de alguna forma la sostenibilidad desde la complementariedad.
  - La participación de actores: La participación de profesores se ha dado mayoritariamente en procesos de formación, la de padres de familia se ha dado más por llamado de las escuelas para entrega de resultados, la de los estudiantes se da más como beneficiarios de actividades y en la de otros actores hay un protagonismo de dependencias de la misma Alcaldía, pero también de la red de hospitales públicos.

- Los Planes Educativos Institucionales: El encuentro de estos con los Proyectos Transversales desde la autonomía escolar ha permitido incorporar elementos de la EES en estas hojas de ruta del sector educativo.
  - El trabajo en red: La red en Cali se empieza a formar desde la escuela con la conformación de los grupos gestores, en un siguiente nivel se configuran los nodos por comunas que son la agrupación de barrios para por último estar en un nivel de ciudad, esta red ha sido fundamental para los procesos de actualizaciones formativas sobre todo de los profesores.
  - La tipificación: El ejercicio de seguimiento constante ha permitido una reflexión dinámica sobre el desarrollo de la EES que ha traído consigo el mejoramiento continuo.
  - El personal técnico comprometido: Se rescata el rol del grupo de técnicas de la estrategia adscrito a la Secretaría de Salud de Cali y en especial el de la profesional líder, así como el de los profesores.
- Los factores que han dificultado u obstruido el proceso de desarrollo e implementación de la estrategia de Escuelas Saludables son:
- Fallas intra e intersectoriales: Las escuelas no solo reciben de forma desarticulada las intervenciones que los diferentes sectores conciben implementar al interior del entorno escolar, sino que al interior del mismo sector salud se identifican intervenciones de diferentes líneas que no se articulan con la EES, esta saturación se presenta como incoherencias, pero también afecta la respuesta y participación de actores.
  - Condiciones laborales inadecuadas: En este sentido de la información analizada emergió la forma contractual del personal técnico de la EES como una dificultad relacionada a las condiciones laborales, ya que de las prácticas administrativas de Cali se ha derivado una vinculación fraccionada en términos de tiempo que dificulta la permanencia uniforme de la asistencia técnica a lo largo del año pero que también se ve en clave de la rotación de personal con la consecuente pérdida de memoria institucional.
  - Recursos escasos: La falta de recursos económicos se traduce desde las dificultades para mantener actualizadas las herramientas pedagógicas, la carencia de insumos de aseo y las dificultada des en términos logísticas como por ejemplo espacios o ayudas para realizar reuniones.
  - Comprensión limitada de EES: Esta visión limitada de la estrategia no solo afecta en el sentido de que cada sector interviene en el entorno escolar de forma desarticulada, sino que también se manifiesta en la poca voluntad de quienes toman decisiones para asignar recursos pues no logran comprender la lógica integral de una estrategia como estas.
  - Baja participación: Aunque la EES reconoce la importancia de la participación de diferentes actores, esta no se presenta como se quisiera, las familias por ejemplo participan por llamado, cuando hay algún inconveniente con sus hijos o cuando hay reuniones de padres, entre los

principales inconvenientes está el horario en el que se realizan estas reuniones. En cuando a los estudiantes, la participación es mas en las actividades que se derivan de la EES.

- Falta de acompañamiento: En casi todas las escuelas seleccionadas se señaló la necesidad de más acompañamiento por parte de las técnicas del grupo de la EES, tanto en cuando al número de veces que van a las escuelas como respecto a lo que hacen en ese tipo de acompañamiento.
- Entorno físico e influencia del entorno: En este apartado se señala como las condiciones de aseo de las escuelas no son las óptimas y como esto contradice el espíritu de la EES, así mismo se señalan otras cuestiones como el estado en el que se encuentra el mobiliario y la misma infraestructura. Po otro lado está todo lo referente a como el entorno en el cual están incrustadas las escuelas también dificulta el desarrollo de la estrategia, sobre todo en relación con temas de inseguridad, consumo de sustancias sicoactivas y debilidades en cultura ciudadana.

Gráfico 35. Factores facilitadores y obstructores.



- Sobre el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas del desarrollo de la EES, los padres de familia, alumnos y comunidad local en Santiago de Cali.
  - Se identificaron estructuras relacionadas al fomento de la participación tanto en el diseño de la EEE como durante la implementación, como los grupos gestores, el gobierno escolar, sin embargo, estos espacios parecen no ser suficientes ya que en el caso de los grupos gestores parece ser que no inciden de forma predominante en momentos de definición y seguimiento de la EES.
  - Otro aspecto resaltado es que muchas veces se “permite” la participación de actores una vez otros actores han tomado decisiones, se sugiere una especie de participación de validación, eso en la voz de algunos actores de la EES no es bien recibido.
  - En cuanto a las etapas de la EES en la que se pudiera dar con vehemencia esta participación se observa que existen tres momentos particulares, el primero de ellos al inicio del año escolar en

donde se hacen los procesos de priorización y planeación de actividades, el segundo en la ejecución de estas y el tercero durante los procesos de reflexión alrededor de la tipificación.

- En relación con los estudiantes se puede señalar que de forma predominante participan en la etapa de la implementación de las acciones, su participación en la planeación y tipificación no se observa con claridad.
  - La participación de familias se da mayoritariamente cuando se les llama desde la escuela, así mismo los profesores resaltan constantemente su participación con la asistencia a actividades formativas en especial en el marco de los nodos por comuna. Se puede observar además las dificultades para la participación en las zonas rurales y en cuanto a las razones para la baja participación se resalta el hecho de los horarios, en especial el cruce de estos espacios con las actividades productivas de los padres de familia.
- Respecto a las herramientas pedagógicas que se han desarrollado y cómo la participación ha incidido en estas.
- La autonomía escolar no permite que haya desarrollos pedagógicos generalizados pues les da precisamente libertad a las escuelas de interpretar los lineamientos macro para responder a las particularidades de cada institución.
  - Debido a lo anterior, las escuelas tienen esa libertad de desarrollar herramientas propias, de hecho, los mismos profesores al interior de sus aulas tienen esa libertad, sin embargo, se encontró que se da uso genérico a algunas herramientas que han emanado tanto del Ministerio de Educación como de otras organizaciones relevantes.
  - La EES ha considerado desde el proceso de tipificación generar unos insumos que deben ser útiles para la definición de herramientas pedagógicas, hace unos años el insumo de la tipificación se denominaba estado del arte, hoy ese insumo recibe el nombre de matriz pedagógica, esta busca entregar insumos a cada escuela para que en el marco de su autonomía determine como abordar cada prioridad.
  - La participación de actores en el desarrollo de herramientas parece que se circunscriben a la validación de estas, sobre todo por parte de profesores, en el caso de los estudiantes se encontró que participan en la construcción de herramientas de este tipo sobre todo en clave de material informativo para las carteleras que adornan los salones de clase, pasillos y escuela en general.
  - Respecto a la matriz pedagógica que se entrega a la escuela después de la tipificación, lo que procede por parte de la EES es hacer acompañamiento desde la formación, sobre todo a profesores y en algunos padres de familia.
  - Se detectó que las herramientas actuales en un gran número pueden estar desactualizadas para el proceso de enseñanza y aprendizaje, no solo en relación con los métodos, por ejemplo, el uso limitado de herramientas tecnológicas sino a los mismos contenidos.
- En cuanto a la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre cómo la estrategia ha

impactado su vida.

- En cuanto a salud física se resalta el impacto en cuanto al ejercicio de vacunación y desparasitación, las auxiliares de enfermería además han sido fundamentales para detectar casos de niños que no son llevados a sus consultas y hacen la respectiva gestión, no solo desde la notificación sino con la sensibilización de padres y profesores.
- En la mayoría de las escuelas se ha ido consolidando el concepto de alimentación saludable, en especial el de loncheras saludables, esto ha servido para fortalecer el ejercicio de educación en salud.
- Después de los problemas de escasez de recursos y deficiencias en la infraestructura la situación más problemática es en relación con la convivencia, la mayoría de los problemas de este tipo se da en las escuelas representado en riñas e insultos, en este sentido se valora como la EES ha aportado al mejoramiento del ambiente psicosocial desde la definición de diversas actividades, también se resaltan iniciativas innovadoras de las mismas escuelas para resolver conflictos.
- Se observa que en cuanto a hábitos y estilos de vida que se fortalecen en la EES, se presentan de forma predominante todos los que tienen que ver con: higiene (dientes y manos), alimentación saludable, convivencia, cuidado del medio ambiente (manejo de basuras, agua, zonas verdes) y el cuidado del cuerpo.
- En la mayoría de las escuelas los alumnos manifiestan que sus escuelas son seguras y saludables, sobre todo les gustan los espacios de recreo, pero también valoran la presencia de árboles y el trato de sus profesores.
- La EES se presenta como una estrategia que no solo produce impacto en cuestiones de la salud sino para la vida misma de los escolares, además se reconoce el impacto de esta al entorno comunitario ya que los diferentes actores reconocen que las enseñanzas en las escuelas terminan saliendo de las mismas e incorporándose en los hogares.
- Por último, la EES parece que ha permitido ampliar el entendimiento de la salud como una cuestión integral que trasciende la visión medicalizada de la misma.

•

## **PARTE IV. DISCUSIÓN**

## **CAPITULO 7. LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ESCUELAS SALUDABLES**

En este capítulo se analizan y contrastan los resultados con el fin de conocer el estado de implementación en Cali de la estrategia de Escuelas Saludables. Para lo anterior se detallan y argumentan las adaptaciones locales a los lineamientos nacionales que se han efectuado, sin olvidar los aspectos derivados de la caracterización de las escuelas.

## 7.1 ADAPTACIONES LOCALES A LINEAMIENTOS

La investigación realizada, permite constatar que la EES en Cali ha logrado interpretar los lineamientos oficiales nacionales, que a su vez habían incorporado lineamientos macro derivados de la implementación de la promoción de la salud en el entorno escolar en el mundo. Es así como la versión caleña pese a que se presenta con una estructura que difiere en la denominación de los componentes o pilares, desarrolla cada uno de los preceptos que se han señalado para este tipo de estrategias, se puede afirmar entonces que la estrategia caleña presenta una coherencia conceptual de este tipo de intervenciones. Tal coherencia, es más evidente en la voz de las profesionales técnicas que acompañan la implementación, en específico de la líder del equipo, así como en algunos informantes del entorno escolar y se presenta en menor medida en la referente por parte del sector educativo, esto tal vez debido a que los postulados de la EES se derivan de lo que ha planteado la promoción de la salud, que de entrada no hace parte del núcleo básico del conocimiento de quienes ejercen en el sector educativo, sobre esto último también han coincidido algunos autores (Gutierrez & Gómez, 2007).

En la revisión conceptual de estas estrategias en el mundo se encontró que el primer abordaje se dio en clave de las Escuelas Saludables que mencionaban tres aspectos esenciales: lo físico, lo psíquico y lo social, luego esta mirada orientada a pensarse la salud hacia adentro, tuvo una expansión para dar paso a lo que hoy se conoce como las Escuelas Promotoras de la Salud que es en donde se enmarca la adaptación colombiana y caleña, ya que incorporó una mirada complementaria para no solo contribuir al desarrollo de la salud de estudiantes y profesores, sino también incidir en el entorno que albergaba a las escuelas incluyendo de forma protagónica a la comunidad y dentro de esta se señaló la necesidad de tener una estrecha relación con las familias. En este sentido la adaptación caleña responde a lo señalado desde la Carta de Ottawa respecto a la promoción de la salud (Allensworth & Kolbe, 1987) y que en clave de estrategias de Escuelas Saludables ha sido rescatado por la Organización Mundial de la Salud desde algunas de sus oficinas regionales y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. En relación con lo anterior, las tres dimensiones iniciales dieron paso a una estructura de seis: i. políticas escolares saludables; ii. entorno físico; iii. entorno psicosocial; iv. habilidades y competencias en salud; v. vínculos con la comunidad y vi. servicios de salud (IUHPE, 2008; WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2016).

La estrategia caleña se deriva de lo señalado en los lineamientos nacionales, es decir que son estructuras similares, de hecho cuando se analizó la coherencia entre los seis pilares internacionales y los cinco nacionales se encontró que el único componente que en el caso colombiano se fusionaba, era el que hacía referencia a los ambientes escolares saludables, pues en una misma dimensión se hablaban de cuestiones del ambiente físico y psicosocial, cuestión que se replica en la estructura caleña.

La adaptación en Cali se estructuró en tres componentes o frentes de acción específicos y dos transversales entre los específicos está el de educación en salud, la reorientación de servicios de salud y la creación de ambientes y entornos saludables; mientras que los dos transversales son el trabajo en red y el de investigación y seguimiento. En cuanto a los vacíos de la estructura, esta investigación encontró que en la adaptación caleña no existe un componente relacionado a las políticas saludables a pesar de que este ha sido ampliamente señalado por los lineamientos nacionales e internacionales (IUHPE, 2008; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006; WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2016).

Sin embargo, el vacío estructural no corresponde con lo que se encontró en esta investigación, ya que en la práctica si se abordan aspectos relacionados a políticas, en especial a algunas que tienen relación a la salud desde la lógica de los determinantes sociales de la misma, pero que se derivan de otros sectores o áreas y que se terminan implementando en el entorno escolar. En este sentido encontramos que si bien se terminan ejecutando acciones de políticas en las escuelas, estas no se derivan de políticas que se desarrollen de forma exclusiva en el marco de la EES. Sobre este asunto es importante rescatar que diferentes organizaciones y autores han señalado en cuanto a estas políticas, que estas se deben definir claramente en documentos o en prácticas aceptadas por las escuelas, con las cuales se promueva la salud y el bienestar de la comunidad escolar y que en especial se basen en sus propios contextos para resolver sus necesidades (IUHPE, 2008; Lee et al., 2020; WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2016).

Entre las actividades derivadas de políticas se encontró de forma predominante lo relacionado a la alimentación saludable, pese a que no se evidenciaron como tal documentos específicos sobre este tema al interior de las escuelas, si que se encontraron menciones en los documentos de centro analizados, estas acciones incluidas y aceptadas pueden guardar relación con la implementación de políticas locales como el Acuerdo 0278 del año 2009 con el que se pretendió normar la oferta de alimentos saludables al interior de las escuelas (Concejo de Santiago de Cali, 2009). Como se mencionaba, pese a que la EES no tiene en su estructura un componente de políticas, en la practica se desarrollan algunos asuntos, esto es importante pero no suficiente ya que se ha señalado que en cuanto a los factores a tener en cuenta al revisar las políticas escolares el de la alimentación saludable es protagónico (Lee et al., 2020).

Otra aspecto a resaltar en esta armonización de lineamientos nacionales y locales es lo que respecta al componente de los vínculos comunitarios, este se desarrolla en Cali en la línea transversal denominada “trabajo en red” y se presenta de la misma manera que se hizo en los lineamientos nacionales en clave del empoderamiento y la participación social en salud, en específico respecto al fortalecimiento de las redes de Escuelas Saludables, que en el caso de Cali se diseñó en cuatro niveles: i. grupos gestores; ii. nodos de instituciones por comuna; iii. Comité Intersectorial y iv. equipo técnico de educación y salud (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012). Sin embargo, este componente de vínculos comunitarios en Cali en el marco de la línea de trabajo en red genera inquietudes ya que de acuerdo con el conjunto de

datos analizados el significado que se le da a la participación tiene una connotación especial que se relaciona a otro aspecto a mencionar en la segunda parte de esta discusión como lo es todo lo concerniente a las acciones formativas de actores.

Otra de las adaptaciones locales es que la EES incorporó una línea estratégica transversal llamada tipificación como herramienta para el seguimiento y la gestión del conocimiento, este aspecto en específico si bien no se había considerado en los lineamientos del 2006, si fue incorporado en la revisión que se hizo sobre la estrategia en el país en el 2018 y que quedó plasmado en un pilar de gestión del conocimiento respecto a señalar que el entorno educativo saludable debía promover el seguimiento y evaluación de sus acciones, la investigación y la divulgación de sus resultados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En relación con lo anterior, este seguimiento de las acciones se ha logrado materializar con el proceso de tipificación, este pese a que inicialmente se entiende como una herramienta administrativa que tiene la estrategia para hacer seguimiento a las acciones y categorizar a las escuelas, se ha logrado traducir en una herramienta poderosa con la que el equipo técnico puede hacer devoluciones a las escuelas y que facilita la reflexión colectiva sobre la implementación.

Todo lo anterior muestra que Cali ha interpretado en una estructura de tres componentes específicos y dos transversales lo señalado tanto en los cinco componentes nacionales como en los seis internacionales, sin embargo y en relación con estos últimos, es importante señalar que después de 25 años de creación de la estrategia la OMS y la UNESCO, pusieron en marcha un proceso revolucionario de revisión, sustentado en que, pese a que la misma se ha promovido a nivel mundial desde el 95, la aspiración de una estrategia sostenible y plenamente integrada aun hoy no se ha logrado, incluso justificando que a la fecha pocos países la han implementado y/o mantenido. Hoy después de dos años largos de trabajo articulado y bajo la premisa de hacer de cada escuela una escuela saludable, estas dos organizaciones le han entregado al mundo un lineamiento único de lo que debe ser la estrategia para el mundo, esto se considera como un hito histórico ya que el trabajo emana –como se mencionaba– de las organizaciones cabeza de ambos sectores y tiene un llamado especial a que se haga lo propio en cada país.

Lo anterior es importante ya que en esta actualización se reconoce como antecedente la estructura de seis pilares de la estrategia Escuelas Saludables que ha sido usada para esta investigación, pero plantea una nueva estructura bajo la denominación de estándares globales, en esta se señalan ocho componentes así: i. políticas y recursos gubernamentales; ii. políticas y recursos escolares; iii. gobernanza y liderazgo escolar; iv. asociaciones escolares y comunitarias; v. currículo escolar; vi. entorno socioemocional escolar; vii. entorno físico escolar y viii. servicios de salud escolares (WHO & UNESCO, 2021b).

En esta actualización de la OMS y UNESCO se puede observar que se le ha dado una mayor relevancia a la gobernanza de la estrategia. De hecho el pilar de políticas saludables se ha presentado en dos niveles

que corresponden a estándares por separado: por un lado las políticas gubernamentales y por otro las políticas escolares. En este sentido Cali tiene un reto enorme para materializar una línea de trabajo de políticas saludables, ya que como se mencionó, en la actualidad no existe. La actualización mundial puede ser una excelente excusa para que en la estrategia caleña se incluya una línea de políticas escolares saludables, esto sería muy interesante, ya que potenciaría el empoderamiento y la participación de la comunidad escolar en razón a que esta asumiría el protagonismo en la definición de las políticas pertinentes a sus contextos (Lee et al., 2020; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006; OMS, 1997; WHO, 1998b) y no quedaría circunscrita a la implementación pasiva de las políticas que ya han sido formuladas por otros.

Otro aspecto a resaltar de esta actualización mundial es la creación del nuevo estándar de gobernanza y liderazgo escolar que busca garantizar que los preceptos de la estrategia estén presente en todos los espacios de toma de decisiones (WHO & UNESCO, 2021b), en este sentido la EES en Cali tiene una estructura que facilitaría albergar las acciones relacionadas a este estándar, los grupos gestores por ejemplo son un muy buen ejemplo de cómo se podría potenciar esta gobernanza desde el acompañamiento a quienes participan, en especial al fomento del liderazgo para que de esta manera estos actores tengan más y mejores herramientas para incidir en etapas decisivas de una estrategia como estas.

Precisamente respecto a la gobernanza es importante señalar que en esta investigación se ha evidenciado la necesidad que tiene la estrategia de fortalecerla en todos los niveles, en el nacional por ejemplo con la revisión y sobre todo actualización de las políticas nacionales que le dan vida a la iniciativa, ya que para efectos prácticos pese a que la estrategia en Colombia tuvo una actualización en el 2018, prácticamente la estructura que prevalece es la planteada en el 2006, esto de entrada sugiere una revisión en el contexto. Lo ideal es que este proceso de revisión y actualización se pudiera dar en espejo a lo que ha pasado entre la OMS y la UNESCO entre los Ministerios de Salud y Educación del país, unos nuevos lineamientos nacionales que inviten al trabajo coordinado entre sectores y plantee unas acciones muchos más específicas podría ser de gran ayuda para muchos territorios, que aun hoy no han tenido claro como materializar la estrategia y que como han señalado algunas investigaciones, a nivel general la implementación de esta estrategia en Colombia a pesar de llevar tantos años de promulgada, ha sido muy incipiente (Campos et al., 2012).

## **7.2 INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA EES AL INTERIOR DE LAS ESCUELAS**

La adaptación de ciudad se instrumentaliza al interior de las escuelas, pero también con otros elementos derivados directamente del sector educativo que también han incidido en el proceso, en este sentido esta

investigación encontró que la EES se sirve de los PEI para instrumentalizar las acciones que para este tipo de estrategias se han indicado. Estos instrumentos son en efecto los llamados a operativizar los preceptos de la EES al ser como las hojas de ruta de las escuelas para crear ambientes escolares que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad educativa con su entorno.

Sin embargo es importante señalar que la articulación con los PEI no es iniciativa propia de la adaptación caleña, de hecho algunos autores e instituciones a lo largo de la implementación de estas han señalado la importancia de incluir elementos constitutivos de la salud en los planes o currículos escolares (Griebler et al., 2017; IUHPE, 2000; Langford et al., 2014; A. Lee et al., 2019; OMS, 1997), además en el caso del contexto colombiano desde el diseño de lineamientos nacionales se ha hecho un llamado a la incorporación de los temas de la estrategia en este tipo de instrumentos como lo son los PEI, entre otras cosas como un asunto estratégico de incidencia y sostenibilidad de las acciones (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En las escuelas seleccionadas para esta investigación, se encontró que cada uno de los PEI difería entre si teniendo distintos énfasis. En algunos casos estas diferencias son diametrales, por ejemplo, encontramos que en la escuela República de Santo Domingo el énfasis de su PEI es agroturístico, mientras que en la escuela José Ramón Bejarano este documento tiene un énfasis microempresarial. Esta diversidad en las hojas de ruta de las escuelas se explica en que en el contexto colombiano el marco normativo del sector educativo ha dado libertad a las instituciones para decidir su identidad y marcar su rumbo en el marco de la denominada “autonomía escolar”. En el caso que nos ocupa, esta libertad para que las instituciones marquen su rumbo, puede impactar la implementación de la estrategia de Escuelas Saludables, pues dificulta la homogenización de las acciones que se derivan de la misma, sin embargo se encontró que pese a que los PEI entre si son diferentes, en todos se abordan aspectos relacionados con el bienestar integral de los escolares y de forma categórica se hace mención a cuestiones específicas como la alimentación sana y la sana convivencia.

En el contexto colombiano, la autonomía escolar se señala como una victoria del gremio educativo en la década de los 90s, en la que se alcanzó la libertad de las escuelas sobre el control ejercido por parte del Estado (I.E. Pance, 2010), esta libertad como se mencionaba en el anterior párrafo se podría pensar como un factor que dificulte la implementación de la estrategia al no tener una matriz educativa estándar al interior de las escuelas, pero también puede considerarse como una gran oportunidad para incidir en el ejercicio de autodefinición escolar y poder adaptar las acciones relacionadas a los preceptos de escuelas saludables en el contexto de cada institución. De hecho a la luz de la oportunidad de que la EES en Colombia y en especial en Cali sea revisada y actualizada en el marco de la actualización de estándares por parte de la OMS y la UNESCO, este aspecto de la armonización de la autonomía escolar con la construcción de los PEI podría ser fundamental, ya que sin sacrificar la libertad obtenida, si podrían

definirse unos lineamientos operativos un poco mas específicos en cuanto a la formulación de los Proyectos Educativos Institucionales.

De los PEI se derivan unos ejercicios de micro planeación escolar denominados planes de área, estos se formulan cada año lectivo y cuentan con el acompañamiento de la EES a través del grupo técnico, que con ayuda de la matriz pedagógica derivada del proceso de tipificación, inciden en el proceso planeador y logran –cuando las condiciones lo permiten–, incorporar acciones propias de la estrategia al interior de las escuelas. En este sentido esta investigación encontró, que si bien la EES como tal no incide de forma directa en los PEI, si se hace de forma operativa en estos planes de área derivados, lo anterior quiere decir que el campo de acción de la EES en relación con estos instrumentos es en el nivel operativo, para las cuestiones estructurales el proceso de incidencia se percibe mucho más lejano incluso para los mismos actores de la comunidad escolar que no encuentran canales efectivos para incidir en ellos. Lo anterior es prioritario poder revisarlo ya que como han señalado algunos autores un plan de estudios de salud más estructurado y con participación activa de los estudiantes, profesores y familias sin duda mejoraría la salud física y emocional de toda la comunidad (Griebler et al., 2017; Lee et al., 2019).

Esta investigación encontró también que en Cali la institucionalización de la EES se ha transformado con el paso de los años, al inicio de la implementación las acciones se dirigían con mayor énfasis hacia servicios de salud y acompañamiento, hoy mediante los documentos de centro se trabajan con mayor atención aspectos de promoción de hábitos saludables, así como la interacción con el entorno. Estos abordajes integrales desde los instrumentos como los PEI permiten formar un criterio propio que les ayuda a los escolares a comprender y desarrollar estilos saludables para mejorar y conservar no solo su propia salud, sino la de su familia y la de su comunidad mediante diferentes estrategias que abordan la creación o mantenimiento de ambientes saludables en las instituciones educativas, especialmente desde la integración de acciones de diferentes sectores (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012), esta transformación de la institucionalización no es solo a nivel escolar, debemos recordar en este punto que la conceptualización general de estas, pasó de resolver aspectos internos de las escuelas a trabajar otros que estuvieran en sintonía con los entornos desde una perspectiva más amplia e integral (Allensworth & Kolbe, 1987; Gavidia, 2001).

### **7.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS ESCUELAS**

Esta investigación encontró que a nivel general para el año 2019 los componentes de la EES con el mayor número de escuelas en un nivel superior fueron el de conocimiento general y el de ambientes y entornos, así mismo se observó que el componente que menos escuelas ubicó en el nivel superior fue el de trabajo en red. A nivel general se encontró que en cuatro de los cinco componentes ha habido un proceso gradual e incremental de mejoramiento, se podría decir incluso que, de estabilidad en los últimos años, sin

embargo, llamó la atención que en el caso del componente de trabajo en red ha habido una caída vertiginosa del porcentaje de escuelas en nivel superior entre el 2017 y 2019.

En lo que respecta a las escuelas seleccionadas en esta investigación, se pudo constatar que el efecto de caída en el componente de trabajo en red tuvo un comportamiento similar, para el año 2019 de las 10 escuelas seleccionadas, 9 de ellas se ubicaron en un nivel medio, la restante se ubicó en el nivel básico. En este componente se incorpora todo lo relacionado con la participación y empoderamiento de la EES, el hecho de ubicarse en el nivel medio no necesariamente es un mal resultado, pero sugiere que se han evidenciado oportunidades de mejora sobre este respecto que podrían relacionarse con varios aspectos como:

- i. La participación de los grupos gestores, que como se señaló en el apartado de los resultados, en los últimos años se ha reducido en el marco de la EES y su funcionamiento se ha redireccionado a otros procesos como lo concerniente al Programa de Alimentación Escolar (PAE).
- ii. También podría tener relación con la conformación de los nodos de escuelas por comunas en donde de acuerdo con los resultados se evidenció una disminución de la participación.
- iii. Por último, con el trabajo que se hace en la Mesa de Educación y Salud que como se mencionó, fue un espacio creado para tomar decisiones pero que ha venido teniendo un comportamiento más operativo debido a la baja participación de los que toman las decisiones.

Es importante destacar que por ejemplo la única escuela que se ubicó en el nivel básico de implantación en trabajo en red fue la sede San Felipe, que en los demás componentes se había ubicado en un nivel superior, de hecho, parece ser que esta baja puntuación hizo que la escuela fuera una de las 4 que se ubicaron en el nivel medio de implementación general en el proceso de tipificación para el año 2019.

Sobre este componente esta investigación encontró que en la mayoría de las escuelas existen grupos gestores conformados, sin embargo parece ser que la caída de este componente tiene más relación con la participación de estos con la vida escolar, ya que han ido migrando sus intereses y se han vinculado mucho más con todo lo relacionado al Plan de Alimentación Escolar (PAE), lo que sugiere que, pese a que estos grupos están conformados y se cuantifican, para efectos de la EES parece ser que no están tan funcionales y esto se refleja en la puntuación general del componente de trabajo en red valorado en la tipificación, la mayor problemática detectada respecto a estos grupos es que pese a estar conformados, no se reúnen con frecuencia por falta de espacios físicos en las escuelas o dificultades en los horarios de quienes participan.

Sobre el acercamiento de los grupos gestores a los procesos del PAE, parece ser que bajo la motivación de trabajar bajo la sombrilla de la alimentación de los estudiantes se ha generado una especie de estímulo positivo para participar. Otra de las razones que ha desestimulado la participación de estos grupos en el marco de la EES, puede ser por la falta de agenda de la estrategia en clave de la red, tal vez estos actores no están viendo claro su rol en el marco de la misma y encuentran en el PAE unos procesos más

dinámicos que seguramente le dan valor a su participación. Esto tiene relación con lo mencionado por otros autores en evaluaciones previas de esta estrategia, en el sentido de que para algunos actores se percibe desorden o poca productividad de las reuniones de los nodos por comuna y en ese sentido los avances que se dan en las sedes educativas son más bien atribuidos al compromiso de las personas que trabajan en las escuelas (Gutierrez & Gómez, 2007). Aunque se ha avanzado en la coordinación intersectorial al interior de los nodos por comuna y la mesa técnica, aún falta fortalecer mucho más este aspecto sobre todo en la toma de decisiones, esto se puede reflejar en las dificultades para que desde estos espacios se den lineamientos hacia los grupos gestores y que se termine configurando la percepción de utilidad en cuanto a su participación.

En cuanto a las escuelas seleccionadas, esta investigación encontró que la mayoría de ellas se ubica en el nivel superior de implantación, sobre todo en los componentes de conocimiento general y reorientación de servicios de salud. Sobre este último lo que se valora es el conocimiento que la escuela tenga sobre aspectos del aseguramiento en salud que tengan los escolares, así como la gestión que se haga cuando se identifican cuestiones que requieran atención en servicios de salud. En este sentido es importante señalar que en el marco de la EES como tal no se prestan servicios de salud, ya que en el Sistema de Salud Colombiano esta competencia la tiene directamente las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que hacen parte de la red de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) anteriormente conocidas como Entidades Promotoras de Salud (EPS), quienes son las responsables del aseguramiento en salud de la población (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, & Vásquez, 2011).

En relación con lo anterior desde los mismos lineamientos colombianos se señala que en este componente lo que se busca es que la escuela articule acciones con los servicios locales de salud a fin de garantizar el acceso y la atención cuando sea requerido, se señala además que la oferta de servicios de salud directamente al interior de los establecimientos, aunque es posible no garantiza que las escuelas sean más saludables (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006), otros autores han señalado que las visitas de médicos al interior de las escuelas solo funcionan si estas hacen parte integral de la estrategia (GBD 2016 SDG Collaborators, 2017; A. Lee et al., 2014). Por otro lado, los lineamientos internacionales que se han usado para esta investigación, señalan en este componente la necesidad de vinculación con los servicios de salud locales o que se basan en la escuela (IUHPE, 2000), en ese sentido han coincidido algunos autores sobre la necesidad de una provisión básica de servicios que puedan prestarse al interior de las instituciones, con algunas funciones de diagnóstico o detección temprana de enfermedades (Lee et al., 2019; Resnick et al., 1993).

Cabe destacar además, que como se mencionó, en el contexto colombiano las EAPB son las responsables de la salud individual de la población, pero existen una serie de intervenciones colectivas que son responsabilidad directa del Estado, en ese sentido se llevan algunos servicios de salud a las escuelas como vacunación, desparasitación y aplicación de flúor dental entre otros, por parte de las Secretarías de Salud a

través de contratos o convenios para prestar estos servicios que se hacen en el marco de los Planes de Intervenciones Colectivas, de hecho esta investigación encontró que en cuanto a trabajo en red había una articulación estrecha con la red de hospitales públicos de la ciudad que en el marco de estas actividades colectivas prestaban servicios como: vacunación, actividades de salud mental, salud sexual y hábitos saludables y son las instituciones con las que la Secretaría de Salud hace los convenios para las intervenciones colectivas.

Dicho lo anterior se puede señalar que si bien en la EES de Cali no se evidencia prestación directa –desde el grupo técnico– de servicios adicionales a campañas de desparasitación, se cumple el precepto del componente de reorientación de servicios de salud, pues el llamado nacional e internacional hace referencia a la articulación de la escuela con los servicios locales y en este sentido los resultados de esta investigación mostraron además de lo mencionado en relación al trabajo en red y vínculos, que desde la estrategia se incide para que los escolares puedan acceder a los servicios de salud en el contexto local, desde la verificación de su aseguramiento hasta la micro gestión de casos identificados con profesores y familias, de hecho en este apartado se encontró que algunas acciones de formación están orientadas precisamente con este tema.

Sin embargo y ante las últimas actualizaciones sobre los estándares globales de este tipo de estrategias es indispensable que la versión colombiana desarrolle el componente de los servicios de salud bajo la definición de una provisión básica de servicios para escolares (WHO & UNESCO, 2021b), un paquete de atenciones en el entorno escolar que se haga explícito tanto en los planes de intervenciones colectivas por parte del Estado, así como en atenciones individuales en el entorno escolar que puedan operativizar los actores responsables de estas en el contexto del Sistema de Salud colombiano, pero que hagan parte integral de la definición de la estrategia en cada escuela.

Respecto al componente de educación en salud esta investigación mostró que en la totalidad de las escuelas seleccionadas se realizan actividades formativas que en su mayoría están orientadas a los profesores, el énfasis de este tipo de actividades es en relación con alimentación saludable, higiene en general, sana convivencia, prevención de consumo de sustancias psicoactivas, prevención de abusos y maltratos, entre otros. Junto con los procesos formativos también se identificaron otras herramientas para generar competencias, desde generales como la incorporación de temas de salud en los PEI, hasta específicos como el desarrollo o adaptación de herramientas pedagógicas e instrumentos de información, educación y comunicación, en este último caso se resalta el uso masivo de carteleros en las escuelas sobre higiene, alimentación sana, cuidado del medio ambiente, actividad física, convivencia, etc. Es importante señalar que en cuanto a este componente lo que se pretende es identificar las herramientas con las que se generan competencias tanto a estudiantes como al resto de la comunidad escolar.

De acuerdo a lo anterior, se observa que la EES de Cali se alinea a los lineamientos que ha señalado el país respecto a este componente, en el sentido de que para poder facilitar la adquisición de competencias saludables se debe trabajar en dos frentes, el primero de ellos fortaleciendo la capacidad técnica de actores institucionales y en segundo lugar fortaleciendo los conocimientos como tal, en este sentido incidiendo entre otros en la planeación escolar y en específico en los PEI (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006), como vemos en ambos casos la EES de Cali parece que ha avanzado.

Por su parte, los preceptos internacionales respecto al anterior componente han mencionado que las habilidades de salud individuales y las competencias para la acción se relacionan directamente con los actividades que se derivan de los programas curriculares tanto formales como informales y que a través de las cuales los escolares toman conciencia, incorporan conocimientos y realizan acciones saludables (WHO & UNESCO, 2021b), en ese mismo orden ha coincidido la OMS y la UNESCO (2021) en la actualización de estándares globales, haciendo referencia a que la educación en salud se logra garantizando que en el plan de estudios de las escuelas queden incorporados todos los elementos de la salud, el bienestar y el desarrollo físico, socioemocional y psicológico, así como promoviendo que el personal reciba formación y el apoyo adecuado para poder impartir la educación en salud (WHO & UNESCO, 2021b).

Sin embargo es importante señalar que los procesos de tipificación y de diarios de campo analizados para esta investigación respecto al componente de educación en salud buscan es encontrar las herramientas con las que se fomentan las competencias, eso quiere decir que en el seguimiento de la EES no se considera medir como tal las competencias generadas en los escolares, en ese sentido y respecto a los señalado por las OMS (2016) y la UIPSES (2008), la línea de trabajo de la EES no aporta información que permita conocer las competencias en salud que se generen en el proceso, sin embargo en la segunda parte de esta discusión se interpretaran los resultados respecto al impacto en hábitos y estilos de vida que se pudieron identificar en esta investigación.

Respecto al componente de ambientes saludables es importante señalar que pese a que los lineamientos internacionales presentan este componente en dos: ambientes físicos y psicosociales, en el caso de Colombia y Cali estos pilares se han fusionado en uno solo, en ese sentido los resultados de la tipificación mostraron que para el año 2019 la mayoría de escuelas seleccionadas se habían ubicado en el nivel superior, cabe señalar que en la tipificación se valora mayoritariamente asuntos relacionados al ambiente físico, sin embargo en la cualificación complementaria de esta información que se logró en el 2019 se pudo revisar este componente fraccionado tanto en lo concerniente al ámbito físico como el psicosocial.

Sobre el ambiente físico se observó a nivel general que en la mayoría de las escuelas de Cali se trabajan aspectos de cuidado del entorno, no solo en cuanto a sus instalaciones sino al cuidado específico del agua y al manejo de residuos. Se pudo observar además que en general las escuelas de Cali están en condiciones

óptimas en cuanto a su infraestructura física, sin embargo casi en la mitad de las mismas se presenta alguna condición deficiente, lo anterior relacionado en gran medida al estado de las baterías sanitarias, hacinamiento, deficiencias en la ventilación o iluminación y mal estado en techos o paredes, en unas pocas de ellas también se encontraron riesgos más estructurales con paredes agrietadas, techos inseguros o de asbesto y pisos en muy estado con huecos y grietas. Lo anterior es un hallazgo relevante teniendo en cuenta que casi la mitad de las escuelas de Cali no cumplen los preceptos sobre el ambiente físico que han sido señalados tanto a nivel local, nacional e internacional en el marco de este tipo de estrategias, como cuidar de que ese entorno esté en buen estado y en condiciones que brinden seguridad a la comunidad escolar (Gavidia, 2001; IUHPE, 2008; Langford et al., 2014; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006; Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012; WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2016; WHO & UNESCO, 2021a).

En el componente de ambiente físico también se valoró lo concerniente a la venta de alimentos al interior de la escuela, en este sentido se encontró que hay presencia masiva de ventas informales en la parte externa de las escuelas a las que los niños pueden acceder en sus horarios de descanso a través de las rejas o en las salidas y/o entradas de la jornada escolar. Es importante señalar en este aspecto que la mayoría de las ventas de este tipo son de alimentos no saludables en donde predominan las frituras, alimentos con alto procesamiento industrial y con altos contenidos de azúcar o grasa. Esta cuestión que hace parte de ese entorno físico dificulta la apropiación de los mensajes de educación en salud y la generación de competencias en relación con alimentación saludable, ya que por un lado queda lo que se dicta en el marco de la estrategia y por otro lo que el contexto en el que habitan estos escolares propicia con la oferta de este tipo de alimentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Sobre este asunto se encontró que en dos las escuelas seleccionadas se han implementado iniciativas de permitir el ingreso de estos vendedores durante el tiempo de receso como una estrategia para tener más control sobre este tipo de ventas.

En específico respecto a las escuelas analizadas para esta investigación se encontró que además de las falencias respecto a la presencia de vendedores ambulantes de comida, también se evidenciaron algunas en relación al estado de los baños y espacios para actividad física, todas estas situaciones dificultan la coherencia entre lo que se instruye en la escuela sobre las acciones saludables y el contexto que permita apropiarse los mensajes y adoptar en la práctica hábitos saludables, precisamente en cuanto a los espacios físicos se ha señalado que estos en clave de estrategias de Escuelas Saludables no solo deben proporcionar ambientes seguros para la salud y el aprendizaje, sino que por su puesto deben permitir reforzar las cuestiones que el currículo escolar trabaje en relación con la salud (IUHPE, 2008; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006; WHO & UNESCO, 2021b).

Ahora bien, en cuanto a los entornos escolares es claro que no solo influyen en la salud y el bienestar de la comunidad educativa, sino que se ha señalado en múltiples estudios que también tienen impacto en el

rendimiento escolar como tal (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006; UNESCO, 2014), ya que como ha sido planteado, la educación se fundamenta en cuatro pilares: i. aprender a conocer, ii. aprender a hacer, iii. aprender a ser y iv. aprender a vivir juntos. Este último aspecto se ve influido por una serie de circunstancias sociales donde la violencia y el conflicto del contexto generan situaciones de convivencia en donde la discriminación, la intolerancia y la hostilidad terminan afectándonos a todos, pero sobre todo a los más vulnerables y débiles. En este sentido es la escuela como entorno protector la que debe presentarse como aquel espacio donde se enseñe a construir desde la diversidad y el dialogo (Fundación Empresarios por la Educación et al., 2019).

Respecto a lo anterior esta investigación encontró que en cuanto al ambiente psicosocial a manera general, la problemática más relevante tiene que ver con la convivencia, de hecho en la mayoría de las escuelas se encontró que se han instaurado mecanismos para resolver conflictos y lograr mejorar la convivencia en el entorno escolar, la mayoría derivados de los proyectos transversales de habilidades para la vida y otros directamente de lo señalado en el Sistema de Convivencia Escolar del país, de este último se encontró por ejemplo que en la mayoría de escuelas se menciona el rol protagónico de los mediadores escolares en la resolución pacífica de los incidentes de convivencia menores que son los habituales (“Ley No.1620,” 2013).

En relación con lo anterior, el ambiente psicosocial no solo es importante para recrear esos entornos que protejan a los menores de los determinantes que afecten la convivencia, sino también que tiene implicaciones en la salud mental. En términos generales, sobre esto se ha dicho que los estados de ansiedad continua, baja autoestima, depresión, inseguridad, entre otros, tienen efectos poderosos en la salud, se acumulan durante el curso de vida aumentando las probabilidades de afecciones en la salud mental, incluso de muertes prematuras (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

Respecto al ambiente psicosocial esta investigación encontró que pese a que la EES no tiene un componente específico sobre esta dimensión, si se incluyen en las acciones aspectos en relación a la salud mental y en específico a la convivencia. En cuanto a la salud mental se encontró que existe acompañamiento de psicólogas que hacen parte del grupo técnico de la EES, pero es importante señalar que en Cali estos temas de salud mental se han abordado con mayor frecuencia desde el vínculo con el consumo de sustancias psicoactivas, en específico con acciones para prevenir el consumo. Esto en el contexto colombiano es prioritario desde la salud pública ya que de acuerdo a los últimos resultados del Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en escolares, se observó que el 15.9% de los mismos declaran haber consumido una de las sustancias relacionadas<sup>5</sup>, eso quiere decir que uno de cada seis escolares las ha consumido alguna vez en la vida, el 11% declaran haberlas consumido en el último

---

<sup>5</sup> Para este estudio se preguntó sobre el consumo de: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, otros alucinógenos, Popper, dick, pegantes/solventes/pinturas, y otras.

año y el 6,1% el último mes (MinJusticia, Observatorio de Drogas de Colombia, MinEducación, & MinSalud, 2016).

El último apartado de la caracterización de las escuelas es sobre la implementación de políticas, como se mencionó en el apartado de las adaptaciones de la EES, la versión caleña no presenta un componente específico sobre este tema pese a que tanto los lineamientos nacionales como internacionales así lo señalan, sin embargo se pudo identificar que al interior de las escuelas si se implementan políticas, algunas de ellas nacionales, otras municipales y algunas en el nivel institucional con algunas prácticas aceptadas. A nivel general se encontró que las políticas o prácticas que se implementan con mayor frecuencia están relacionadas a cuestiones que favorecen el entorno y a la salud mental, sobre estas últimas se observó además que las escuelas donde mayoritariamente se implementan es en las que se ubican en el oriente de la ciudad, zona donde se concentra la población más vulnerable y que históricamente ha padecido innumerables problemas desplazamientos, micro tráfico de narcóticos, hurtos, consumo de drogas y exclusión, de hecho en esta zona la segunda causa de muerte está asociada a las agresiones y homicidios (Red de Salud del Oriente E.S.E., 2011, 2017).

Si bien la estructura de la EES no contempla las políticas, en la práctica el entorno escolar es un espacio en donde convergen un buen número de estas, es importante que la estrategia caleña pueda actualizar su estructura para que de esta forma genere un mecanismo que permita no solo articular la demanda de acciones que emanan de políticas de otros sectores, sino que promueva el desarrollo de políticas específicas de entornos escolares saludables, este es el llamado que precisamente hace la OMS y la UNESCO (2021) en la actualización de los estándares globales para este tipo de estrategias, y en específico en el estándar número uno y dos en donde refuerza el principio de la gobernanza desde la formulación de políticas tanto gubernamentales como escolares que reconozcan el valor de la salud para la educación y la educación para la salud, así como las necesidades de la comunidad escolar y sus preferencias. La reciprocidad de la salud y la educación debe garantizar que la salud esté integrada en el trabajo central de la escuela y que sea sinónimo de la noción de una escuela de alta calidad para el bienestar integral no solo de los escolares sino de sus comunidades (WHO & UNESCO, 2021b).

## **CAPÍTULO 8. LA EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA**

A continuación, se analizan y contrastan los resultados que tuvieron como fin evaluar la estrategia desde la voz de los diferentes actores: en el primer momento se discutirá sobre los elementos que han facilitado y obstaculizado el proceso de desarrollo de la estrategia, en especial en todo lo que tiene relación a la participación. Posterior a ello, sobre las herramientas pedagógicas que se han implementado y por último sobre la percepción de utilidad que en la comunidad escolar ha generado esta estrategia.

## 8.1 LO QUE HA FACILITADO LA IMPLEMENTACIÓN EN CALI

Esta investigación mostró que los elementos que han facilitado el proceso de desarrollo de la EES en Cali son: i. voluntad política, ii. procesos formativos, iii. participación de actores, iv. planes y proyectos educativos, v. trabajo en red, vi. seguimiento a través de la tipificación y vii. personal técnico comprometido

### **Voluntad de los que toman decisiones**

Esta investigación encontró que la voluntad de los que toman decisiones, que para efectos de esta investigación se ha entendido como la voluntad política, es crucial para el desarrollo de este tipo de estrategias. En el contexto caleño se encontró que esta voluntad tiene una fuerte relación con los procesos de abogacía que se hace en el marco de la estrategia y en específico con el rol de la líder del equipo técnico, así pues, parece ser que la voluntad política no ha sido producto de la inercia o la iniciativa de los gobernantes como tal, sino como resultado de abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad, en relación con lo anterior se ha señalado que la abogacía como tal se ha identificado como una de las medidas más importantes para continuar avanzando en la promoción de la salud en el mundo globalizado (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006; OMS, 2005).

Es importante mencionar que en esta investigación no se recolectó información de tomadores de decisiones, por lo tanto no se pudo contrastar si la voluntad para respaldar es producto, como sugieren los datos de la labor de abogacía constante o de la iniciativa de quienes tienen el poder de tomar las decisiones, en ese sentido será importante en futuras investigaciones poder incorporar la voz de quienes toman decisiones en el contexto o de quienes han tomado decisiones en la historia de implementación de la EES. Ahora bien, la voluntad de quienes deciden es fundamental ya que este respaldo se materializa no solo en la asignación de más recursos, sino que también se materializa en el llamado a la articulación entre sectores y/o actores, en este sentido pese a que la abogacía es fundamental debe tener como respuesta la voluntad de quienes tienen el poder para hacer que las cosas pasen, sobre todo cuando se trata de los respaldos antes mencionados, en este sentido otras investigaciones han coincidido sobre la importancia de contar con este tipo de respaldos, que como en el caso de esta investigación impacten de forma positiva una estrategia como estas (Colonia-García, 2016; Ministerio de Salud & Instituto PROINAPSA - UIS, 2014).

### **Procesos formativos**

Respecto a las actualizaciones formativas se encontró que estas se dan en dos grupos de actores, por un lado, en los padres de familia y por otro a los profesores, en estos últimos con mucha más frecuencia. Los lineamientos nacionales de esta estrategia han resaltado la importancia del fortalecimiento de la capacidad técnica de los actores políticos, institucionales y comunitarios. En este sentido, se ha señalado que es

importante continuar fortaleciendo la capacidad técnica de los distintos actores que participan en los procesos de promoción de la salud en entornos escolares para lograr materializar lo planteado en las estrategias de escuelas saludables (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En el caso de los profesores las actividades formativas se dan en el marco del componente de trabajo en red. Así pues, un paquete robusto de capacitaciones se entrega habitualmente en los grupos gestores, las sesiones de los nodos por comunas, foros de ciudad y durante las visitas de asistencia técnica que hace el grupo de la EES a las escuelas. En este sentido los lineamientos nacionales han señalado que la formación de los profesores es crucial ya que las concepciones de estos terminan siendo compartidas con los estudiantes y en ese orden es necesario promover en ellos procesos de formación continuos y que trasciendan, es decir, que los conocimientos adquiridos se traduzcan en acciones concretas, en cambios en la forma de pensar, sentir y actuar frente a la salud, mediante procesos que sean sostenidos en el tiempo (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012).

En relación con lo anterior han coincidido algunos autores señalando que los profesores sirven como transmisores de mensajes ya sea de forma consciente o inconscientemente por medio de currículos ocultos, son también promotores de programas y agentes fundamentales para el cambio y mejora de la salud, ya que no solo actúan sobre el individuo, sino sobre el entorno escolar (Davó, 2009; Griebler et al., 2017; Shepherd et al., 2012; Tjomsland, 2010). Ahora bien, la formación a profesores en temas de salud no debe ser producto de una especie de adoctrinamiento desde el sector, sino que debe entenderse como la responsabilidad de todos por la formación integral de los escolares, tampoco debe ser producto de acciones aisladas, sino que su formación se debe integrar como tal a la estructura de este tipo de estrategias.

Respecto a lo anterior algunos autores han coincidido en que la formación de profesores en temas de salud pública no es un capricho del sector salud, sino una necesidad urgente que tenemos como sociedad por avanzar hacia el bienestar social y la calidad de vida desde una perspectiva integral e interconectada, así mismo se ha señalado que para que estos procesos formativos sean eficientes y garanticen la calidad de este tipo de estrategias, deben ser continuos e innovadores (Lee et al., 2003; Ramos et al., 2013; St. Leger, 1998). De hecho, en el marco de la EES de Cali se identificó que los espacios de capacitación que se dan en los nodos por comuna se acercan a la anterior indicación de la innovación, ya que estas jornadas rompen la lógica de los espacios rígidos para aprender y le apuestan a generar espacios de aprendizaje colaborativo desde el intercambio de experiencias entre pares.

Esta investigación encontró también que la EES ha estado formando padres de familia, estos por su parte hacen parte de la vinculación y en especial la formación a la comunidad que ha sido de igual forma señalada en varios de los lineamientos, en este sentido cada institución debe poner al servicio de la comunidad una serie de servicios que busquen mejorar sus condiciones de vida, hacerla partícipe de la

vida institucional, de sus procesos y decisiones y sobre todo estimular el apoyo de la familia en relación con el aprendizaje de los estudiantes (I.E. Liceo Departamental, 2011).

En el contexto colombiano formar a las familias en el marco de una estrategia como la de Escuelas Saludables es doblemente positivo, por un lado, entregar herramientas a los padres de familia permite garantizar el ejercicio de complementariedad que se debe dar entre el entorno escolar y el familiar para generar competencias en salud a los escolares, pero por otro lado estas acciones permiten que se haga educación en salud de forma directa en estos adultos. En el país de acuerdo a los últimos datos, el 5,2% de la población adulta se considera analfabeta (MinEducación, 2018), en este contexto la información entregada a los padres de familia genera gran valor y se entiende en el marco de este tipo de estrategias, que como se ha mencionado deben tener la capacidad de transformar a los individuos, escuelas y comunidades, empoderándoles sobre la construcción de salud y de esta forma reduciendo la carga de enfermedad y de los costos a largo plazos derivados de la atención sanitaria (Macnab, Gagnon, & Stewart, 2014).

### **La participación de actores**

En esta investigación se encontró que tanto el diseño de la estrategia como en su implementación se identifican estructuras relacionadas al fomento de la participación, como lo son desde los grupos gestores, hasta el mismo gobierno escolar, sin embargo, estos espacios parecen no ser suficientes ya que en el caso de los grupos gestores no se evidenció mayor incidencia en momentos de definición y seguimiento de la EES. Cabe destacar que la participación de la comunidad educativa en el proceso de la estrategia es un elemento facilitador en términos generales, en el caso de los grupos gestores el llamado es a que estos se puedan vincular con las decisiones que les afectan. Esta investigación encontró que en algunos casos los padres de familia, el coordinador, profesores y estudiantes participan en la escogencia de los temas que les impactan.

En este orden, en la construcción democrática de la salud la participación requiere de un Estado que la promueva y garantice así como de una ciudadanía que se involucre con decisión en las actividades promovidas, de lo contrario estos escenarios se debilitan y no se facilitan el logro de su propósito, en relación con la EES se puede decir que esta presenta una estructura que promueve esa participación de la comunidad escolar y lo que se debería responder con mayor vehemencia es si esta responde a esta estructura o como se planteó al inicio no es suficiente.

De acuerdo con los lineamientos nacionales, la EES propone como un eje fundamental de acción la participación efectiva de los integrantes de la comunidad escolar y de los diferentes sectores con el fin de lograr objetivos comunes (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006). En este sentido se ha señalado que la escuela es un escenario propicio para aprender a participar porque son muchas las posibilidades que tienen los escolares de ser parte activa de procesos de participación; desde la elección del gobierno

escolar, las decisiones que se toman en el aula, así como en la integración en los juegos o en el desarrollo de actividades que favorecen su salud. Así mismo, los padres de familia se sienten más comprometidos cuando se les integra como socios de los procesos de desarrollo de sus hijos e hijas, cuando se les permite hacer parte del diagnóstico, de los planteamientos de alternativas y por supuesto en la ejecución de las soluciones en torno a situaciones relacionadas con la salud de los escolares.

La evidencia además ha mostrado que se requiere de procesos continuos, articulados al PEI y con participación de toda la comunidad educativa en la implementación de proyectos pedagógicos para lograr resultados efectivos en promoción de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012). Esta investigación encontró que hay varios momentos en los que se puede dar con vehemencia esta participación, el primero de ellos al inicio del año escolar en donde se hacen los procesos de priorización y planeación de actividades, el segundo en la ejecución de estas y el tercero durante los procesos de reflexión alrededor de la tipificación. En cuanto a los actores que han participado en la estrategia y como esto ha facilitado la implementación, se encontró que se daba en varios grupos: i. profesores, ii. familias, iii. estudiantes, iv. aliados externos.

La participación de los profesores por su parte es obvia, sin embargo, se encontró que estos participan en gran medida mediante las actividades formativas que a su vez se convierten en herramientas que les permiten responder a acciones puntuales, pero también para formular los diferentes proyectos que orientan el proceso formativo. En ese sentido es bastante útil que los profesores puedan incidir en los procesos de definición de acciones y que a estos de forma indirecta puedan llevar la voz de los estudiantes. Así pues, la participación es señalada como un elemento clave para efectivizar la implementación de la promoción de la salud en el entorno escolar, más si esta participación se da en el marco de relaciones positivas y de ellas se deriva el compromiso de múltiples socios en la toma de decisiones y la implementación de actividades generando así una cultura escolar de apoyo para la estrategia (Honkala, 2014; Ramos et al., 2013). Aunque la participación de los profesores es obvia, se ha señalado que estos participan de este tipo de estrategias si creen que esta dará resultados positivos y si se ha dado un proceso de interiorización en donde se percibe que la escuela es saludable (Tjomsland, 2010; Tjomsland, Iversen, & Wold, 2009).

Por su parte se considera fundamental la participación histórica de padres de familia para el desarrollo de esta estrategia. En el caso de Cali como se ha mencionado, se ha dado sobretodo a través de los denominados grupos gestores y de la interacción directa de estos con los profesores. Es importante destacar que la dinámica de los grupos gestores se ha visto afectada en los últimos años y que la participación directa de los padres se da en mayor medida por llamado que por iniciativa propia, pero sobre el particular se profundizará cuando se discuta sobre los factores que han obstaculizado.

De acuerdo con lo anterior, algunos autores han destacado que la participación de padres en la educación en salud ha mostrado una correlación significativa con la buena salud y más satisfacción con la vida de los escolares. Cuando las escuelas involucran a los padres propician que estos apropien los preceptos de la

EES y de esta forma pueden ejercer la complementariedad y la coherencia entre lo que se imparte en la escuela y lo que se circunscribe al entorno familiar (Griebler & Nowak, 2012).

El siguiente grupo de actores que participan son los estudiantes, en el caso del contexto caleño se encontró que estos lo hacen de varias maneras, en la base están aquellos que lo hacen en el ejercicio de las diferentes actividades, casi como beneficiarios. Se podría decir entonces que este tipo de participación se da en el nivel de asistencia, la otra forma es inmersa en la estructura del gobierno escolar y de la misma estrategia. Parece ser que es natural que en el marco de una estrategia como estas los estudiantes actúen como usuarios de un servicio y otros actores como profesores o incluso el equipo técnico de la EES como proveedores, esto tiene sentido en razón de que tanto unos y otros se entienden como parte de roles y actividades tradicionales como resultado de su interacción natural (Delgado et al., 2005), en este sentido el interaccionismo simbólico ya había señalado que nuestra condición humana se deriva de los efectos mutuos como individuos, de cómo nuestras interacciones y acciones no solo nos moldean, sino que nos remodelamos mutuamente (Blumer, 1982).

Por otro lado, se destaca que en algunos grupos gestores hay una participación de estudiantes, así como en los espacios de representación estudiantil. Lo anterior sugiere que, pese a que los estudiantes mayoritariamente participan como beneficiarios de la estrategia, en algunos casos pueden incidir en otros espacios de revisión y toma de decisiones. Los estudiantes deberían tener una mayor participación en la definición de las acciones, esto facilitaría la apropiación de los mensajes que se derivan de la promoción de la salud. En ese sentido se ha señalado que cuando estos participan de forma activa y en diferentes niveles en este tipo de estrategias, se detonan efectos positivos en cuanto a mayor satisfacción y motivación, mejores interacciones y relaciones sociales, mejores competencias y conocimientos y más desarrollo personal (Catalano et al., 2002; Griebler et al., 2017). Además se ha señalado que existen estilos de vida que deben ser promovidos para favorecer la salud de los escolares, se busca que en el proceso de selección de los estilos de vida que se deben fortalecer o transformar, los escolares participen y de esta forma se logre que las propuestas surjan como resultado de decisiones que han sido consensuadas y que son responsables, informadas y autónomas (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012).

Por último, esta investigación se encontró la participación de un grupo importante de actores externos a la comunidad escolar sobre todo en los primeros 10 años de implementación, esta participación ha variado en el tiempo de acuerdo con el énfasis de las actividades. En la actualidad se observa que junto con otros sectores como el de deportes, hoy existen varias organizaciones que interactúan con las escuelas, en especial la red de hospitales públicos de la ciudad a través de algunas intervenciones de salud colectiva, en algunos casos también se identificó participación de algunos miembros de la comunidad aledaña a las escuelas en actividades puntuales de enlucimiento. En general se ha indicado como la participación de diferentes actores robustece este tipo de estrategias, en este sentido la OMS y la UNESCO con la nueva actualización de estándares globales han querido recordar que cuando en el

análisis de necesidades se involucra a la comunidad educativa en pleno, la implementación de la estrategia tiene más probabilidades de hacer abordajes pertinentes y que esto genera un mayor sentido de propiedad hacia la estrategia como tal (WHO & UNESCO, 2021a).

### **Los Planes Educativos Institucionales y los Proyectos Transversales**

Otro elemento que ha facilitado la implantación de la estrategia en Cali ha sido la incorporación de elementos de esta en los instrumentos propios del sector educativo como es el Plan Educativo Institucional (PEI) y en especial en los proyectos educativos transversales que ahí se incluyen. La EES no solo ha logrado permear estos proyectos cuando ha sido posible, sino que han apoyado a las escuelas a desarrollarlos en su ejercicio de asistencia técnica, entendiendo las debilidades de las escuelas para implementarlos.

Digamos entonces que estos instrumentos que hacen parte integral de los PEI se han convertido en una especie de caballo de Troya por medio del cual la estrategia ha logrado ir introduciendo sus elementos al ejercicio escolar. De acuerdo a algunos de los lineamientos nacionales, los PEI son la carta de navegación de toda institución puesto que buscan orientar las actividades institucionales y pedagógicas, y relacionarlas con su entorno. De hecho se ha señalado la necesidad de articularse desde la estrategia con estos instrumentos como una cuestión no solo estratégica sino apenas lógica en el sentido que esto ayudaría a facilitar que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se incorporen en todos los ámbitos de la vida escolar (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012; MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En términos de estructura de la estrategia, estos instrumentos se pueden ubicar el componente de políticas escolares, que dado de que se derivan del sector educativo no tienen la denominación de saludables, sin embargo, los resultados han mostrado que desde la defensa del bienestar integral de la comunidad escolar irremediablemente terminan apostándole a cuestiones de la salud, entendiéndola en el marco de los determinantes sociales de la misma. En relación con la importancia de incidir en este tipo de planes algunos autores y organizaciones han coincidido, la Unión Internacional para la Promoción de la Salud y Educación en Salud indicó que estos son una herramienta exitosa en la implantación de la promoción de la salud en el entorno escolar (IUHPE, 2000), por su parte Adamowitsch (2017) señala la necesidad de permear los procesos educativos de forma estructural con los preceptos de la promoción de la salud para lograr la sostenibilidad de estas estrategias (Adamowitsch et al., 2017), Lee et al. (2019) por su parte han señalado que en la armonización de programas escolares y este tipo de instrumentos como los proyectos educativos, se logra la implantación de políticas o practicas escolares saludables como la prohibición de consumo de sustancias nocivas, equidad de género, manejo de emergencias y reciclaje entre otras (Lee et al., 2019). Cabe resaltar que precisamente en la EES en Cali se evidencian un buen número de acciones derivadas de los proyectos que tienen relación específicamente con gestión de emergencias y el manejo de residuos.

Otra cuestión que también se ha mencionado respecto a estos instrumentos es que son mucho más efectivos si logran ser estructurados con la participación de diferentes actores (Griebler et al., 2017), respecto a esto en la investigación se encontró que pese a que estos instrumentos son una gran oportunidad para la implantación de la estrategia y se logra mencionar en ellos aspectos que pueden ser usados para promover la promoción de la salud, en la mayoría de los contextos escolares analizados estos no son constantemente actualizados, tampoco son construidos con una amplia participación y en muchos de los casos se percibe al interior de las instituciones como un instrumentos poco funcional.

La evidencia ha mostrado que cuando se logran permear los planes y proyectos escolares con los elementos de escuelas saludables se generan resultados muy positivos ya que apoyan la apropiación de los preceptos de escuelas saludables tanto a profesores como a estudiantes (WHO & UNESCO, 2021a), así mismo los nuevos estándares globales para este tipo de estrategias han resaltado nuevamente la necesidad de que el compromiso y la inversión que hace cada escuela bajo la lógica de escuelas saludables se refleje de forma específica en este tipo de planes para garantizar una estructura más clara de la estrategia para toda la comunidad escolar (WHO & UNESCO, 2021b).

### **El trabajo en red**

El trabajo en red en Cali tiene varios niveles, el primero de ellos con los grupos gestores en el centro, después en la representación de los nodos por comunas y en el extremo los espacios de ciudad, en esta especie de telaraña lo que se evidencia es una estructura orientada a la creación de un tejido vivo que facilita la apropiación, los ajustes y el empoderamiento. Sobre este trabajo en red los lineamientos caleños han señalado que esta red está conformada por las instituciones públicas y privadas y los miembros de la comunidad, en donde se coordinan y comparten conocimientos, experiencias y recursos con el fin de dar respuesta de una forma más eficiente (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

El mayor sentido sobre el trabajo en red en Cali parece que se adquiere en los nodos por comuna, pues estos espacios son aprovechados como una estructura de encuentro para compartir experiencias e inspirarse mutuamente. Se puede decir que el trabajo en red tiene dos grandes apuestas, la primera de ellas es promover la participación de actores como se hace a través de los grupos gestores y en segundo lugar generando espacios de intercambio de conocimientos como ocurre en los nodos; con ambas alternativas parece que lo que se busca es una mayor conexión de la escuela con el mundo exterior. En ese sentido, se ha señalado que el éxito de una Escuela Saludable tiene mucho que ver con la interacción que esta tenga con su entorno, la familia, la configuración de los servicios de salud, los equipamientos urbanos para la recreación y encuentro, la comunidad en general (Ogilvie et al., 2005). Todo esto forma de alguna manera un conglomerado social que permite comprender la complejidad del entorno y de la estrategia como tal, para que de esta forma se pueda llegar a una mejor comprensión de lo que se hace en el marco de esta.

### **El seguimiento a través de la tipificación**

Como vimos, en Cali se implementó un ejercicio de seguimiento a las acciones de la EES denominado “tipificación”, este proceso como se mencionó anteriormente ha sido desarrollado de forma sistemática por el grupo técnico de la estrategia y ha sido útil para varias cuestiones: Primero como una herramienta que ha permitido hacer un ejercicio de reflexión colectiva sobre el progreso de la estrategia, en este sentido se encontró que existen dos momentos del proceso que impulsan esta reflexión, el primero de ellos ocurre al final del año calendario con el ejercicio de la recolección de información para la medición, pues con ello se generan cuestionamientos en las escuelas sobre las variables que se pregunta, el segundo momento se da al inicio del siguiente año en la socialización de los resultados pues en este momento se incide en la elaboración de las matrices pedagógicas.

Otro aspecto en cuanto a la utilidad de este proceso es que ha permitido categorizar a las escuelas dependiendo de su nivel de implementación para considerarse una escuela saludable, este proceso de revisión y categorización ha permitido hacer constantes ajustes y redireccionar las intervenciones. Algunos autores han coincidido en que estas acciones de monitoreo constante permiten identificar las fortalezas y debilidades que se traducen en oportunidades para mejorar la implementación (Lee et al., 2005; Moon et al., 1999), muchos de estos ejercicios se han implementado desde auditorias típicas a los procesos pero que para efectos prácticos producen lo mismo que genera el proceso de tipificación en Cali (Arthur et al., 2011; CDC, 2014; Joyce et al., 2017).

Algo a destacar respecto al proceso con el que Cali hace seguimiento es que de forma complementaria se podrían introducir herramientas que permitan cualificar la información que se recolecta para lograr un mayor entendimiento del proceso, algo como lo que se logró en el 2019 con la implementación de los diarios de campo, este proceso no solo suministró insumos importantes para el seguimiento, sino que de alguna forma también objetivizó el resultado de este monitoreo ya que se hizo en parejas. Así mismo es importante que en los ejercicios de seguimiento a una estrategia como estas, se pueda incorporar algún tipo de medición directamente a los escolares para que se pueda valorar la pertinencia de las acciones, dado que como se mencionó en el apartado de la caracterización de las escuelas, sobre el componente de competencias o educación en salud, en la tipificación no se busca comprender las competencias que se generan, sino las herramientas que tienen las escuelas para propiciarlas.

### **Personal técnico comprometido**

El personal técnico al que se ha referencia en los resultados incluye desde los profesores hasta las profesionales del grupo técnico de la EES que acompañan la estrategia desde la asistencia a las escuelas, en especial la líder de este equipo. En esta investigación se ha relacionado a los profesores como unos agentes más de la promoción de la salud, que no solo tienen un rol estratégico al estar en contacto directo con los individuos que están en formación, sino que son para muchos estudiantes, referentes de vida y garantes de la protección. En este sentido coincide Davó (2009) respecto a que los profesores al ser

observadores privilegiados pueden detectar a tiempo situaciones que requieran atención y que ellos mismos pueden suplir o gestionar al interior del entorno escolar desde su rol (Davó, 2009).

En razón a lo anterior, era apenas lógico que esta investigación encontrara que los profesores cumplen un rol clave en el desarrollo de esta estrategia, en representación del Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y entendiendo la importancia que tienen los demás sectores diferentes al de la salud en la construcción de la misma, era obvio entender como estos actores generan valor y asimilar que son los profesores unos agentes más de la salud, específicamente impulsando acciones la promoción y construcción de la misma.

En esta investigación se encontró que los distintos actores consultados reconocen el valor de los profesores en la construcción y la preservación de la salud de los escolares, esto puede tener varias explicaciones, una de ellas la incidencia que tienen los procesos formativos sobre los profesores, de lo cual se hablará más adelante, o el llamado a la atención integral de estudiantes para garantizar los resultados académicos; respecto a lo anterior Shepherd et al. (2012) coinciden en que los profesores han empezado a apropiarse que la buena salud es esencial para el aprendizaje efectivo del alumnado (Shepherd et al., 2012). En este sentido preocuparse por la salud de los estudiantes no solo es por el beneficio sobre el rendimiento, sino que como se señala en los lineamientos nacionales de la estrategia, esta postura responde al llamado a estos actores para cambiar paradigmas y asumir nuevos valores para promover la construcción de individuos más íntegros, saludables, libres y felices (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En este orden de ideas, diferentes estudios han señalado que los profesores han empezado a entender la salud desde un enfoque más amplio, teniendo en cuenta el bienestar integral de los estudiantes, sobre todo el psicológico y social; y en este sentido entendiendo el rol crucial del entorno educativo (Shepherd et al., 2012). De hecho en los resultados de esta evaluación se observa que buena parte de ese rol que tiene tanto reconocimiento, se deriva de la preocupación constante por proveer o garantizar ambientes de convivencia en el entorno escolar, que como se mencionó en los resultados y comparte Zubiría (2021), en el contexto colombiano pueden ser incluso entornos más seguros que los propios hogares (Zubiría-Samper, 2021).

El segundo grupo de profesionales hace referencia al equipo técnico que opera la estrategia en Cali y específicamente a la líder de este, este grupo tiene el enorme reto de acompañar a las escuelas con asistencia técnica sobre los temas que se derivan de la EES, muchas de estas actividades en complementariedad a lo que se hace naturalmente por parte de los profesores, de hecho un buen número de menciones sobre las “chicas de chalecos verdes” –como se le conoce a este grupo–, es sobre los temas que los profesores no dominan pero que ellas si pueden apoyar, su acompañamiento entonces no se circunscribe a la formación que hacen a los profesores y padres, sino que con algunas herramientas pedagógicas hacen lo propio también con los estudiantes, ahora bien, además de lo anterior tienen un rol

fundamental en el ejercicio que se hace sobre todo al inicio y final de los cursos escolares, ya que es precisamente este grupo el que se encarga de implementar el ejercicio de tipificación que materializa el seguimiento de las acciones y del que se hablará con mayor detalle más adelante. El rol de este grupo se podría leer desde el asistencialismo porque para desarrollar los componentes de la estrategia muchas escuelas terminan dependiendo de este equipo de profesionales, pero sobre el particular se profundizará más adelante en el apartado de los elementos que han dificultado esta implementación.

Respecto a este grupo técnico es importante destacar el liderazgo que ha tenido una mujer, su rol es recocado sobre todo por los actores institucionales de las escuelas y pares del sector educativo, entre sus funciones ha estado liderar el equipo técnico de la EES y defender la estrategia en el tiempo contra muchos pronósticos derivados de los cambios de gobierno. Esta investigación también encontró que en su discurso se incorporan constantemente los preceptos que se han tenido en cuenta para este tipo de estrategias, en este sentido coincidió en el 2007 la única evaluación que se ha hecho sobre la estrategia en Cali, al resaltar la coherencia conceptual en el discurso y práctica de quienes son responsables de coordinar la EES (Gutierrez & Gómez, 2007), esta coherencia conceptual parece ser que se ha implementado en lo que respecta a esta líder, en ejercicios de abogacía y gestión constantes para lograr materializar la estrategia desde la gestión de recursos tanto humanos como financieros hasta la articulación con aliados.

Esta líder se ha encargado de defender la estrategia en cada cambio de gobierno, incidiendo en momentos cruciales de la administración pública como lo es la planeación y garantizando la memoria institucional de esta estrategia, en este sentido ya antes había sido señalado como el liderazgo ejercido por funcionarios que garanticen su permanencia en el tiempo facilita la implementación de estas (Colonia-García, 2016). Sin embargo, el hecho de que la EES en Cali se cimiente de forma tan evidente en una profesional comprometida es tan bueno como delicado se pueda interpretar, pues, así como han sido años de gestión y liderazgo en cabeza de esta mujer, el gran riesgo es que la estrategia como tal, sea estructuralmente dependiente de ella y una vez este rol falte, la EES como la conocemos se debilite.

Respecto a estos roles de profesionales técnicos, la evidencia consultada no hace menciones específicas más allá del rol de los profesores como se mencionó anteriormente, sin embargo algunos autores han señalado que algunas de estas cuestiones se podrían enmarcar en clave del entorno y la estructura organizativa de este tipo de estrategias, en específico en todo lo que tiene que ver con la planificación, administración y procesos de implantación, se ha destacado entonces que los anteriores elementos inciden en las actividades de promoción de la salud escolar y en el éxito de estas iniciativas (Collins et al., 1995; National Health and Medical Research Council, 1996; Parsons et al., 1996; WHO, 1996b), en este sentido se puede entender como el grupo de profesionales técnicas y en especial el rol de su líder se enmarcan en esta estructura administrativa de la estrategia que ha logrado materializar la implantación y la defensa de la misma a lo largo de los años.

## 8.2 LO QUE HA DIFICULTADO LA IMPLEMENTACIÓN EN CALI

En este apartado se discute sobre los factores que esta investigación encontró han dificultado el proceso de desarrollo de la EES en Cali, estos son: i. fallas intra e intersectoriales, ii. condiciones laborales precarias, iii. escasez de recursos, iv. comprensión limitada del concepto de EES, v. baja participación, vi. falta de acompañamiento y vii. ambiente físico y la influencia del entorno.

### Fallas inter e intersectoriales

Esta investigación mostró como la desarticulación en la estrategia no solo se da entre sectores, sino que también se evidenció que a la escuela llegan innumerables iniciativas que se derivan del sector salud pero desde áreas diferentes a la que opera la estrategia como tal, este aterrizaje desarticulado ha generado fatiga del sector educativo en la receptividad sobre este tipo de iniciativas, muchas veces ocasionando rechazo en los profesores, ya que este conjunto de acciones se perciben como tareas adicionales a su deber ser.

Otro aspecto en cuanto a estas fallas se presenta en relación con la baja receptividad del sector educativo, pareciera que no se sienten corresponsables de una estrategia como estás, en este sentido ya antes se había indicado como la coherencia conceptual sobre lo que significa la estrategia es menor en actores del sector educativo, esto puede relacionarse con que los preceptos que sustentan este tipo de estrategias son los de la promoción de la salud, que de entrada son poco conocidos por actores diferentes a los del sector salud. Por otro lado, la estrategia al ser formulada a nivel internacional por el sector salud ha generado una primacía de este en su liderazgo y aplicación, esto puede haber generado desentendimiento en el ejercicio de la corresponsabilidad a otros sectores pero en especial al educativo (Gutierrez & Gómez, 2007).

En cuanto a estas fallas intersectoriales también se ha señalado que pueden suceder porque cada sector y sus agencias o instituciones tienen la preocupación constante por cumplir con las obligaciones que se le han designado desde lo político y normativo, esto ha hecho que se configure una mirada fragmentada en la que cada quien, como una república independiente debe cumplir su propio mandato (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012).

En relación con lo anterior, los lineamientos colombianos han señalado desde el 2006 que la estrategia de Escuela Saludable no es la tarea del sector salud que se hace en las instituciones educativas; sino que por el contrario es un puente que busca facilitar el encuentro efectivo de la escuela con la comunidad local para el logro de objetivos comunes. En este sentido, estrategias como estas ponen en práctica formas de ejercicio ciudadano de estudiantes y de la comunidad educativa, mediante la organización comunitaria para abordar las tareas relativas a la construcción social de mejores condiciones de salud, bienestar, calidad de vida y oportunidades de desarrollo humano (MinProtección, OPS, MinAmbiente, 2006).

En términos generales los resultados de esta investigación muestran como la vinculación del sector educativo ha sido muy incipiente, en este sentido coinciden en otras revisiones de este tipo de estrategias que no existe una agenda intersectorial clara y concreta construida por el sector salud y educación (OMS, 1997; WHO, 2017; WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2017), sin embargo esto podría cambiar con la promulgación conjunta de los nuevos estándares globales sobre Escuelas Saludables por parte de las máximas organizaciones tanto del sector salud como educativo y a su adaptación en espejo a nivel nacional y local (WHO & UNESCO, 2021b).

### **Condiciones laborales precarias**

Se encontró que en Cali se han adoptado prácticas administrativas que afectan las condiciones laborales de quienes acompañan técnicamente esta estrategia en Cali, con estas prácticas se ha propiciado el fraccionamiento contractual. Las profesionales del grupo técnico tuvieron entre el 2016 y 2019 entre dos y tres contratos por cada año calendario, adicional a ello también se observó variación en el número de personas contratadas cada año durante el cuatrienio, esto no solo ha impactado en el número de días de recurso humano que ha tenido la estrategia, sino que se encontró que solo siete de las contratistas permanecieron durante los cuatro años del anterior periodo de gobierno, esto es un hallazgo clave ya que las profesionales en mención acompañaron la planeación inicial, son este tipo de cuestiones las que pueden generar afectaciones en la memoria institucional de la estrategia y en la implementación como tal.

Respecto a lo anterior, parece ser que estas cuestiones contractuales se perciben en las escuelas en la baja continuidad de las acciones y en especial en la ausencia de acompañamiento en etapas estratégicas como lo es la planeación escolar del inicio del año, también se observó como estas formas contractuales y prácticas administrativas se expresan en falta de motivación y en que al equipo lleguen personas por recomendaciones políticas con debilidades en términos de la formación en promoción de la salud.

Como se observó anteriormente en lo referente al rol del equipo técnico, la EES en Cali tiene una fuerte dependencia con el recurso humano que presta la asistencia a las escuelas, en ese sentido es importante que las condiciones laborales del mismo sean óptimas para que esto se pueda traducir en mayor motivación desde una mirada de entorno laboral saludable y protector, pero también con un acompañamiento más pertinente y que propicie sostenibilidad. Respecto a lo anterior, otras investigaciones ya habían señalado como las condiciones laborales y en específico las formas contractuales de los equipos provocan limitaciones en este tipo de estrategias (Colonia-García, 2016; Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto PROINAPSA - UIS, 2014).

### **Escasez de recursos**

La falta de recursos se encontró en esta investigación como la gran limitación referenciada en todas las escuelas valoradas en esta investigación, esta escasez se ha visto materializada en la dificultad para acceder a material didáctico actualizado que no solo usan las escuelas como tal, sino el mismo equipo técnico

durante el acompañamiento que hacen, también cuestiones logísticas como transporte y refrigerios y por último recursos que permitan la implementación de acciones y recomendaciones en general, respecto a este último aspecto se encontró por ejemplo que en la totalidad de las escuelas se carece de algo tan básico como jabón en los baños, estas carencias del entorno como ya se mencionó, dificultan la apropiación de mensajes ya que no se genera coherencia entre lo que se imparte en el marco de la estrategia y lo que se puede hacer en la vida real.

Para lograr apropiarse recursos para este tipo de estrategias se requiere una mirada a largo plazo, tal vez por eso se encuentra esta limitación, porque cuando se asignan recursos se hace para alguna actividad puntual, en este sentido ya había sido señalado que este tipo de asignaciones tan bajas dificultan que los docentes y personal técnico estén actualizados y tengan los materiales permitidos para su ejercicio (OMS, 1997).

La mirada a corto plazo entonces, es una representación de la comprensión limitada de una estrategia como estas, que se termina traduciendo en limitaciones en cuanto a recursos. En términos generales, se ha venido documentando como la escasez de recursos se convierte en una de las principales barreras en la implementación de esta estrategia, se ha señalado de forma reiterada que han sido insuficientes no solo en la cantidad, sino también cuando se asignan de forma limitada para su uso en acciones específicas en lugar de algo más amplio en el marco de la estrategia, como un enfoque de promoción de la salud de toda la escuela (Ministerio de Salud & Instituto PROINAPSA - UIS, 2014; WHO - Regional Office for the Western Pacific, 2017; WHO & UNESCO, 2021a). Sobre la asignación de recursos de forma limitada se puede señalar que cuando no se logra tener una comprensión amplia de una estrategia como estas en el marco de la promoción de la salud, se suele enmarcar el concepto de escuela saludable a líneas específicas como alimentación saludable, prevención de consumo de sustancias o actividad física entre otras, sobre este particular se profundiza a continuación.

### **Comprensión limitada del concepto de Escuelas Saludables**

En la fundamentación teórica de esta investigación se había mencionado como la predominante perspectiva médico curativa ha promovido la negación por comprender el origen social de la salud y en este sentido la afectación que se genera a iniciativas que busquen trabajar la promoción de la salud en el entorno escolar (OMS, 1997), en Cali no fue la excepción, esta investigación encontró en algunos casos aun una visión fragmentada en la que se sigue asumiendo que el sector educativo es responsable de la promoción del aprendizaje, mientras que el de salud es quien debe promover la salud pero con un énfasis en los servicios de salud. Ya antes se había mencionado respecto a la estrategia en Cali, que si bien existe en términos generales, una coherencia conceptual sobre el concepto de Escuelas Saludables, esta ha sido percibida y ejecutada como una estrategia oferente de servicios de prevención y no como mecanismo articulador de las diversas iniciativas de bienestar para la población escolar desarrolladas en la ciudad (Gutierrez & Gómez, 2007).

Lo anterior como vimos, afecta la implementación de este tipo de iniciativas ya que no se trata de que las escuelas abran las puertas para que entre el sector salud, sino que la estrategia como tal busca articular los distintos elementos que hacen parte integral de la promoción de la salud, en la lógica de los determinantes sociales de la misma.

La resistencia a este tipo de iniciativas también se ha señalado en relación no solo con la necesidad de cambios paradigmáticos, sino porque además se buscan promover cambios comportamentales, incluyendo cambios en el ejercicio de la ciudadanía activa no solo en escolares, sino en la comunidad escolar en pleno. Esta influencia para el empoderamiento y el ejercicio de la ciudadanía ha generado controversia, pero además se ha señalado que son vistos como prioridades secundarias por los tomadores de decisiones (OMS, 1997).

Esta comprensión limitada como vimos anteriormente, se presenta en todos los niveles, desde el punto de vista de quienes toman las decisiones esto puede generar asignaciones de recursos insuficientes pero también deficiencias en el direccionamiento y la articulación, en niveles medios ocurre algo parecido, en este sentido esta investigación encontró como algunos directivos de las escuelas no respaldan este tipo de implementaciones o si se tiene el respaldo, este se expresa hacia algún tema en específico; de hecho sobre este particular es importante resaltar que de forma generalizada en Cali, se percibe por todos los actores que la estrategia se asocia con el tema de alimentación saludable, que aunque como se ha señalado hace parte de este tipo de iniciativas, no es lo único que se pretende con las mismas. En términos generales se ha indicado como un factor de éxito la apropiación adecuada del concepto de Escuelas Saludables y la incorporación de sus preceptos tanto en el discurso como en las prácticas de quienes ejecutan este tipo de iniciativas (McKenzie, Neiger, & Smeltzer, 2013).

### **Baja participación**

Esta investigación encontró que en general la participación de actores se ha venido reduciendo, recordemos que para la estrategia esta tiene una expresión en los grupos gestores que de acuerdo a los resultados de la tipificación, desde el año 2018 ha venido decayendo en clave del trabajo en red de la EES; y que ya anteriormente había sido señalado en cuanto a dificultades en la conformación y operación de estos (Gutierrez & Gómez, 2007). También pudimos observar que en las escuelas de la zona rural la baja participación de familias es mucho mayor, tal vez por la distancia que existe entre los centros escolares y las viviendas, de hecho esto tuvo implicaciones en la conformación de los grupos de discusión de esta investigación.

Sobre la baja participación de familias se puede decir además, que tiene como implicación la debilidad en el ejercicio de complementariedad que se debe dar en el entorno familiar sobre lo que se imparte en el marco de la estrategia, la familia como tal cumple un rol primordial en la educación, esta no sólo debe garantizar a los niños condiciones económicas que hagan posible su desempeño escolar, sino que también

debe prepararlos desde su nacimiento para que puedan participar y aprender activamente en comunidad (Espitia & Montes, 2009).

Respecto a lo anterior se encontró que en Cali, aunque los alumnos participan como beneficiarios directos de las actividades, difícilmente lo hacen en otras etapas de definición de acciones y de seguimiento de las mismas, sobre la implicación de la baja participación de estudiantes en el desarrollo de estas estrategias algunos autores ya habían coincidido en que en ese sentido se afecta la apropiación de mensajes claves desde la pertinencia de las acciones que se implementan (Colonia-García, 2017; De Lellis et al., 2009; Nkamba et al., 2008; Ramos et al., 2013).

La baja participación de actores también afecta de forma sustancial el empoderamiento desde el sentido de pertenencia, respecto a lo anterior en Cali se encontró similitud a lo que ya había dicho la OMS en 1997 en relación con que el sentido de pertenencia y el compromiso hacia estas estrategias, se veía influenciado por acciones como cuando los directores de escuelas transfieren la responsabilidad a los profesores pero sin permitir su participación en la definición de las visiones o planes, también cuando las escuelas en pleno transfieren sus problemas sin solución a las familias pero tampoco se le vincula a estas al desarrollo de la misma (OMS, 1997). En relación con lo anterior, se encontró en esta investigación que buena parte de la participación que se ha promovido es aquella en la que se pretende de alguna manera validar las decisiones que otros han tomado. En el caso de la participación de estudiantes mayoritariamente como usuarios, esto se explica en que estas actividades seguramente son definidas por otros, pero esta cuestión en particular se evidenció también con otros actores como algunos profesores que señalaron que a veces se les consultaba cuando ya se habían delineado algunas cuestiones por parte de las directivas.

Se puede decir que la baja participación se da en dos vías, una que tiene que ver más con que la estructura de la estrategia no propicia o facilita la participación efectiva en los diferentes niveles y otra que se deriva del poco interés de los actores. Precisamente sobre la motivación de la baja participación algunos estudios han mostrado que la dificultad radica en gran medida a falta de tiempo, falta de cultura participativa en la sociedad y poco interés o implicación de los padres en la vida de sus hijos (De Lellis et al., 2009; Nkamba et al., 2008; Ramos et al., 2013). Lo cierto es que el rol de los actores en estrategias como estas es fundamental ya que sitúa a las personas en el centro de procesos que promueven y generan el desarrollo de la comunidad, en este caso promoviendo la construcción de su propia salud (Nuñez et al., 2014).

En el contexto caleño la participación de actores es reducida o por lo menos en etapas y procesos estratégicos como la definición, planeación y evaluación de acciones, en el caso de los estudiantes como veíamos esta se circunscribe a la asistencia en actividades, en el caso de las familias la participación se da más por llamado que por iniciativa salvo la que se da en el marco de los grupos gestores que como vimos se ha venido reduciendo o cambiando en cuanto al énfasis. En este orden, ya se había señalado con

anterioridad que tanto las familias como los alumnos y la comunidad local continúan estando poco involucrados en la planificación y el desarrollo de programas de salud (McKenzie et al., 2013).

La baja participación dificulta que este tipo de estrategias se ajusten y respondan a las realidades locales, tampoco aporta al empoderamiento comunitario. Por consiguiente, estos vacíos realmente dificultan el mejoramiento del estado de salud de los individuos, ya que como se ha mencionado, la participación es una línea operacional clave de la promoción de la salud, que se nutre de la vivencia de la sociedad (Santamera, 2014). Sin embargo, es importante señalar como una oportunidad para mejorar la baja participación, todo lo que ha pasado con la virtualidad desencadenada con la actual pandemia por COVID-19, en especial en el entorno escolar. La evidencia anecdótica en ese caso muestra, como profesores, estudiantes y familias han seguido conectados con la escuela a través de esta herramienta, esto sugiere que las barreras evidenciadas para la participación como dificultad en horarios, desplazamientos y falta de tiempo pudieran superarse de alguna forma si esos canales para participar ahora son virtuales, sobre lo anterior será muy interesante que futuras investigaciones valoren como la virtualidad puede mejorar el ejercicio de participación de actores en este tipo de estrategias.

### **Falta de acompañamiento**

Esta investigación encontró que una de las dificultades mencionadas o identificadas con regularidad es sobre el acompañamiento que hace directamente el equipo técnico de la EES a las escuelas, los actores escolares por ejemplo no solo exigen este acompañamiento en cuanto a mayor frecuencia de las visitas, sino en cuanto a lo que se hace en ellas. En ese sentido se demanda de este grupo que pueda acompañar directa y constantemente acciones orientadas hacia los estudiantes y familias. Lo anterior sugiere que el diseño de la estrategia ha propiciado una especie de dependencia hacia el grupo técnico, quienes terminan siendo las llamadas a ejecutar directamente las actividades que se derivan de la misma. Esto muestra como el sector educativo en este caso, no ha logrado apropiarse totalmente que el propósito de la misma es propender por el bienestar integral de los escolares y la comunidad escolar y en ese sentido debería haber roles y funciones en cada uno de los actores incluyendo de forma protagónica a los profesores, directivos y en general pares del sector educativo.

Anteriormente se señaló el hallazgo del rol de liderazgo y abogacía que ha ejercido la responsable del equipo técnico y la dependencia que pueda generar este rol en la implementación de la estrategia, se mencionó como esta situación ha garantizado la memoria institucional de la EES, pero también se destacó como estas situaciones pueden ser riesgosas en cuanto a la sostenibilidad. En el caso puntual de la falta de acompañamiento se evidencia que, de igual manera, está directamente relacionado al rol del equipo técnico que sin lugar a duda ha facilitado el ejercicio, pero que debe comenzar a apostarle a la generación de capacidades y la transferencia de conocimiento a los actores locales, para garantizar que este tipo de estrategias perduren en el tiempo sin depender más que del empoderamiento social.

### **Ambiente físico e influencia del entorno**

Los resultados de esta investigación mostraron que en cuanto al ambiente físico las problemáticas relevantes tienen que ver con cuestiones de aseo de las áreas, cuestiones de seguridad y estado del mobiliario y de la infraestructura, de hecho, sobre este último se encontró en la caracterización de las escuelas falencias relacionadas con el estado de paredes, pisos, techos, además con deficiencias en cuanto a zonas verdes y zonas para actividad física.

Respecto a lo anterior, ha sido reconocido que el entorno en el cual se desenvuelven los escolares tiene un impacto en ellos y en la generación de competencias, por ejemplo se ha señalado en el caso de la alimentación sana, como los adolescentes necesitan un entorno físico escolar de apoyo que les permita tomar decisiones alimentarias apropiadas que promuevan la salud y el bienestar (Langford et al., 2014; St Leger et al., 2007). Así pues, la información que se entrega en las aulas no es suficiente ya que se necesita acceso a alimentos saludables en el entorno para promover la apropiación de los mensajes desde la toma de decisiones (Gostin, et al., 2017), así mismo en el caso de la actividad física se podría sugerir que se necesitan de los espacios físicos en las escuelas para promover la actividad física de los escolares.

Se sabe que los ambientes físicos al igual que los ambientes psicosociales son fundamentales en la creación de espacios propicios para el aprendizaje. Las escuelas en este sentido deben promover que sus plantas físicas cumplan con requisitos que garanticen la seguridad, que faciliten el aprendizaje y fomenten la salud integral de docentes y estudiantes. Así mismo, la EES debe contribuir al cuidado y la valoración del medio ambiente, ya que con ello se busca construir un entorno natural agradable en la escuela y así facilitar los aprendizajes de los escolares sobre la importancia de un entorno sano no solo para la vida actual sino futura (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2012). Los lineamientos caleños en este sentido han señalado que se debe buscar promover ambientes escolares saludables mediante la identificación y control de factores de riesgos sanitarios del ambiente físico, biológico, del consumo y ocupacionales (Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, 2012).

En cuanto al entorno de las escuelas también se evidenciaron falencias sobre todo en cuestiones de seguridad en las zonas aledañas que se expresan en hurtos, venta y consumo de drogas, disparos, presencia de personas en situación de calle y disposición cerca de las escuelas de basuras y escombros. En relación con lo anterior los nuevos estándares globales para este tipo de estrategias han recordado que la interacción regular con el entorno físico por parte de los estudiantes y la comunidad escolar influye directa e indirectamente en su salud, bienestar y aprendizaje, en primer lugar en el acceso a entornos seguros y en segundo lugar logrando que esos entornos influyan los comportamientos (WHO & UNESCO, 2021b).

En el contexto actual de la pandemia por COVID-19 distintas organizaciones y autores han señalado la importancia del ambiente físico en las escuelas para contener la transmisión, sobre todo en cuanto a

condiciones de ventilación e higiene (CDC, 2021; Martín-Arroyo, 2020; Ministerio de Sanidad & Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2021), cabe recordar que esta investigación evidenció que casi la mitad de las escuelas de Cali presentan fallas en cuanto a su ambiente físico, que buena parte de esos pendientes está relacionado con las condiciones de ventilación y el estado de los baños, no solo en cuanto las condiciones físicas, sino también a la ausencia de jabón. Lo anterior es un hallazgo muy importante ya que se relaciona a lo que termina faltando para que estos entornos salvaguarden la salud no solo de los escolares, sino también la de los profesores, familias y en general la de la comunidad.

### 8.3 SOBRE LAS HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS

En este punto es importante recordar que en cuanto a la Educación para la Salud (EpS) esta no se debe limitar solo a la difusión de información sobre la salud, sino que debe fomentar la motivación, las habilidades y la confianza que se traduzcan en toma de decisiones saludables. La EpS se debe enfocar entonces en el desarrollo de las capacidades de las personas mediante un conjunto de técnicas educativas, motivacionales, de desarrollo de habilidades y de sensibilización (WHO - Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012). Volviendo a las actividades derivadas de las matrices pedagógicas que emanan de la tipificación en Cali y entendiendo el rol de la autonomía escolar, se encontró que de forma predominante las herramientas que se usan en las escuelas son las carteleras, que dicho sea de paso son construidas en algunos casos con la participación de estudiantes, este hallazgo en específico reveló una situación a resaltar y es que algunos actores cuestionan la utilidad de este tipo de materiales pedagógicos en el sentido de que argumentan que la mayoría de estudiantes tienen teléfonos celulares y que los contenidos que se imparten parecen no estar tan actualizados al contexto actual.

Respecto a lo anterior se ha señalado que los recursos de Información, Educación y Comunicación (IEC), que en este caso se evidencian con el uso masivo de carteleras, juegan un rol importante en programas de EpS, ya que este tipo de materiales evocan una imagen mental de los estudiantes, lo que conlleva a propiciar la cooperación y la comunicación efectiva en medio del proceso de enseñanza, facilitando que el entorno de aprendizaje sea más estimulante, motivacional y que de esta forma propicie mayor adherencia de los alumnos durante el proceso de enseñanza-aprendizaje (Halliday, 2020). Sin embargo, otros autores han indicado la importancia de diversificar los métodos y en especial el uso de recursos tecnológicos, por ejemplo, se ha señalado cómo el uso de herramientas como YouTube puede proporcionar información relevante para complementar el contenido de lo que se imparte en el aula, creando algo así como un sentido de comunidad y de esta forma enriqueciendo el entorno de aprendizaje. Así mismo los profesores que usan este tipo de recursos creen que son métodos efectivos de enseñanza para complementar los contenidos de los cursos de EpS en contraposición de las desventajas de la formación tradicional, en síntesis el uso de estas tecnologías en la educación es más efectivo y atractivo para los estudiantes (Burke & Snyder, 2008; Burke, Snyder, & Rager, 2009).

El uso de herramientas pedagógicas innovadoras en la EpS como se referencia en el anterior párrafo también ha mostrado que el estímulo de aprendizaje en clave de redes sociales puede promover y mejorar la interacción entre pares y entre profesores y estudiantes. Otro estudio por ejemplo muestra como todos los participantes, incluidos estudiantes y profesores, expresaron una actitud positiva y más satisfacción en relación con estos recursos innovadores, destacando sobre la pertinencia de la apropiación tecnológica que la mayoría de las personas tienen dispositivos móviles inteligentes que facilitarían estos procesos (Wu, 2014). En este sentido como se mencionó, coincidieron algunas voces en Cali sobre la pertinencia de actualizar los métodos y los contenidos para lograr una mayor receptividad en los escolares, sin embargo sobre eso también es importante resaltar que la escases de recursos con los que cuentan las escuelas en términos generales y en específico la EES, ha hecho que los métodos actuales emerjan de la recursividad en medio de las carencias históricas.

En el contexto actual sería importante valorar como poder potencializar la apropiación del uso de las tecnologías pero sobre todo con igualdad de acceso, si bien se ha mencionado que la mayoría de estudiantes pueden tener acceso a dispositivos tecnológicos, la evidencia anecdótica muestra también que hay aún, un buen número de estudiantes y familias sin acceso a tecnología e internet, en este caso es importante que en el sector educativo y en una estrategia como la de Escuelas Saludables, se puedan apropiar mayores recursos económicos que se traduzcan en este tipo de actualizaciones y mejoras. Este último año y medio fue, sin esperarlo el tiempo de la educación en línea, de esta situación han surgido un cumulo de enseñanzas tanto positivas como negativas, pero sobre todo va dejando la certeza de que es imposible pensar en procesos de enseñanza-aprendizaje sin que se incluya el uso de las tecnologías en el (UNICEF, 2020).

En el contexto caleño y más aún el colombiano, es importante valorar la interacción de la autonomía escolar con la definición de herramientas pedagógicas, si bien debe defenderse esta autonomía, es importante que el Estado pueda facilitar algunas herramientas que puedan ser fácilmente validadas y adaptadas en el contexto local, en este orden, estos ejercicios se deben dar en el marco de la coordinación intersectorial desde el más alto nivel, para así lograr que cuando los lineamientos, en este caso sobre herramientas o recursos pedagógicos puedan ser fácilmente implementados y no se asuma que son derivados de un sector ajeno a donde se debe terminar implementando. En este orden el llamado que hace la OMS y la UNESCO sobre este tipo de estrategias, es precisamente fortalecer la gobernanza a través de la definición y entrega no solo de políticas, sino de recursos que faciliten este tipo de implementaciones, pero de forma especial sobre cómo el currículo escolar debe desencadenar métodos de aprendizaje en el que el conocimiento no solo se memorice, sino que se pueda aplicar (WHO & UNESCO, 2021b).

Lo anterior ha sido señalado en clave de que se debe acelerar la transición a enfoques de aprendizaje activo, en donde los escolares estén más involucrados en el proceso en lugar de asimilar información

pasivamente, en este sentido es importante la reevaluación constante de las herramientas para descubrir e implementar innovaciones y reformas que mejoren el proceso de enseñanza-aprendizaje. Varios países han adoptado e implementado programas de intercambio intercultural con el objetivo de desarrollar habilidades de enseñanza y capacitación, liderazgo y vínculos profesionales entre los educadores en salud (Sadeghi & Heshmati, 2019), en este sentido es importante que la EES en Cali siga fortaleciendo los ejercicios de trabajo en red, ya que los escenarios derivados de este componente se terminan convirtiendo en espacios idóneos para compartir las experiencias de éxito y fracaso no solo de la estrategia como tal, sino que de forma especial también se pueden compartir experiencias en el uso de herramientas pedagógicas en el marco de la autonomía escolar.

#### **8.4 PERCEPCIÓN DE UTILIDAD E IMPACTO EN LA COMUNIDAD ESCOLAR**

Los resultados de esta investigación mostraron desde distintas voces que en cuanto a la utilidad de esta estrategia la mayoría de los beneficios se relacionan con la adopción de hábitos y estilos de vida saludables asociados a la higiene, tanto desde el énfasis en lavado de manos como el de higiene bucal, a cuestiones sobre la alimentación saludable, la convivencia, el manejo de residuos y el cuidado tanto del cuerpo como del medio ambiente. También se resaltó que los beneficios de esta estrategia trascienden el entorno escolar ya que se evidencia que los hábitos apropiados se llevan al entorno familiar y de alguna manera esta vehiculización de mensajes puede ser de utilidad a los actores con los que el escolar interactúa al interior de sus hogares. Al interior de las escuelas los mensajes apropiados por los estudiantes sirven también como poderosos recordatorios sobre la salud a quienes le imparten la educación.

Sobre la percepción hacia sus escuelas se encontró que desde la voz de los estudiantes se le da gran valor a lo concerniente con los espacios verdes, espacios de recreación y de forma especial a sus profesores, por otro lado, desde el punto de vista de los padres de familia pero también de profesores, se reconoce a la escuela como un espacio seguro, esto coincide con lo planteado anteriormente respecto a que el entorno escolar en el contexto colombiano, puede ser un entorno más protector ante los riesgos que pueden correr los estudiantes en otros entornos. Así mismo se ha señalado cómo la implementación de la estrategia ha incentivado mejoras incrementales en el ambiente físico y también cómo se ha ampliado el entendimiento de la salud en los actores institucionales, en este sentido una evaluación previa de la EES había coincido en que había una mayor coherencia conceptual con los preceptos de estas estrategias tanto en los funcionarios del sector salud responsables de coordinarla como en los informantes de las sedes educativas (Gutierrez & Gómez, 2007).

En general se encontró que la percepción sobre el impacto de esta estrategia es positiva ya que no actúa de forma exclusiva en el presente, sino que permite dejar un legado tanto en la institucionalidad como en

las personas que trasciende en el tiempo. En cuanto a la salud física, esta investigación encontró que pese a que de acuerdo a las competencias en salud en el país, en esta intervienen actores externos como las entidades aseguradoras con sus redes de servicios de salud, el Estado en el nivel municipal presta servicios de salud colectivos a través de la red de hospitales públicos, como por ejemplo la vacunación y la EES de forma específica presta servicios de educación en salud y desparasitación, además del ejercicio que constantemente hacen las profesionales del equipo técnico en la identificación y gestión de casos que requieran atención.

En este sentido se puede señalar que la EES de forma incipiente ha prestado y promovido la entrega de paquetes de servicios básicos, cuestión que no solo había sido señalada anteriormente como indicativa de una mejor salud física y mental auto percibida, sino que esta cercanía cumple una función fundamental en el diagnóstico y detección temprana de enfermedades, así como en la canalización a otros niveles de atención (Lee et al., 2019; Resnick et al., 1993), así mismo los nuevos estándares globales sobre estrategias de Escuelas Saludables han señalado que los servicios de salud que se presten al interior de las escuelas o los programas de salud con enfoque escolar son primordiales para garantizar que se dé respuesta a las necesidades en salud de este grupo poblacional (WHO & UNESCO, 2021b, 2021c).

Otro aspecto a destacar es que en la mayoría de las escuelas valoradas en esta investigación se ha consolidado el concepto de alimentación saludable, los estudiantes refirieron conocer que alimentos son saludables y cuáles no, sin embargo, la investigación no pudo constatar si estos conocimientos se llevan a cabalidad en la práctica y por el contrario se encontraron circunstancias que dificultan la apropiación de estos elementos de EpS. Párrafos atrás se señaló, por ejemplo, que se evidenció venta de alimentos ultra procesados en las tiendas escolares y en las ventas ambulantes circundantes a las instituciones, así mismo se señaló cómo los alimentos que se entregan por medio del Programa de Alimentación Saludable muchas veces no son de la mejor calidad o por lo menos no para cumplir los preceptos de una alimentación balanceada. En este orden, sobre los resultados en cuanto a la alimentación saludable la evidencia ha señalado que este tipo de impactos se presentan desde el desarrollo de estructuras que promuevan estas cuestiones, hasta las acciones prácticas sobre el consumo, que terminan derivando en mejora de las prácticas nutricionales de los escolares (Ayuso-Margañón, 2018).

Sin embargo, en el caso del consumo de frutas y verduras algunos autores han señalado que los resultados de estrategias de promoción de salud en el entorno escolar, no han sido del todo prometedores, ya que no se evidencian aumentos considerables en el consumo de este tipo de alimentos (Howerton et al., 2007; Langford et al., 2015), estos resultados poco alentadores pueden explicarse en que en términos prácticos los escolares consumen la mayor parte de los alimentos diarios por fuera del entorno escolar y en ese orden, estos otros entornos terminan influyendo de forma estructural en las conductas de los mismos. De lo anterior se deriva la importancia de la complementariedad con el entorno familiar y comunitario para la efectiva apropiación de estos elementos de la EpS.

Respecto a lo anterior, la Encuesta Nacional de Salud Escolar de Colombia mostró que Cali es la ciudad con mayor prevalencia de consumo de frutas y verduras en escolares pero igual solo se llega al 14%, esto en el contexto de un país productor de este tipo de alimentos es bastante llamativo y aunque no es posible comprobarlo con esta investigación, la explicación a ello podría ser la baja capacidad económica, la educación nutricional y la misma cultura alimentaria (MinSalud, 2020), precisamente sobre esta última, se encontró en la misma encuesta que en el contexto caleño, el 80,6% de los escolares consumen alimentos de paquetes, el 48,% consumen fritos más de una vez al día, el 44,5% consumen comidas rápidas 1 o 2 días a la semana. Como se señaló, esta investigación encontró que en términos de EpS la estrategia aporta elementos importantes para la formación de escolares en cuanto a la alimentación saludable, pero el contexto puede ser más fuerte y terminar impactando de forma contundente las decisiones y los estilos de vida de esta población.

Otro elemento que se resalta en clave de la utilidad de esta estrategia es lo concerniente a los aportes en convivencia, como se mencionó anteriormente en la mayoría de las escuelas valoradas se referenciaron problemas asociados a peleas e insultos entre escolares, así mismo se identificó como en el marco de la EES se han definido y/o potencializado acciones o mecanismos para resolver los conflictos que no solo fueron informados por los profesores, sino que fueron verificados en la voz de los estudiantes en cuanto a sus comportamientos. De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud Escolar, en Cali se reportó que el 18,3% de los escolares ha sido víctima de una agresión en la escuela en los últimos 12 meses, mientras que el 25,1% refirió haber participado de una pelea en el mismo periodo de tiempo (MinSalud, 2020). La misma encuesta mostró como el 14,8% de los escolares en Cali han sido intimidados al menos un día en el último mes, el 6,7% ha sido rechazado al menos un día en el mismo periodo de tiempo y el 41% ha sido agredido de forma verbal al menos una vez en el último mes. En el anterior contexto cualquier acción que se implemente al interior de las escuelas va a generar un impacto positivo, cabe señalar que la EES como tal no tiene un componente de ambiente psicosocial como se ha indicado en los lineamientos nacionales e internacionales, de hecho, se señaló anteriormente que en la adaptación caleña las acciones que de derivan de la línea de ambientes escolares saludables están más orientadas a las cuestiones del ambiente físico.

Lo anterior se complementa con que a nivel de seguimiento vimos que los datos de la tipificación no entregan mucha información de aspectos relacionados con el ambiente psicosocial y que para efectos de esta investigación se complementó analizando la información de los diarios de campo implementados en el 2019, fue precisamente esta información la que permitió constatar que los temas de convivencia son prioritarios en el marco de la EES, no solo por el contexto de necesidades, sino porque se encontró que las escuelas han estado implementado acciones sobre este tema que se han derivado de otras herramientas como el mismo Sistema de Convivencia Escolar del país. Sería muy interesante que la estrategia caleña pudiera hacer una revisión de sus líneas de acción y poder dejar explícito una ruta de acción frente a todo lo concerniente al ambiente psicosocial, así como a la medición desde la tipificación.

Es importante que la estrategia de Escuelas Saludables de Cali pueda actualizarse sobre este aspecto entre otros, porque es claro que los problemas de convivencia y salud mental traen consigo otras tantas afectaciones como problemas de concentración, bajo rendimiento escolar, afectaciones en integración y deserción escolar (Cavioni, Grazzani, & Ornaghi, 2020; DeSocio & Hootman, 2004; Ornaghi, Pepe, & Grazzani, 2016; Tempelaar et al., 2014; Thorlacius & Gudmundsson, 2019). En cuanto a salud mental vimos cómo la estrategia la aborda de forma predominante en lo que respecta a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, esto también tiene sentido en el contexto colombiano y caleño, dado que el 15,9% de los escolares en Colombia declararon haber consumido alguna sustancia en el transcurso de su vida (MinJusticia et al., 2016), en el caso de Cali el 9,6% han reportado haber consumido antes de los 14 años de edad y el 7,2% después de los 14 (MinSalud, 2020).

El hecho de que la EES aborde desde la salud mental la prevención de consumo de drogas en etapas tempranas es muy importante ya que como se ha señalado en la evidencia, la iniciación temprana se relaciona estrechamente con problemas de consumo posterior (IUHPE, 2000), lo cual hace que las intervenciones tempranas sean muy efectivas para mitigar el riesgo a la exposición de estas sustancias e incluso a retrasar el primer contacto de los escolares con las mismas (Dwyer et al., 1983). En cuanto a la efectividad de prevenir el consumo de estas sustancias, la evidencia también ha señalado que el conocimiento que se adquiere por parte de escolares en espacios formativos no interactivos es menos efectivo de si se hace con dinámicas interactivas (Langford et al., 2015), también se ha resaltado que se debe involucrar a la familia y la comunidad así como a los que toman decisiones con el fin de poder construir sistemas de atención integral en el que las diferentes acciones se complementen de acuerdo a los entornos (Dwyer et al., 1983), así mismo se ha indicado que en las escuelas donde hay un mayor rendimiento académico y menos abstención se presentan tasas más bajas de consumo (Cefai et al., 2018), esto último es importante analizarlo en clave de los círculos virtuosos en razón a que entre mayor sea el bienestar que se logre en el entorno escolar, mayor será el rendimiento y por ende menor será la afectación por exposición a riesgos como los relacionados al consumo de drogas.

En términos generales esta investigación encontró que en las escuelas evaluadas se han estado entregando insumos de EpS en el marco de la EES, sobre su apropiación en términos de competencias lo que se puede identificar es sobre lo relatado por los estudiantes, como se mencionó anteriormente, la mayoría de los hábitos saludables referidos tiene que ver con la alimentación saludable, la convivencia y la higiene en general, precisamente sobre este último aspecto es importante señalar que en un contexto como el colombiano fomentar estos hábitos es fundamental ante las condiciones socioeconómicas del país en donde según el Departamento Estadístico Nacional, el 42,5% de los colombianos viven en condiciones de pobreza (La República, 2021), ya que como se ha señalado los niños que viven en países en vía de desarrollo como el caso de Colombia sufren una gran carga de enfermedades prevenibles y en ese sentido las falencias en cuanto a la higiene son un factor determinante común. Así pues, las enfermedades diarreicas ocupan las principales causas de enfermedad en escolares, generando como consecuencia

además de la afectación física la afectación en términos del desempeño escolar (Duijster et al., 2020; Walker & Black, 2010).

Respecto a lo anterior que en la EES se haga tanto énfasis sobre la higiene de manos es importante ya que este hábito se ha considerado como una de las intervenciones más costo eficientes en la historia de la salud pública y se relaciona con una reducción de casi el 30% en la incidencia de enfermedades diarreicas y un 21% en infecciones respiratorias (Aiello, Coulborn, Perez, & Larson, 2008; Curtis, Danquah, & Aunger, 2009), esto en el contexto actual de una pandemia por un virus respiratorio es trascendental ya que son precisamente este tipo de conductas las que pueden protegernos de la afectación de este tipo de patógenos. Sin embargo, la barrera sobre la apropiación de este tipo de conductas se señaló anteriormente y tiene que ver con la escasez de recursos que se materializa en condiciones precarias del entorno como la carencia de jabón y el mal estado de baños.

Otro aspecto que se destaca de los resultados de esta investigación es en relación con la higiene oral, esto también es importante ya que como se ha señalado, la caries dental es la enfermedad infantil más prevalente en todo el mundo y tiene un impacto grave en la constitución corporal y en la calidad de vida de los niños derivado de infecciones, dolor, trastornos del sueño y malestar, en ese sentido se ha señalado también que los hábitos de higiene oral como el cepillado se asocia con una reducción de hasta el 24% en la presencia de esta enfermedad (Duijster et al., 2020; Walker & Black, 2010).

**PARTE V. CONCLUSIONES, PROPUESTAS DE  
MEJORA, LIMITACIONES Y NUEVAS LINEAS DE  
INVESTIGACIÓN**

## **CAPÍTULO 9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA**

En este apartado se presentan las conclusiones y propuestas de mejora de esta investigación. Se han estructurado en relación con los dos objetivos generales planteados para aportar conocimiento sobre el proceso de implementación y los elementos del contexto que han facilitado y obstaculizado la EES, así como el impacto de beneficio percibido por varios actores. El reconocimiento de estos detalles debe permitir a la administración pública local gestionar aquellos que desde sus competencias puedan hacer y lograr así mejoras incrementales de esta iniciativa, que como se sabe trasciende al sector salud y produce efectos en el bienestar general de los estudiantes y de la comunidad, en ese sentido cualquier oportunidad de mejora que se señale, aportará al mejoramiento de la calidad de vida la comunidad.

## **9.1 OBJ. GENERAL NO. 1: CONOCER EL ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DE ESCUELAS SALUDABLES EN CALI**

Los resultados de esta investigación permitieron solucionar este primer objetivo, en primera medida se logró rastrear el proceso mediante el cual se interpretaron en Cali los lineamientos nacionales y como se ha dado el proceso de implementación, en este sentido se pudo conocer con detalle sobre las adaptaciones conceptuales que se le ha dado en el contexto caleño. Por otro lado se identificó como se ha dado la institucionalización de la estrategia, pero esta vez al interior de las escuelas, en este sentido se encontró que esto se ha logrado mediante los procesos de armonización con los Proyectos Educativos Institucionales y los Proyectos Transversales, de este modo se pudo resolver el tercer objetivo específico, por último la información analizada derivada del proceso de tipificación y los diarios de campo permitieron resolver el último de los objetivos relacionados a la caracterización de las escuelas.

En relación con los objetivos específicos de detallar en que medida se han implementado los lineamientos nacionales y el de describir las adaptaciones locales, esta investigación permitió concluir lo siguiente:

La versión caleña de la estrategia se organiza en cinco componentes, tres específicos y dos transversales, sin embargo los componentes de políticas saludables y el del ambiente psicosocial no se mencionan en esta adaptación pese a que se encontraron acciones derivadas de estos en la práctica. En el caso de la adaptación colombiana de lineamientos, esta adaptó los seis pilares sugeridos a nivel internacional y los presentó en cinco, la única diferencia que se evidenció es que la versión colombiana presenta los dos pilares de ambiente físico y psicosocial en uno solo llamado ambientes escolares saludables, lo anterior también se encontró en Cali. Entre los componentes transversales de Cali se introdujo una línea de monitoreo que no se había señalado en los lineamientos nacionales iniciales del 2006 pero que se incorporó en una revisión hecha en el 2018, esta línea específica ha permitido instrumentalizar en la ciudad todo lo relacionado al ejercicio de la tipificación.

Se puede señalar que la estrategia en Cali se ha basado en los lineamientos nacionales, construyendo así una intervención que se ha implementado durante más de 20 años con el propósito de generar entornos escolares saludables y seguros para los escolares. Durante todos estos años la EES ha tenido un proceso de apertura muy similar al que ocurrió en el mundo, ya que al inicio de esta había un mayor énfasis hacia servicios de salud y hoy se evidencia que se trabaja más en acciones de promoción de hábitos saludables y la integración con el entorno. También se encontró que hay mayor receptividad y coherencia conceptual por los actores del sector salud, en especial del equipo técnico de la estrategia y su líder, no se encontró por el contrario lo mismo por parte de la referente del sector educativo, lo anterior es signo de la desarticulación no solo conceptual, sino operativa que existen entre los dos sectores.

Respecto al objetivo de identificar los documentos de centro que han permitido la institucionalización, esta investigación permitió concluir lo siguiente:

En cuanto a la institucionalización de la EES al interior de las escuelas se encontró que el instrumento protagónico es el Proyecto Educativo Institucional (PEI) que todas deben tener, estos al ser la carta de navegación de las escuelas son por naturaleza el vehículo por medio del cual se puede y debe materializar la estrategia sobre todo en lo relacionado al currículo saludable, sin embargo en el contexto colombiano la autonomía escolar hace que estos documentos no sean homogéneos y que cada institución decida el énfasis que quiere dar a sus proyectos escolares, en este sentido por más que la estrategia a nivel local quisiera incidir mucho más en los PEI, la respuesta queda supeditada a la voluntad de las instituciones.

En los PEI de las escuelas de Cali se han incorporado temas específicos derivados de la EES, sin embargo, esta investigación encontró que esto no se ha logrado de forma contundente ni sistemática porque desde el nivel nacional no hay una hoja de ruta operativa clara para lograr estas incorporaciones, estos instrumentos no son fácilmente actualizables, en muchos casos se asemejan más a documentos académicos que a herramientas operativas, mucho de lo planteado se da en términos filosóficos en cuanto a los modelos educativos, pero carecen de un nivel de detalle que permita plantear acciones más claras.

Los PEI son instrumentos generales, casi que, como arterias principales, de ellos se derivan los planes de aula que vendrían siendo capilares sanguíneos que materializan la irrigación, estos ejercicios de micro planeación son importantes ya que en ellos la EES incide de forma más protagónica, logrando así dejar señalado acciones más puntuales a desarrollar y materializando la irrigación en este sentido sobre la Educación para la Salud. Por último algo a destacar es que en los PEI no se evidencia con contundencia la voz de diferentes actores pese a que desde su concepción son instrumentos que deben contar con la participación de la comunidad escolar

Respecto al objetivo de caracterizar las Escuelas Saludables se concluye que:

El proceso de implementación ha venido madurando en el tiempo desde el inicio de esta en el 2006, así pues, el porcentaje de escuelas en un nivel superior ha aumentado a medida que la estrategia madura, sin embargo, estos resultados decayeron desde el 2018, esta caída está fuertemente relacionada a los resultados del componente de trabajo en red. En ese sentido se encontró que la participación de actores se ha visto afectada en los últimos años, sobre todo respecto a la funcionalidad de los grupos gestores, ya sea porque se han venido reuniendo con menor frecuencia o de forma especial porque se encontró que estos grupos han venido motivándose a participar mucho más en cuestiones relacionadas al Plan de Alimentación Escolar y se ha desplazado su interés por la EES como tal.

En cuanto a las competencias en salud, la EES sigue los preceptos de los lineamientos nacionales en el sentido de establecer las herramientas para generar competencias, pero estas no se logran medir o monitorear, esto quiere decir que la estrategia como tal no incluye ningún elemento que permita medir la eficacia de la educación en salud en los escolares. Respecto a los servicios de salud, la estrategia solo presta servicios directos de desparasitación y servicios complementarios de educación en salud, el resto de servicios en el contexto del Sistema de Salud colombiano son prestados directamente por las instituciones a las cuales cada escolar está adscrito para tal fin, así mismo se encontró que los hospitales públicos prestan algunos servicios en el entorno escolar de lo que en el Sistema de Salud se conoce como intervenciones colectivas. Un aspecto relevante para resaltar es sobre el monitoreo que se hace sobre el aseguramiento de los escolares, haciendo que cada vez que se detecta alguna inconsistencia se hace la debida notificación tanto a profesores como a las familias.

En relación con los ambientes escolares, la EES lo desarrolla en un componente único que está mucho más influido hacia la infraestructura física y el medio ambiente, en este sentido casi la mitad de las escuelas de Cali presentan falencias sobre todo respecto el estado de los baños, la ventilación, la iluminación y la suficiencia de espacios verdes y/o espacios para la actividad física y la recreación. Sobre los ambientes las escuelas tienen espacios óptimos respecto a tiendas y restaurantes escolares pero los alimentos que se venden no son lo más saludables, estas afectan la armonización entre lo que se imparte en el marco de la EES y lo que el entorno propicia. Respecto al ambiente psico social en la mayoría de las escuelas se implementan acciones para el mejoramiento de la convivencia y en el marco de la salud mental se adelantan acciones orientadas sobre todo a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Sobre la participación y los vínculos hay una disminución que se está dando en el marco de los grupos gestores, ya sea por problemas en la conformación, en cuestiones logísticas de sus encuentros o por el cambio de énfasis que han tenido, en este orden, en la mayoría de las escuelas hay grupos conformado, pero no necesariamente funcional en lo que respecta a la EES, estos se han ido inclinando a trabajar en torno a la alimentación escolar, que, pese a que hace parte de los preceptos de las estrategias de Escuelas Saludables, en este caso se deriva de otro proceso. Otro aspecto relacionado a la participación en el marco del trabajo en red es sobre las actividades programadas en los nodos por comuna, esta ha disminuido porque ante la falta de agenda no se le ve utilidad y respecto a la Mesa de Educación y Salud, aunque es un espacio creado para la toma de decisiones se ha vuelto más operativo porque los que deciden difícilmente participan.

#### **Recomendaciones y propuestas de mejora en relación con el primer objetivo general:**

- Ya que se presentaron al mundo unos nuevos estándares globales para estas estrategias en el año 2021, sería ideal que los lineamientos colombianos puedan revisarse y adaptarse rápidamente no solo para poder responder al énfasis de gobernanza que se está planteando en esta actualización, sino

también para aprovechar y definir herramientas que permitan articular a los dos sectores y que en especial el sector educativo se convenza de que estas iniciativas producen beneficios integrales y no se perciban estas como una carga adicional.

- Es urgente que los lineamientos nacionales sean actualizados y de esta forma se logre la armonización entre los sectores de salud y educación, sobre todo respecto al equilibrio entre la autonomía escolar y una estructura orientativa de la estrategia que permita incidir en los Proyectos Educativos Institucionales de una forma más concreta, pero también es importante que esta actualización incida en la determinación y asignación de recursos –financieros y humanos– específicos para este tipo de estrategias en todos los niveles.
- Por lo pronto y entendiéndose que los procesos nacionales de actualización pueden ser más demorados, los lineamientos en Cali se deben actualizar en una hoja de ruta conjunta que trascienda los periodos de gobierno, la revisión conjunta –entre salud y educación– de la cartilla de Escuelas Saludables es una excusa fundamental ya que este instrumento hoy está desactualizado pero en contraste se encontró que sigue siendo referenciado en el proceso de implementación, una actualización de este a la luz de los nuevos estándares podría impulsar en este momento un proceso de reflexión conjunta que se materialice en acciones de articulación concretas.
- En la revisión de la estructura de la estrategia en la ciudad se puede incorporar rápidamente una línea de trabajo sobre políticas escolares saludables, este asunto permitiría articular en el entorno escolar la oferta de un sinnúmero de políticas de todos los niveles que llegaran a ejecutar acciones a este, otro impacto positivo es que al dejar explícito una línea de trabajo de políticas propiciaría el empoderamiento de la comunidad escolar ya que tendría sentido su participación en la definición de acciones más estructurales y no quedarían circunscritos a un rol de beneficiarios pasivos de las cuestiones planteadas por actores externos.
- Junto con las actualizaciones de los lineamientos, se le debe hacer una reingeniería al proceso de construcción de los PEI tanto a nivel nacional como local, el proceso de construcción de estos debe partir por entender las dificultades respecto a la participación y buscar facilitar la misma a fin de que los diferentes actores de la comunidad escolar sientan estos instrumentos como propios, un proceso de revisión de estos instrumentos debe partir de respetar la autonomía escolar, pero planteando algunas líneas generales que se deban abordar en estos y que les apuesten a preceptos del desarrollo integral como en este caso es la Educación para la Salud. Este nivel de detalle facilitaría que en las escuelas tengan una hoja de ruta mucho más clara y específica y no quedaría sujeto a la interpretación institucional ni personal.
- En el contexto actual de la pandemia hay un ambiente que facilitaría dar las discusiones necesarias sobre estos instrumentos, en general hay un llamado generalizado a que los niños vuelvan a las escuelas, pues como sociedad se entiende lo delicado de suspender la educación con relación al capital social, sin embargo, la discusión sería mucho más productiva si nos detenemos un momento, no a pensar que los estudiantes deben regresar, sino a pensar a que escuelas es que van a regresar. El

afán de esta pandemia por el regreso a las escuelas no nos puede hacer normalizar como sociedad las falencias que se han identificado sistemáticamente y que en esta investigación se corroboró.

- Dicho lo anterior es importante respaldar el regreso de los estudiantes, tal vez estos no vuelven con las falencias estructurales solucionadas dada la premura, pero si deben volver con planes de acción muchos más claros para hacer las debidas correcciones, entre ellas revisar la pertinencia social de los preceptos que se señalan en los PEI y aprovechar esta coyuntura para llamar a la comunidad escolar a participar en la definición de lo que sería la Escuela Saludable en la postpandemia.
- Ante la reducción de la participación de los grupos gestores en lo concerniente a la EES y a su vez el interés de estos en todo lo relacionado con el Programa de Alimentación Escolar es importante propiciar en el nivel local que se plantee una hoja de ruta más clara para articular el PAE con la EES.
- Ya que se identificó que en cuanto a competencias en salud la EES busca es promover herramientas, pero no mide el impacto de estas en la comunidad escolar, es importante que se introduzca en su ejercicio de seguimiento, el monitoreo sobre las competencias que se generan en los diferentes actores de la comunidad escolar, pero en especial el de los estudiantes, de hecho, el actual proceso por el que se recoge información para la tipificación no considera darles voz a los estudiantes.
- Es urgente que se puedan revisar rápidamente las condiciones de ventilación de las escuelas, en la actual coyuntura de una pandemia por un virus que tiene una alta transmisibilidad por vía aérea esto es supremamente importante para que los escolares puedan regresar de forma segura a las aulas.
- Es muy importante que las escuelas, la administración local y el Estado puedan poner en marcha intervenciones que puedan mejorar los entornos físicos de las escuelas, ya que las condiciones óptimas de estos acompañan la apropiación de mensajes y la generación de competencias saludables, por ejemplo, en relación con la alimentación saludable, que en un entorno se venda o se entreguen alimentos que no lo sean dificulta la materialización de una educación en salud. Es necesario que en Colombia y los contextos locales haya mucha más determinación para contener la entrega/venta de alimentos no saludables en las instalaciones escolares.
- Es ideal que la EES pueda revisar rápidamente su estructura para crear una línea específica que aborde todo lo relacionado al ambiente psicosocial de forma estructural y con la participación de la comunidad, en especial el de las familias, en el contexto colombiano trabajar este tipo de entorno con el énfasis de convivencia y prevención del consumo es muy relevante tanto por los altos índices de violencia como por lo concerniente al consumo de drogas.
- En relación con lo anterior se debe incorporar en el ejercicio de seguimiento, la monitorización de cuestiones relacionadas al ambiente psicosocial, así como se complementó en el año 2019 con los diarios de campo, ya que en el proceso de tipificación solo se valora con vehemencia todo lo relacionado a las condiciones físicas del entorno.

## **9.2 OBJ. GENERAL NO. 2: EVALUAR EL PROCESO DE DESARROLLO DE ESCUELAS SALUDABLES DESDE LA PERSPECTIVA DE DIFERENTES ACTORES EN CALI**

Para resolver este objetivo esta investigación permitió en primera medida identificar qué elementos han facilitado y dificultado el proceso de desarrollo y en especial todo lo relacionado a la participación de actores, de esta forma se dio respuesta a los primeros tres objetivos específicos. Por otro lado, se identificaron las herramientas pedagógicas y materiales didácticos que se han desarrollado en el marco de esta estrategia teniendo en cuenta la autonomía escolar, de este modo se pudo resolver el cuarto objetivo específico, por último, esta investigación permitió identificar la percepción de diferentes actores sobre los beneficios o utilidad de la EES y con esto se resolvió el último de los objetivos específicos.

En relación con el objetivo específico de determinar los elementos que han facilitado el proceso de desarrollo de la estrategia de Escuelas Saludables esta investigación permitió concluir lo siguiente:

Los elementos identificados que han facilitado esta estrategia en el contexto caleño son siete: voluntad política, procesos formativos, participación de actores, incorporación de temas de la EES en los PEI, trabajo en red, tipificación y por último el personal técnico comprometido. Respecto al personal técnico, el rol de los profesores es muy relevante por considerarse transmisores de mensajes y referentes positivos, en el contexto de este tipo de estrategias los profesores son unos agentes más de la salud, otro de los actores de este personal comprometido son todas las técnicas del grupo de la EES, el acompañamiento que hacen es fundamental, las escuelas demandan su compañía de forma permanente, en el marco de este equipo se destaca el rol de la líder, su trabajo es invaluable desde el ejercicio de la abogacía ininterrumpida y la memoria institucional.

La voluntad política tiene una fuerte relación con el ejercicio de abogacía que ha hecho la líder del equipo, en ese mismo orden no se podría concluir que la voluntad sea solo producto de esta incidencia porque en esta investigación no se incorporó la voz de ningún tomador de decisión actual o pasado, para esta investigación se entendió como voluntad política el respaldo de aquellos que tienen el poder de tomar decisiones. En este sentido la postura de los que toman las decisiones en la voz de quienes fueron consultados ha sido variable, en la mayoría de oportunidades han respaldado las acciones de esta estrategia, sin embargo esa voluntad reflejada en el discurso no se complementa siempre con los recursos que se asignan, en otras oportunidades aunque no ha habido respaldo tampoco se ha generado una posición adversa.

Las actualizaciones formativas se dan mayoritariamente hacia profesores y familias. En el caso de los profesores la EES entrega valiosos aportes en el marco de las capacitaciones colectivas en los nodos por comuna y espacios de ciudad y de forma individual en el acompañamiento técnico. En cuanto a

la participación, esta se da por parte de cuatro tipos de actores: los profesores, los estudiantes, las familias y los aliados externos. La participación de profesores se da sobre todo en los procesos formativos, las familias participan más por llamado que por iniciativa pese a que la EES como tal tiene la estructura de los grupos gestores, los estudiantes participan mayoritariamente como beneficiarios de las actividades y en cuanto a los actores externos participan en gran medida otras dependencias o sectores de la administración pública, así como la red de hospitales públicos de la ciudad. La participación de las familias tiene un efecto doble, por un lado, se entrega a los padres una serie de elementos que sirven para complementar en el hogar lo que se imparte en el aula y por otro lado se hace educación en salud de forma directa en este grupo poblacional.

Los PEI y sus derivados como los Proyectos Transversales y los planes de aula son como unos caballos de Troya con los cuales se puede incidir de forma sostenible para que en la dinámica escolar se integren los preceptos de una estrategia como estas, aunque estos instrumentos varían de escuela a escuela por la autonomía escolar, en todos se mencionan aspectos relacionados a la salud y el bienestar.

En el componentes del trabajo en red se desarrolla todo lo relacionado al empoderamiento y los vínculos comunitarios, esto inicia desde la escuela con los grupos gestores, en un nivel intermedio están los nodos por comuna y en un anillo externo los espacios de ciudad. Los grupos gestores y nodos por comuna son instancias fundamentales en el diseño de esta estrategia, el propósito de los grupos es propiciar la participación y el de los nodos generar espacios de intercambio de conocimientos y formación continua.

Por último, la tipificación como un ejercicio de monitoreo constante ha aportado al mejoramiento continuo de la estrategia desde la reflexión colectiva de los resultados, tiene un momento cumbre que es cuando los resultados de esta nutren las matrices pedagógicas de las escuelas y en este sentido se propician los ajustes que se derivan de los resultados del seguimiento

En relación con el objetivo específico de determinar los elementos que han dificultado el proceso de desarrollo de la estrategia de Escuelas Saludables esta investigación permitió concluir lo siguiente:

Son ocho los elementos que han dificultado esta estrategia en el contexto caleño: fallas inter e intersectoriales, comprensión limitada del concepto de ES, condiciones laborales, escasez de recursos, falta de acompañamiento, deficiencias del entorno y baja participación.

Siguen evidenciándose fraccionamientos en gran parte derivados de la comprensión limitada de este tipo de iniciativas, pese a que se ha señalado ampliamente que este tipo de estrategias no son la tarea solo del sector salud. La comprensión limitada de esta estrategia no solo se traduce en una serie de

intervenciones desarticuladas entre actores de diferentes sectores, sino incluso entre áreas del mismo sector salud que no se articulan con la EES y llegan al entorno escolar a su ritmo y bajo sus condiciones. Esta desarticulación *per se* es una gran barrera en este tipo de estrategias, pues rompe el principio de la eficiencia, pero también de forma estructural produce la fatiga del sector educativo como receptor, pues primero atienden la demanda de las innumerables acciones sectoriales e intersectoriales y segundo lo reciben como tareas “adicionales” a su que hacer.

El sector educativo ha estado poco involucrado en el desarrollo de esta estrategia, en gran medida por la primacía que se ha tenido desde el sector salud en su implementación, aunque se reconoce el liderazgo de salud, parece que se sigue pensando que es una cuestión que solo le compete a él. Esta comprensión se deriva en gran medida de la perspectiva medico curativa que ha promovido la negación por comprender a la salud como un resultado social, en Cali esto se materializa en que aun hoy algunos actores siguen defendiendo la idea de que el sector educativo está encargado de la promoción del aprendizaje, mientras desde el sector salud se responsabiliza de la promoción de la salud. Esta comprensión limitada se expresa en todos los niveles y tiene sus implicaciones, desde quienes toman las decisiones ya que se generan asignaciones de recursos insuficientes, pero también deficiencias en el direccionamiento y la articulación, en niveles medios porque o no se respaldan o si se hace es sobre algún tema fraccionado.

Las prácticas administrativas derivadas de decisiones políticas han promovido estilos contractuales que no generan bienestar en el equipo técnico en cuanto a las condiciones laborales, esto no solo afecta la memoria institucional e impiden el acompañamiento constante a las escuelas, sino que produce un ambiente laboral que no genera estímulos. El fraccionamiento contractual que se ha generado hace que muchas veces las profesionales no estén contratadas al inicio de los años que es cuando se dan los procesos de micro planeación en las escuelas, en este sentido se pierden oportunidades únicas de incidir en esta etapa de definiciones.

La escasez de recursos financieros se señaló constantemente en esta investigación, esta se refleja en la dificultad para acceder a materiales didácticos actualizados, dificultades en cuestiones logísticas como transporte y alimentación y en general acceso oportuno y suficiente a recursos que faciliten la implementación. Por ejemplo en la totalidad de las escuelas carecen de un elemento básico como es el jabón, esta carencia es algo que se ha venido normalizando, pero se ha hecho mucho más evidente en la actualidad en cuanto a las recomendaciones de lavado de manos para prevenir los contagios del virus que produce el COVID. En relación con el recurso humano y en especial al grupo técnico, las escuelas y sus actores constantemente demandan más presencia de él, no solo en términos de frecuencia, sino en cuanto a las acciones que se ejecutan, esto muestra como la EES ha generado una especie de dependencia que se percibe desde las escuelas como falta de acompañamiento.

En las escuelas se detectaron problemáticas relacionadas al ambiente físico y la influencia del entorno, la mayoría de ellas tienen que ver con cuestiones de aseo de las áreas, cuestiones de seguridad, estado del mobiliario y de la infraestructura y falencias en cuanto a zonas verdes o de actividad física. Sobre las necesidades en cuanto a infraestructura se destacan cuestiones de ventilación, iluminación y estado de los baños, así mismo se señaló la influencia del entorno en el cual están ubicadas las mismas, los problemas más comunes son la violencia, los hurtos, el consumo de drogas y las basuras.

Por último, la baja participación no se evidencia solo en cuanto a frecuencia sino a la pertinencia de esta, es decir si bien la frecuencia de actores se ha reducido, lo que se encontró es que generalmente la participación se da en un nivel muy básico de asistencia o beneficiarios, casi nula participación en instancias de definición y evaluación. Esta baja participación se da en dos vías, una que tiene que ver con que la estructura de la estrategia no propicia o facilita la participación efectiva en los diferentes niveles o en momentos decisivos y otra que se deriva del poco interés de los actores o las dificultades que estos puedan tener. En el caso de la baja participación de las familias tiene relación de forma mayoritaria por cruce con sus jornadas laborales.

Respecto al objetivo de detallar las herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Santiago de Cali y como estas se han nutrido de la participación de distintos actores esta investigación permitió concluir lo siguiente:

Sobre las herramientas pedagógicas se encontró que la EES como tal no ha desarrollado herramientas propias más allá de las matrices pedagógicas derivadas de la tipificación, que se pueden considerar más como un ejercicio de micro planeación. En este aspecto es importante señalar que, en el contexto colombiano, las escuelas tienen la autonomía de desarrollar sus propias herramientas, sin embargo en algunos casos adaptan las hechas por otros actores externos y es en este punto es en donde pueden participar los actores locales. De forma predominante las herramientas que más se han usado en el marco de esta estrategia son las carteleras escolares que en algunas ocasiones son construidas con participación de los estudiantes, en este sentido es importante actualizar los materiales didácticos para ser más pertinentes sobre las formas en la que los escolares están aprendiendo, pero también sobre los contenidos. En el caso del uso de recursos tecnológicos se crea un ambiente de comunidad, se ha demostrado que la apropiación de mensajes es más efectiva, hay una actitud más positiva y más satisfacción cuando se enriquece el entorno de aprendizaje con este tipo de innovaciones.

Respecto al objetivo de identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida, esta investigación permitió concluir lo siguiente:

La mayoría de los beneficios de la EES tienen relación con la adopción de hábitos y estilos de vida saludable en especial con relación a la higiene de manos y boca, alimentación saludable, convivencia, manejo de residuos y cuidado del medio ambiente. Los beneficios de esta estrategia trascienden el sector salud, ya que los hábitos apropiados por los estudiantes se transportan al entorno escolar, en este sentido los estudiantes terminan vehiculizando mensajes importantes a sus familias que no solo fortalecen el ejercicio de complementariedad, sino que aportan información valiosa a los hogares y comunidades sobre la salud. Sin embargo, el impacto de la EES no solo es por la transferencia de mensajes al entorno familiar, sino que incluso al interior del mismo entorno escolar ocurren procesos valiosos, por ejemplo los estudiantes validan con sus profesores que los mismos apliquen lo que les imparten, al final el efecto de una estrategia como estas es ampliado, pues es claro que no solo impacta al escolar sino a su contexto.

Los escolares les dan gran valor a los profesores, se refieren a ellos con admiración y cariño y son señalados de forma predominante como cuestiones positivas de sus escuelas, así mismo valoran los espacios verdes y de recreación. Las familias y profesores por su parte reconocen a las escuelas como espacios seguros, esto es supremamente relevante en un contexto en donde los niños corren riesgos diversos en el entorno comunitario, pero también en el propio entorno familiar. La implementación de la estrategia ha propiciado una especie de mejoramiento incremental de algunas cuestiones del ambiente físico de las escuelas, así como ha permitido ampliar el entendimiento que se tiene sobre la salud y de esta forma hoy por hoy, hay más actores que logran entender a la salud como un resultado de la interacción social y en el marco de esta interacción la educación juega un rol crucial.

En cuanto a la salud como tal, la EES no presta servicios de salud directos más allá de jornadas de desparasitación y educación en salud, así mismo se identificaron servicios de salud que prestan los hospitales públicos a través de las intervenciones colectivas, sin embargo respecto a los servicios de salud, lo que si se hace en el marco de la EES es la gestión o derivación de casos cuando son detectados. En relación a la educación en salud los escolares han apropiado conocimientos derivados de la EES, fácilmente reconocen aspectos sobre alimentación saludable, higiene, convivencia, entre otros. La dificultad radica en que el entorno no facilita la apropiación de estas cuestiones por medio de la acción y puede terminar impactando de forma contundente las decisiones y hábitos de vida de esta población.

La estrategia hace énfasis sobre la higiene de manos, esto es crucial en un contexto como el colombiano y el actual, ya que el lavado de manos es una de las intervenciones en salud pública más costo efectivas y tiene estrecha relación con la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias, precisamente sobre esto último adquiere gran relevancia que los escolares apropien este tipo de mensajes en un contexto en donde afrontamos una pandemia causada por un virus respiratorio. Así mismo la estrategia hace mucho énfasis sobre la higiene oral, esto también es muy importante toda

vez que la caries dental es la enfermedad más prevalente en los escolares y tiene impactos profundos en la constitución corporal y la calidad de vida de estos.

Los problemas de convivencia que se relacionan con mayor frecuencia en las escuelas son las peleas y los insultos, sobre esto las escuelas han desplegado toda una serie de medidas e intervenciones para mediar y mantener un ambiente psicosocial saludable, sin embargo, la EES como tal no tiene una línea de trabajo específica para esto, las acciones derivadas se hacen en el marco del acompañamiento y las necesidades que se van identificando. En relación con lo anterior, la estrategia ha abordado lo relacionado a la salud mental desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, esto en el contexto caleño tiene mucho sentido ya que se ha reportado que un porcentaje considerable de escolares han declarado de haber consumido alguna droga ilícita. Abordar la prevención del consumo en etapas tempranas es fundamental ya que la iniciación temprana está estrechamente relacionada con problemas de consumo posterior.

#### **Recomendaciones y propuestas de mejora en relación con el segundo objetivo general:**

- Es importante que se revise el rol del equipo técnico a fin de que, desde este se puedan desarrollar acciones que busquen el desarrollo de habilidades y capacidades locales e institucionales ya que pretender que este equipo asuma indefinidamente toda la operación no es sostenible y mantiene una relación de dependencia desde el asistencialismo que no es sana.
- Una estrategia como estas debe apostar por generar capacidades que sean sostenibles y que se institucionalice por medio de procesos, en este sentido es necesario que con la voluntad política y de la alta gerencia se busque formular una política pública en la ciudad que salvaguarde esta estrategia y que disminuya el riesgo de la personalización de las acciones.
- Es importante que la EES pueda de forma sistemática complementar el ejercicio de la tipificación con procesos para cualificar la información, ya que inicialmente es un proceso cuantitativo que genera unos valores globales y específicos por componente, sin embargo, es importante comprender a fondo los hallazgos y esto se puede lograr complementándolo con darle voz a algunos de los actores.
- Junto con lo anterior es muy importante que se empiece a medir de alguna forma las competencias que se generan en los miembros de la comunidad escolar, pero en especial la de los estudiantes ya que hasta ahora sobre el componente de educación para la salud lo que se mide es solo si existen herramientas para promover esta.
- Es muy importante que la EES de mayor relevancia a la participación de diferentes actores en instancias de toma de decisión y de seguimiento y no solo como beneficiarios. La participación de actores, sobre todo las familias y los mismos escolares fomentaría la apropiación por este tipo de iniciativas y esto se traduce en sostenibilidad de la estrategia, su vinculación desde las instancias de

definición ayuda a que las particularidades del contexto sean incluidas y en este sentido haya un mayor ajuste en dicha implementación.

- Hay varios retos relacionado a los PEI, pese a que son los instrumentos llamados a ser la columna vertebral de una estrategia como estas, estos deben ser actualizados con la participación de la comunidad escolar y en el marco de la autonomía escolar.
- Es necesario que se defina una estructura de la EES más clara, concreta y sobre todo articulada no solo entre el sector salud y el educativo, sino entre otros actores. Esta nueva estructura debe fomentar que exista un hilo conductor que articule, en este sentido el sector educativo del nivel institucional debe interiorizar que las acciones derivadas de esta estrategia no son ajenas a ellos, sino que hacen parte del que hacer de todos los involucrados bajo el entendimiento de que la salud y la educación tienen una relación simbiótica como los trenes y los rieles, uno sin el otro no tiene sentido de existencia, la salud por su lado requiere –como hemos visto– que cada vez haya una mayor alfabetización sobre la misma, esto solo se logra con mayor y mejor educación. Por su parte la educación requiere que haya un sustrato que facilite la apropiación del aprendizaje, un cuerpo enfermo difícilmente podrá aprender.
- La implementación de la EES debe tener un acompañamiento permanente que se derive de recursos estables, en este sentido las prácticas administrativas y en especial las contractuales, deben tener en cuenta los momentos fundamentales de este tipo de iniciativas y garantizar que en cada uno de ellos pueda darse este acompañamiento sin barreras ni interrupciones.
- La apropiación de recursos para estas estrategias debe incluir una mirada a largo plazo para no incurrir en asignaciones parciales y específicas, casi como respuestas “bomberiles”, por eso adquiere sentido blindar esta clase de voluntades con algún tipo de política pública que consolide la estrategia con una mirada integral, pero sobre todo con una destinación presupuestal específica.
- Una estrategia que tiene una clara implicación comunitaria debe contar con una participación más activa de actores, en este sentido es importante revisar en todos los niveles las estrategias que promuevan y faciliten la participación en especial de familias y estudiantes, sobre lo anterior es muy importante señalar que la actual coyuntura de la pandemia hizo que de forma abrupta nos volcáramos a la vida virtual y en ese sentido hemos experimentado como sociedad que la vida no tenía que detenerse. Como efectos positivos de esta crisis va quedando que tal vez muchas de estas barreras para participar se puedan superar ya que no va a ser necesario que una persona se tenga que desplazar hacia un lugar para sostener una reunión o incluso será más fácil armonizar las agendas de quienes están llamados a participar de este tipo de estrategias.
- Al aprovechar las herramientas tecnológicas para fomentar la participación lo que sigue es que se abran espacios en momentos decisivos para que los actores lo puedan hacer de forma efectiva, motivar la participación en esta nueva normalidad es crucial, ya que al vincular a los diferentes actores se podrá ajustar la estrategia y de esta forma se responderá de forma más efectiva a las realidades locales.

- Junto con la revisión de la estructura de la EES se debe diseñar de forma intersectorial en el nivel local una caja de herramientas que le sirva a las escuelas a implementar la estrategia, esta caja debería ser lo suficientemente flexible en el marco de la autonomía para que le permita a las escuelas adaptarlas a sus contextos.
- Ya que la estrategia hace uso sistemático de carteleras como herramientas pedagógicas, es necesario por lo pronto actualizar su contenido, sin embargo, es ideal que se considere complementar estos materiales con otros medios más digitales, es importante valorar el uso de la tecnología, el contexto muestra cómo cada vez hay mayor apropiación de esta en los escolares, en este sentido la EES debe ir a la misma velocidad con la que estos se adaptan en su proceso de aprendizaje, no ir a esta misma velocidad implica entrar rápidamente en la obsolescencia.
- La coyuntura actual ha hecho que de repente la vida se volque a la virtualidad, en específico la educación no podrá volver a concebirse sin que se incluya el uso de las tecnologías en los procesos de enseñanza, sin embargo, es necesario que el Estado asigne más recursos para lograr el acceso a la tecnología en condiciones de igualdad.
- Todas estas innovaciones deben impulsar la transición a enfoques de aprendizaje activo, en estos los escolares deben estar más involucrados en el proceso en lugar de solo asimilar información, para esto se hace fundamental que la EES entre en un momento de reflexión profunda sobre la calidad y pertinencia de las herramientas, para rápidamente poder hacer la reingeniería de estas.
- Es importante seguir propiciando el intercambio de experiencias con el objetivo de desarrollar habilidades de enseñanza y capacitación entre los profesores, se deben seguir fortaleciendo los ejercicios de trabajo en red, ya que los escenarios que se derivan de este componente son espacios idóneos para compartir las experiencias de éxito y fracaso de la EES, pero también se pueden compartir experiencias en el uso de herramientas pedagógicas en el marco de la autonomía escolar.
- Es fundamental que se revise el estado actual de los ambientes físicos de las escuelas, estos no solo deben promover la incorporación de los mensajes, sino que en si debe ser espacios seguros, en este contexto es urgente que los gobiernos cuiden el estado de estos entornos y garanticen que exista lo esencial para prevenir contagios masivos del virus que produce el COVID, en este caso es prioritaria una mayor inversión en cuanto a condiciones de saneamiento y ventilación de las escuelas.

**CAPÍTULO 10. PROPUESTA DE INDICADORES PARA  
EVALUACIÓN DE LA EES EN CALI**

Es claro que las estrategias de Escuelas Saludables buscan promover la salud en y desde el entorno escolar y hacia la comunidad, es importante señalar que el propósito no es solo a través de la educación para la salud en los planes curriculares, sino desde una perspectiva mucho más amplia e integral (Langford et al., 2015). En este sentido vimos en esta tesis, que la concepción de esta estrategia ha variado en el tiempo desde su planteamiento y se ha expandido para entenderla no solo hacia adentro de la escuela, sino de forma especial en su integración con el entorno.

Si bien al inicio de esta investigación se coincidió con varios autores en que sobre la estrategia se ha hablado mucho sobre sus propósito y alcance, pero que no ha tenido una definición única (Denman, 1999; Ippolito-Shepherd & Cerqueira, 2003; IUHPE, 2008; Lister-Sharp et al., 1999; Lynagh et al., 1997; Nutbeam, 1992; OMS, 1997; Parsons et al., 1996; Lawrence St Leger & Young, 2009), esto cambió en los últimos días de escritura de esta tesis, ya que por primera vez las dos organizaciones que representan al sector Salud y Educación a nivel mundial como son la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), le entregaron a la comunidad internacional los estándares globales para la estrategia de Escuelas Saludables, lo anterior es un hito ya que después de un proceso meticuloso de revisión de la estrategia, de conformación de grupos intersectoriales, lograron ponerse de acuerdo y entregaron unos lineamientos concertados que seguramente serán muy bien recibidos por los distintos sectores en todos los niveles.

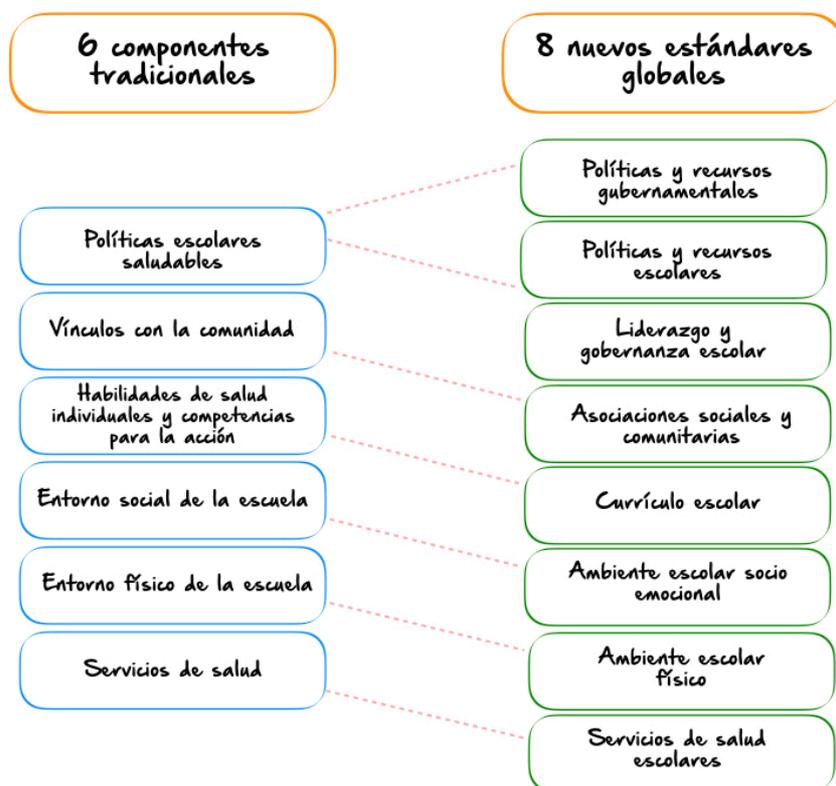
Este documento define la estrategia como:

*“Una Escuela Promotora de la Salud (EPS) es una escuela que constantemente fortalece su capacidad como escenario saludable para vivir, aprender y trabajar. Una EPS contribuye a todos los ámbitos del bienestar, su concepto encarna un enfoque escolar integral para promover la salud y el logro educativo en las comunidades escolares al capitalizar el potencial organizativo de las escuelas para fomentar las condiciones físicas, socioemocionales y psicológicas para la salud, así como para obtener resultados educativos positivos. Las EPS está preparadas, responden y son resilientes, incluso ante desastres ambientales y otras crisis comunitarias” (WHO & UNESCO, 2021b).*

Así mismo se presentó a la estrategia en clave de ocho estándares globales o pilares que llegan a actualizar la estructura de seis que se había estado mencionando y que fueron usados para efectos de esta investigación, en la gráfica a continuación se hace un comparativo de los pilares usados y la actualización (Gráfico 36).

El enfoque de Escuelas Saludables o Promotoras de Salud fue introducido hace cerca de 25 años y promovido por todo el mundo, sin embargo el sueño de una estrategia como estas en el marco de la sostenibilidad y totalmente integrada aún no se ha logrado, muy pocos países la han implementado y la han mantenido (WHO & UNESCO, 2021c, 2021b). Así mismo una gran debilidad es que se ha evaluado muy poco, en parte por la diversidad en la que se ha dado la implementación y la carencia de indicadores que midan de forma integral su desarrollo.

Gráfico 36. Nuevos estándares globales vs pilares tradicionales.



Fuente: Extraído de *Generar Escuelas Promotoras de Salud: Pautas para promover la salud en la escuela* (p. 3) por IUHPE, 2008; *Health Promoting Schools Framework* por WHO - Regional Office for the Western y *Making every school a health-promoting school: Global standards* (p. 16) por OMS & UNESCO, 2021

Algo que se ha señalado sobre la evaluación es que en un buen número de casos se termina evaluando la estrategia pero solo en uno u otro de los componentes (OMS, 1997), que en su mayoría se relacionan a las habilidades para vida y por otra parte se enfocan en algún área específica como salud nutricional o actividad física por ejemplo. En este sentido, las evaluaciones focalizadas no son suficientes para demostrar la efectividad de este tipo de estrategias que por su naturaleza es integral, así mismo se ha señalado que pocos estudios han incluido resultados académicos, por lo tanto, no se pueden sacar conclusiones claras sobre la eficacia de este enfoque para mejorar el rendimiento académico de los escolares (Langford et al., 2015).

La necesidad de actualizar la estructura de este tipo de estrategias se acompaña de la de evaluar las mismas, es por ello que desde hace un buen tiempo se ha discutido sobre con que indicadores se debe monitorear una estrategia como estas y si se debe dar más prioridad a aquellos que midan el resultado en salud o los que busquen monitorear el proceso (Lee et al., 2019). De hecho se ha señalado que de forma predominante pocos estudios han evaluado cuestiones relacionadas a la implementación de esta estrategia (Langford et al., 2015). Como se ha visto en el desarrollo de esta investigación, la evidencia que hay con relación a la evaluación de este tipo de estrategias es muy diversa, esto tiene relación en gran parte por la misma diversidad en las formas de implementación y sobre todo en las adaptaciones que se han dado. En

Colombia por ejemplo se ha coincido en que la implementación de la estrategia de escuelas saludables es incipiente a pesar de llevar tantos años de promulgación, ha tenido poco desarrollo y además se conocen experiencias pequeñas que de alguna manera pierden su continuidad con los cambios de gobierno (Campos et al., 2012).

Por su parte el ejercicio de monitoreo que ha hecho Cali aunque es muy loable termina siendo insuficiente para alcanzar a valorar todo lo que se debe medir en una estrategia como estas, de hecho lo vimos en el desarrollo de esta investigación cuando se debió recurrir a la información de los diarios de campo para complementar de alguna manera la información que se recoge con la tipificación, en este sentido es necesario que independientemente de los indicadores de medición, la EES en Cali se permita complementar de forma sistemática el seguimiento que hace con herramientas con las que pueda cualificar la información que está siendo cuantificada.

Aprovechando la actualización de los estándares globales que ha hecho la OMS y la UNESCO, así como la propuesta de algunos indicadores de estos estándares, esta investigación se permite presentar una propuesta de 42 indicadores agrupados en 8 componentes que han surgido tanto del proceso de reflexión en el marco de esta investigación, como de la inspiración del documento en cuestión (WHO & UNESCO, 2021b).

En el primer estándar de políticas y recursos gubernamentales se busca garantizar que el compromiso y la inversión de todo el gobierno sobre este tipo de estrategias se plasme en leyes, reglamentos, políticas, estrategias, apropiación de recursos, coordinación intersectorial, sistemas sostenibles de seguimiento y evaluación. Cada uno de los indicadores propuestos tienen un nivel de acción y reporte, esto es importante ya que con el llamado a la acción deben definirse los responsables no solo del reporte, sino de todo aquello que genere resultados positivos frente al indicador en cuestión.

Tabla 26. Indicadores de políticas y recursos gubernamentales.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
<b>Políticas y recursos gubernamentales</b>	Existencia de política nacional intersectorial actualizada sobre ES		X		
	Existencia de política local intersectorial sobre ES			X	
	Existencia de acuerdos o planes entre escuelas y Gobierno local			X	
	Porcentaje de acuerdos entre escuelas y Gobierno local			X	
	Rubro presupuestal específico para estrategias de ES		X	X	
	Existencia Plan Escolar o instrumento sobre ES				X
	Sistema de seguimiento y monitoreo			X	

En el caso de las políticas y recursos escolares el propósito de plantear este componente por separado es garantizar el compromiso y la inversión de la escuela en los preceptos de la estrategia y que esto se refleje

en las políticas y planes escolares para garantizar una comunicación, dirección y estructura claras para toda la comunidad escolar.

Tabla 27. Indicadores de políticas y recursos escolares.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
<b>Políticas y recursos escolares</b>	Existencia de Plan Escolar o instrumento sobre ES				X
	Proporción de escuelas con plan			X	X
	Mecanismos de articulación de la escuela con actores y sectores				X
	Políticas o prácticas aceptadas que aborden temas relacionados a la salud en el marco del Modelo de Determinantes Sociales				X
	Rubro presupuestal específico para estrategias de ES				X
	Rubro presupuestal en escuelas para acciones enmarcadas en ES				X
	Sistema de monitoreo interno sobre acciones				X

El estándar de liderazgo y gobernanza es nuevo respecto a la anterior estructura, este tiene como propósito fundamental garantizar un modelo de liderazgo colaborativo en la comunidad escolar para que los preceptos de la estrategia de Escuelas Saludables logren incidir en todos los espacios de tomas de decisiones y que este liderazgo sea sostenible en el tiempo. En este sentido es importante rescatar la actual estructura de los Grupos Gestores de la estrategia en Cali ya que como se evidenció en esta investigación pese a que su énfasis ha cambiado siguen estando presentes en la vida escolar, la definición de una nueva agenda escolar podría potencializar este recurso y reencausar con el propósito de la EES.

Tabla 28. Indicadores de liderazgo y gobernanza.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
<b>Liderazgo y gobernanza</b>	Equipo o grupo conformado que lidere la estrategia en la escuela				X
	Actividades formativas a líderes			X	X
	Rubro presupuestal para actualizaciones formativas a líderes			X	X

Con el estándar del currículo escolar se pretende garantizar que el plan de estudios de la escuela eduque y promueva de forma específica todos los elementos de la salud, el bienestar y el desarrollo físico, socioemocional y psicológico, que además de valorar las cuestiones estructurales de la estrategia se pueda aproximar a valorar el estado de salud de los escolares a través de la autopercepción.

Tabla 29. Indicadores del currículo escolar saludable.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
Currículo escolar saludable	Porcentaje de personal escolar que autoperciba estar formado para atender las acciones de una ES				X
	Porcentaje de personal entrenado			X	X
	Porcentaje de escuelas que en el PEI contemplen aspectos del bienestar físico, socioemocional y psicosocial de estudiantes y comunidad				X
	Guía de política nacional sobre formulación conjunta del PEI	X			
	Existencia de pedagogías participativas para el desarrollo de habilidades			X	X
	Nivel de salud autopercebida de escolares	X	X	X	X
	Actividades formativas a profesores para apoyar la educación en salud participativa y basada en habilidades	X	X	X	X

El propósito de el pilar del ambiente psicosocial saludable es garantizar una inversión exclusiva para promover el bienestar, la confianza y el respeto mutuo de todos los miembros de la escuela y las comunidades locales. En este sentido se valorará como resultado final la percepción de seguridad.

Tabla 30. Indicadores de ambiente escolar psicosocial.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
Ambiente psicosocial saludable	Mecanismos funcionales para la resolución de conflictos y atención de conductas inaceptables		X	X	
	Estrategia participativa formulada para la prevención del consumo de drogas		X	X	
	Porcentaje de escuelas con estrategias en implementación para prevención de consumo de drogas		X		
	Nivel de percepción de seguridad				X

Sobre el entorno físico de la escuela el propósito es que reciba una inversión específica para garantizar que sea seguro y saludable para todos los estudiantes y la comunidad escolar antes, durante y después del horario escolar.

Tabla 31. Indicadores de ambiente escolar físico.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
Ambiente físico saludable	Rubro presupuestal para mejoras en infraestructura	X	X	X	
	Porcentaje de escuelas con baños en estado óptimo		X	X	
	Porcentaje de escuelas con condiciones de ventilación óptimas		X	X	
	Porcentaje de escuelas con condiciones de iluminación óptimas		X	X	
	Porcentaje de escuelas sin hacinamiento		X	X	
	Porcentaje de escuelas con espacios suficientes para la actividad física		X	X	
	Porcentaje de escuelas con zonas verdes		X	X	
	Porcentaje de escuelas con instalaciones accesibles		X	X	
	Porcentaje de escuelas con tiendas y restaurantes que oferten alimentos saludables		X	X	

El componente de servicios de salud se mantiene, el propósito de este es garantizar que los servicios de salud se adapten o se vinculen a la escuela, y que estos respondan a las necesidades de salud específicas de la comunidad a la que sirven.

Tabla 32. Indicadores de servicios de salud.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
Servicios de salud	Porcentaje de escuelas con prestación de servicios de salud básicos a cargo de Instituciones públicas o privadas		X	X	
	Herramienta de seguimiento a indicadores de salud infantil		X	X	
	Número de casos de necesidades de salud en escolares identificados y gestionados				X

Lo que se pretende con el componente de las asociaciones sociales y comunitarias es garantizar que la comunidad escolar, incluidos los estudiantes, colaboren con las partes interesadas en la estrategia en su contexto y reconozcan los beneficios mutuos.

Tabla 33. Indicadores de asociaciones sociales y comunitarias.

ESTANDAR/ COMPONENTE	INDICADORES	ACCIÓN / REPORTE			
		Nacional - Local - Escolar	N	L	E
Asociaciones sociales y comunitarias	Mecanismos de articulación con familias para acciones de ES				X
	Participación de actores de comunidad escolar en procesos de definición, planeación y evaluación de acciones de ES				X

**CAPÍTULO 11. LIMITACIONES Y NUEVAS LÍNEAS DE  
INVESTIGACIÓN**

Los resultados de esta investigación permitieron resolver los objetivos que se propusieron, sin embargo emergieron algunas limitaciones que se relacionan a continuación:

- La primera limitación tiene que ver directamente con la temática de la investigación, la estrategia de Escuelas Saludables como se mencionó, se presentó al mundo de forma enunciativa precisamente para que fuera adaptada de acuerdo a los contextos, en este sentido la búsqueda de información fue compleja ya que las perspectivas de la estrategia han variado de acuerdo a las interpretaciones que se han hecho sobre la misma, en ese mismo orden no hay suficiente información de evaluación de este tipo de estrategias desde una perspectiva integral, si que hay de evaluaciones parciales de alguno de los elementos estructurantes de la misma. Sin embargo esta cuestión me permitió ahondar mucho más en esa búsqueda y entender la diversidad de una estrategia como estas.
- Otra limitación es respecto a la respuesta de los participantes, hubo algunas dificultades en la conformación de los grupos de discusión sobre todo respecto a los padres de familia, en varias ocasiones se debieron reprogramar por falta de asistencia, buena parte de esta situación estuvo en estrecha relación con los hallazgos de la misma investigación respecto a la baja participación, en buena medida las limitaciones en la respuesta tenían que ver con conflictos en los horarios y la misma motivación.
- En relación con lo anterior también se presentaron algunas limitaciones en la conformación del grupo motor, en al menos dos oportunidades se debieron reemplazar miembros, una de ellas de la persona con el rol de directivo porque el que estaba lo trasladaron a otra ciudad y en una segunda oportunidad a los padres de familia porque tenían muchos inconvenientes en la asistencia a las sesiones.
- Hubiera sido muy interesante poder hacer más entrevistas a técnicos de la estrategia sobre todo del lado del sector educativo, esto no fue posible porque en educación no existe una estructura en espejo de la EES como si lo hay desde el sector salud, es decir mientras el grupo de la estrategia desde la Secretaría de Salud son mas de diez técnicas, en educación solo hay una referente y no de forma exclusiva.

Esta investigación permitió comprender el proceso de implementación de la estrategia en Cali, así como describir varios elementos que serán de gran utilidad para hacer ajustes a esta estrategia, sin embargo, también abre nuevos interrogantes que pueden ser resueltos con nuevas investigaciones. A continuación se relacionan algunas líneas de investigación que podrían ser de interés:

- Es importante que en futuras investigaciones se pueda incluir la voz de tomadores de decisión – actuales o pasados– tanto del sector salud como del sector educativo para valorar su entendimiento sobre estas estrategias y en especial la respuesta que han brindado con sus decisiones.

- Puede ser interesante ampliar la franja de edad de los estudiantes que se consulte, esto implicaría que en sus respuestas puedan ser más reflexivos sobre los impactos que una estrategia como estas les deja.
- Será de gran utilidad que se puedan pilotear los indicadores propuestos en esta investigación, para lo cual sería necesario poder validarlos con grupos de expertos y actores locales.
- Sobre la medición de impactos en los estudiantes será muy interesante que en futuras investigaciones se incluyan objetivos e indicadores trazadores que busquen medir no solo el impacto en salud, sino también en el rendimiento escolar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Acevedo, G., & Martínez, D. (2013). Manual de Medicina Preventiva y Social I. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas. .
- Adamowitsch, M., Gugglberger, L., & Wolfgang, D. (2017). Implementation Practices in School Health Promotion: Findings From an Austrian Multiple-Case Study. *Health Promot Int.*, 32(2), 218–230. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24682544/>
- Aiello, A., Coulborn, R., Perez, V., & Larson, E. (2008). Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: A meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 98(8), 1372–1381. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.124610>
- Alcaldía de Santiago de Cali. Secretaria de Salud. (2012). Estrategia Escuelas Saludables. *Alcaldía de Santiago de Cali*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2004). Estrategia Escuelas Saludables. Retrieved June 16, 2020, from [https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/44831/escuelas\\_saludables/](https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/44831/escuelas_saludables/)
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2011). Cali, reconocida por modelo de escuelas saludables. Retrieved June 18, 2020, from [https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/40901/cali\\_reconocida\\_por\\_modelo\\_de\\_escuelas\\_saludables/](https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/40901/cali_reconocida_por_modelo_de_escuelas_saludables/)
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2019a). *Informe de Empalme: Mi Comunidad es Escuela*. Santiago de Cali. Retrieved from <https://drive.google.com/drive/folders/1lvbMuB9hYXuauH51INaakIfpnDsBrfxX>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2019b). *Mesa técnica de integración de salud-eduación para la calidad del entorno escolar*. Santiago de Cali.
- Allensworth, D., & Kolbe, L. (1987). The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept. *Journal of School Health*, 57(10), 409–412. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1987.tb03183.x>
- Álvarez, A., García, A., Rodriguez, A., & Bonet, M. (2007). Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, 45. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300007)
- Anderson, R. (1984). Health promotion: an overview. *Edinburgh, Scottish Health Education Group. European Monographs in Health Education Research*, 6.
- Arboleda, L. (2008). El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 26(1), 69–77.
- Arthur, S., Barnard, M., Day, N., Ferguson, C., Gilby, N., Hussey, D., ... S., P. (2011). *Evaluation of National Healthy Schools Programme: final report for Department of Health*. London.
- Ayuso-Margañón, R. (2018). *Estudio de las competencias pedagógicas del profesional de enfermería promotor de salud en el entorno escolar (PEPSEE)*. Universitat de Barcelona.
- Badash, I., Kleinman, N., Barr, S., Jang, J., Rahman, S., & Wu, B. (2017). Redefining Health: The Evolution of Health Ideas from Antiquity to the Era of Value-Based Care. *Cureus*, 9(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.1018>
- Bardin, L. (1996). *Análisis de contenido (2ª)*. Madrid: Akal, S.A. Retrieved from [https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqll\\_EQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=IvhoTqll_EQC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false)
- Beldarraín, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62–70. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/214/21428107.pdf>
- Berkman, L., & Sivaramakrishnan, K. (2008). WHO Commission on the Social Determinants of Health: A Bold New Venture . *Eur J Public Health*, 6. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19001461/>
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3), 335–341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Bircher, J., & Hahn, E. (2016). Understanding the nature of health: New perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs: New Perspectives for Medicine and Public Health: Improved Wellbeing at lower Cost. *F1000Research*, 5, 1. <https://doi.org/10.12688/F1000RESEARCH.7849.1>
- Blumer, H. (1982). La posición metodológica del interaccionismo simbólico. In *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora, S.A. Retrieved from <https://issuu.com/2robertodomi/docs/el-interaccionismo->

simbolico-perspe

- Bonell, C., Parry, W., Wells, H., Jamal, F., Fletcher, A., Harden, A., ... Moore, L. (2013). The effects of the school environment on student health: A systematic review of multi-level studies. *Health and Place*, 21, 180–191. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.12.001>
- Bravo, A. (2005). La iniciativa de habilidades para la vida en el ámbito escolar. *Revista Del Instituto de Investigaciones Educativas*, 9(16), 20–29. Retrieved from <http://www.ibe.unesco.org>
- Brellocks, C. (1995). *Ingredients for Success. Comprehensive School-based Health Centers*. New York.
- Brisolara, S. (1998). The history of participatory evaluation and current debates in the field. *New Directions for Evaluation*, 1998(80), 25–41. <https://doi.org/10.1002/ev.1115>
- Brown, T., & Summerbell, C. (2009). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: An update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews*, 10(1), 110–141. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x>
- Burgers, L. et al. (1994). *School sanitation and hygiene education in Latin America: summary report of a workshop on problems and options for improvement, Cali, Colombia, 22-27 March 1993*. Cali, Colombia. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62061>
- Burgher, M., Rasmussen, V., & Rivett, D. (1999). *The European Network of Health Promoting Schools the alliance of education and health ENHPS*.
- Burke, S., & Snyder, S. (2008). YouTube: An Innovative Learning Resource for College Health Education Courses. *International Electronic Journal of Health Education*, 11, 39–46. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=EJ798652>
- Burke, S., Snyder, S., & Rager, R. (2009). An Assessment of Faculty Usage of YouTube as a Teaching Resource. *International Electronic Journal of Health Education*, 7(1). Retrieved from <http://>
- Caballero, E. et al. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Revista Infodir [Revista En La Internet]*.
- Cabrera, F. (2011). Tècniques i instruments d'avaluació: una proposta de classificació. *Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 4(2), 112–124. <https://doi.org/10.1344/reire2011.4.2428>
- Cádiz, J. (2016). Rigurosidad científica y principios orientadores para el evaluador/investigador. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 33(1), 120. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v33i1.247>
- Campos, A., Robledo-Martínez, R., Arango-Soler, J., & Agudelo-Calderón, C. (2012). Evaluación de la política pública de escuela saludable en Colombia: fase de formulación Evaluating public policy regarding the concept of healthy schools in Colombia: the formulation phase (1999-2006) Artículos Originales/Original Articles. *Rev. Salud Pública*, 14(5), 744–754.
- Carabaña, J., & Lamo, E. (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1, 159–204. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=666889>
- Carvalho, S. (2008). Promoción de la Salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Revista Salud Colectiva*, 4, 335–347. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652008000300006>
- Castillo, E., & Vásquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(3). Retrieved from <http://www.bioline.org.br/pdf?rc03025>
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, J. (2002). Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. *ANNALS Am Acad Political Soc Sci*, 5. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/247410185\\_Positive\\_Youth\\_Development\\_in\\_the\\_United\\_States\\_Research\\_Findings\\_on\\_Evaluations\\_of\\_Positive\\_Youth\\_Development\\_Programs](https://www.researchgate.net/publication/247410185_Positive_Youth_Development_in_the_United_States_Research_Findings_on_Evaluations_of_Positive_Youth_Development_Programs)
- Cavioni, V., Grazzani, I., & Ornaghi, V. (2020). Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. *International Journal of Emotional Education*, 12(1), 65–82. Retrieved from [www.um.edu.mt/ijee](http://www.um.edu.mt/ijee)
- CDC. (1996). Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Retrieved June 13, 2020, from <https://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/index.htm>
- CDC. (1997). *Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People*.

- Atlanta. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00046823.htm>
- CDC. (2014). *School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide*. Atlanta. Retrieved from <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI/pdf/Elementary-Total-2014->
- CDC. (2021, February 26). Ventilación en escuelas y programas de cuidados infantiles. Retrieved June 29, 2021, from <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/ventilation.html>
- CDC - U.S. Department of Health & Human Services. (n.d.). School Health Guidelines | Healthy Schools. Retrieved June 10, 2020, from <https://www.cdc.gov/healthyschools/npao/strategies.htm>
- Cefai, C., Arlove, A., Duca, M., Galea, N., Muscat, M., & Cavioni, V. (2018). RESCUR Surfing the Waves: an evaluation of a resilience programme in the early years. *Pastoral Care in Education, 36*(3), 189–204. <https://doi.org/10.1080/02643944.2018.1479224>
- Cerqueira, M. (1996). Health-Promoting Schools. *The Magazine of the WHO - 49th Year*.
- Chambers, R. (1997). Whose Reality Counts? In *Putting the First Last*. London: Intermediate Technology Publications.
- Cilliers, L., & Retief, F. (2006). Medical practice in Graeco-roman antiquity. *Curationis, 29*(2), 34–40. <https://doi.org/10.4102/curationis.v29i2.1071>
- Clark, D. (1958). Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach. *American Journal of Public Health and the Nations Health, 48*(7), 947.
- Cockburn, A. (1963). *The Evolution and Eradication of Infectious Diseases*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, Baltimore. Retrieved from [https://www.iberlibro.com/servlet/BookDetailsPL?bi=7774217436&cm\\_sp=collections--gbKkxaqDIaDjISl5R1XM2\\_item\\_1\\_2--bdp](https://www.iberlibro.com/servlet/BookDetailsPL?bi=7774217436&cm_sp=collections--gbKkxaqDIaDjISl5R1XM2_item_1_2--bdp)
- Collins, J., Small, M., Kann, L., Pateman, B., Gold, R., & Kolbe, L. (1995). School health education. *Journal of School Health, 65*(8).
- Colombia. Ley No. 100, Diario Oficial de la República de Colombia No. 41148 § (1993). Retrieved from [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- Colombia. Ley No. 115, Diario Oficial de la República de Colombia No. 41.214 § (1994). Retrieved from [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0115\\_1994.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0115_1994.html)
- Colombia. Ley No.1620, Diario Oficial de la República de Colombia No. 51.609 § (2013).
- Colonia-García, F. (2016). *Coordinación intersectorial en estrategias de escuelas saludables, factores inhibidores e impulsores en los casos de Norte de Santander y Risaralda*. Universidad de Los Andes. Retrieved from <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/13595/u728642.pdf?sequence=1>
- Colonia-García, F. (2017). *Enfoque evaluativo en las estrategias de Escuelas Promotoras de la Salud: Revisión sistemática*. Universitat de Barcelona.
- Concejo de Santiago de Cali. (2009). Acuerdo 0278: Oferta de alimentos saludables en tiendas, kioscos, maquinas y restaurantes en Instituciones Educativas. Retrieved from <https://www.cali.gov.co/educacion/publicaciones/146557/tiendas-escolares-saludables-una-apuesta-de-vida-del-alcalde-maurice-armitage/>
- Conejero, E. (2014). Valor público: Una aproximación conceptual. *3C Empresa, 3*(1), 30–41.
- Conti, A. A. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomedica, 89*(3), 352–354. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i3.6739>
- Coronel, J., & Marzo, N. (2017). La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. *Revista Médica de Santiago de Cuba - MEDISAN, 21*(12), 0–0.
- Cousins, J. (2003). Utilization Effects of Participatory Evaluation. In T. Kellaghan & D. Stufflebeam (Eds.), *International Handbook of Educational Evaluation* (3rd ed., pp. 245–268). Dordrecht, The Netherlands: Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4\\_15](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4_15)
- Cousins, J., & Whitmore, E. (1998). Framing participatory evaluation. In E. Withmore (Ed.), *Understanding and practicing participatory evaluation. New Directions in Evaluation* (Vol. 80, pp. 3–23). San Francisco, CA: Jossey-Bass. <https://doi.org/10.1002/ev.226>
- Cousins, J., Whitmore, E., & Shulha, L. (2013). Arguments for a Common Set of Principles for Collaborative

- Inquiry in Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 34(1), 7–22. <https://doi.org/10.1177/1098214012464037>
- Curtis, V., Danquah, L., & Aunger, R. (2009). Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: An eleven country review. *Health Education Research*, 24(4), 655–673. <https://doi.org/10.1093/her/cyp002>
- DANE. (2018). Proyecciones de población. Retrieved June 20, 2020, from <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Davó, M. (2009). *La Cultura de la Salud en las Aulas de Educación Primaria y la incorporación de la Escuela Promotora de la Salud a la Salud Escolar en España*. Universidad de Alicante. Retrieved from [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13433/1/tesis\\_davo.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/13433/1/tesis_davo.pdf)
- Davó, M., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., & La Parra, D. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española: una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 58–64.
- De Castro, M. (2016). Johann gregor mendel: Paragon of experimental science. *Molecular Genetics and Genomic Medicine*, 4(1), 3–8. <https://doi.org/10.1002/mgg3.199>
- De Lellis, M., Mozobancyk, S., & Cimmino, K. (2009). Investigación evaluativa de una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar: An evaluative research / A health promoting schools strategy. *Anuario de Investigaciones - Facultad Psicología Universidad B. Aires*, 16, 319–328. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-641783>
- De Santiago, M. (2014). Virtudes Cristianas en la práctica. *Cuadernos de Bioética*, XXV(1), 1.
- Delgado, M., Navarrete, M., Zapata, Y., & García, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública*. Retrieved from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272005000600009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600009)
- Denman, S. (1999). Health promoting schools in England—a way forward in development. *Denman S. Health Promoting Schools in England - a Way Forward in Development. Journal of Public Health Medicine*.
- Deschesnes, M., Martin, C., & Hill, A. (2003). Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to Achieve Broader Implementation? - PubMed. *Health Promotion International*, 8(4), 387–396. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14695370/>
- Deschesnes, M., Trudeau, F., & Kebe, M. (2010). Factors influencing the adoption of a Health Promoting School approach in the province of Quebec, Canada. *Health Education Research*, 25(3), 438–450. <https://doi.org/10.1093/her/cyp058>
- DeSocio, J., & Hootman, J. (2004). Children’s mental health and school success. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 20(4), 189–196. <https://doi.org/10.1177/10598405040200040201>
- Dever, A. (1991). Epidemiología y prevención. In *Epidemiología y servicios de salud* (pp. 21–23). OPS/ OMS.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Inv Ed Med*, 2(7), 162–167. Retrieved from [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es)
- Díaz-Valencia, P. (2012). Theoretical conceptions on the theory on health education. Systematic review. *Invest Educ Enferm*, 30, 378–389. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072012000300011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000300011)
- Diderichsen, F., Evans, T., & Whitehead, M. (2001). The Social Basis of Disparities in Health. In *Challenging inequalities in health: from ethics to action*. New York: Oxford Scholarship. Retrieved from <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195137408.001.0001/acprof-9780195137408-chapter-2>
- Ding, W., Lehrer, S., Rosenquist, J., & Audrain-McGovern, J. (2009). The impact of poor health on academic performance: New evidence using genetic markers. *Journal of Health Economics*, 28(3), 578–597. <https://doi.org/10.1016/J.JHEALECO.2008.11.006>
- Doval, H. (2016). La emergencia del paradigma epidemiológico de salud-enfermedad de la población. *Rev Argent Cardiol*, 84, 515–523. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v84.i5.9658>
- Duijster, D., Buxton, H., Benzian, H., Dimaisip-Nabuab, J., Monse, B., Volgenant, C., & Dreibelbis, R. (2020). Impact of a school-based water, sanitation and hygiene programme on children’s independent handwashing

- and toothbrushing habits: a cluster-randomised trial. *International Journal of Public Health*, 65(9), 1699–1709. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01514-z>
- Dulzaides, M., & Molina, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2). Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352004000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000200011)
- Dwyer, T., Coonan, W., Leitch, D., Hetzel, B., & Baghurst, R. (1983). An Investigation of the Effects of Daily Physical Activity on the Health of Primary School Children in South Australia. *International Journal of Epidemiology*, 12, 308–313.
- Elliot, J. (1990). *La investigación-acción en educación*. Ediciones Morata, S.L.
- Engstrom, L. (1991). *Exercise adherence in sport for all from youth to adulthood*. (P. Oja & R. Telema, Eds.), *Sports for all*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Erazo, M. (2011). Rigor científico en las prácticas de investigación cualitativa. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 42, 107–136. Retrieved from [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-17162011000100004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162011000100004)
- Espinosa-Restrepo, H. (2012). Controversias sobre la Carta de Ottawa: debate promovido por Michel O'Neill. *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 30.
- Espitia, R., & Montes, M. (2009). Family influence in the educative process of minors in the Costa Azul neighbourhood of Sincelejo (Colombia). Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/indes/v17n1/v17n1a04.pdf?>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2005). School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003020.pub2>
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Figuerola, I., Farías, M., & Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1.
- Finger, S. (2000). *Minds Behind the Brain: A History of the Pioneers and Their Discoveries*. New York: Oxford University Press. Retrieved from [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=3OWU1wnOy84C&oi=fnd&pg=PP12&ots=-24pTXx4Du&sig=jgmJ8hNYOCYUSM64JZrnPj5H4&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=3OWU1wnOy84C&oi=fnd&pg=PP12&ots=-24pTXx4Du&sig=jgmJ8hNYOCYUSM64JZrnPj5H4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Fitzpatrick, K. (2015). Critical approaches to health education. In K. Fitzpatrick & R. Tinning (Eds.), *Health Education: Critical Perspectives*. New York: Routledge.
- Flaskerud, J. (2012). Temperament and personality: From galen to DSM 5. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(9), 631–634. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.647256>
- Fortuny, M., & Gallego, J. (1988). Educación para la salud. *Revista de Educación*, 287, 287–306.
- Foxcroft, D., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009113>
- Fundación Empresarios por la Educación et al. (2019). *Retos para transformar la calidad educativa de Cali: Horizonte 2020-2036*. Santiago de Cali: Géminis.
- Galobardes, B., Smith, G., & Lynch, J. (2006). Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Annals of Epidemiology*, 16(2), 91–104. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.06.053>
- García, E., Rodríguez, G., & Gil, J. (1994). Análisis de los datos obtenidos en la investigación mediante grupos de discusión. *Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 12, 183–200. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=95690>
- Garrison, F. (1966). *Historia de la medicina: con cronología médica y datos bibliográficos* (4. ed.). México: Editorial Interamericana.
- Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la Escuela Promotora de la Salud. *Rev Esp Salud Pública*, 6, 515–516.

- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26, 161–175. <https://doi.org/10.7203/DCES.26.1935>
- GBD 2016 SDG Collaborators. (2017). Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: An analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1423–1459. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32336-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32336-X)
- Gest, H. (2004). The discovery of microorganisms by Robert Hooke and Antoni van Leeuwenhoek, fellows of the Royal Society. *Notes and Records of the Royal Society*, 58(2), 187–201. <https://doi.org/10.1098/rsnr.2004.0055>
- Gibbs, L., O'Connor, T., Waters, E., Booth, M., Walsh, O., Green, J., ... Swinburn, B. (2008). Addressing the potential adverse effects of school-based BMI assessments on children's wellbeing. *International Journal of Pediatric Obesity*, 3(1), 52–57. <https://doi.org/10.1080/17477160701645202>
- Goberna, J. (2004). La Enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index de Enfermería*, 13(47). <https://doi.org/10.4321/s1132-12962004000300011>
- Gómez-Arias, R. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 36(1), 64–102. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7016827>
- Gómez, G., Flores, J., & García, e. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2a. ed.). Málaga: Aljibe.
- Gostin, L., Abou-Taleb, H., Roache, S., & Alwan, A. (2017). Legal priorities for prevention of non-communicable diseases: innovations from WHO's eastern Mediterranean region. *Public Health*, 144, 4–12.
- Graham, H., & White, P. (2016). Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. *Public Health*, 141, 270–278. <https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2016.09.019>
- Grant, J. (1995). *The State of the World's Children*. New York.
- Greene, J. (1997). Evaluationas Advocacy. *Evaluation Practice*, 18(11), 25–35.
- Griebler, U., & Nowak, P. (2012). Student councils: a tool for health promoting schools? Characteristics and effects. *Health Education*, 112(2), 105–132. <https://doi.org/10.1108/09654281211203402>
- Griebler, U., Rojatz, D., & Simovska, V. , F. R. (2017). Effects of Student Participation in School Health Promotion: A Systematic Review. *Health Promot Int*, 32(2), 195–206. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24395957/>
- Guba, E. (1981). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. *ECTJ*, 29, 75–91. Retrieved from <https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/Guba.pdf>
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. *Fermentum*, 53, 610–633.
- Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). The health system of Colombia. *Salud Publica de Mexico*, 53, s144-55. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342011000800010>
- Gutierrez, A., & Gómez, O. (2007). Evaluación del proceso de la Estrategia Escuelas Saludables en la zona urbana del Municipio de Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4).
- Guzmán, G. (n.d.). Interaccionismo Simbólico: qué es, desarrollo histórico y autores. Retrieved October 26, 2020, from <https://psicologiyamente.com/social/interaccionismo-simbolico>
- Habersack, M., & Luschin, G. (2013). WHO-definition of health must be enforced by national law: A debate. *BMC Medical Ethics*, 14(1), 24. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-24>
- Hall, B. (1992). From Margins to Center? The Development and Purpose of Participatory Research. *The American Sociologist*, 23, 15–28. <https://doi.org/10.2307/27698620>
- Halliday, T. (2020). Use of Information, Education and Communication (IEC)-Based Materials: An Effective Teaching Learning Strategy in Nutrition Education. *International Journal of Research and Scientific Innovation (IJRSI)*, 7(9). Retrieved from [https://www.academia.edu/45077109/Use\\_of\\_Information\\_Education\\_and\\_Communication\\_IEC\\_Based\\_Materials\\_An\\_Effective\\_Teaching\\_Learning\\_Strategy\\_in\\_Nutrition\\_Education](https://www.academia.edu/45077109/Use_of_Information_Education_and_Communication_IEC_Based_Materials_An_Effective_Teaching_Learning_Strategy_in_Nutrition_Education)
- Hancock, T. (1986). Lalonde and beyond: Looking back at “a new perspective on the health of Canadians.” *Health Promotion International*, 1(1), 93–100.
- Hancock, T. (2011). The Ottawa Charter at 25. *Canadian Journal of Public Health*, 102, 404–406.
- Hanewinkel, R., & Asshauer, M. (1999). Smoking prevention in primary schools : effects of a smoking prevention

- program in primary schools. In C. Tudor-Smith (Ed.), *Working together for better health: tackling tobacco*. Wales: Cardiff.
- Hawkins, J., & Catalano, R. (1990). Broadening the Vision of Education: Schools as Health Promoting Environments. *Journal of School Health*, *60*(4), 178–181. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1990.tb05433.x>
- Health and Welfare Canada. (1992). *The Victoria Declaration on Heart Health, Declaration of the Advisory Board*. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/235928333\\_The\\_Victoria\\_Declaration\\_on\\_Heart\\_Health\\_Declaration\\_of\\_the\\_Advisory\\_Board](https://www.researchgate.net/publication/235928333_The_Victoria_Declaration_on_Heart_Health_Declaration_of_the_Advisory_Board)
- Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E., & Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Revista de Salud Pública*, *14*(2), 315–324. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000200012>
- Honkala, S. et al. (2014). Providing context to the implementation of health promoting schools: A case study. *Health Promotion International*, *114*(2), 9–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph13020200>
- Howard, D., Nieuwenhuijsen, R., & Saleeby, P. (2008). Health promotion and education: Application of the ICF in the US and Canada using an ecological perspective. *Disability and Rehabilitation*, *30*(12–13), 942–954. <https://doi.org/10.1080/09638280701800483>
- Howard, M., & McCabe, J. (1990). Helping Teenagers Postpone Sexual Involvement. *Fam Plann Perspect.*, *22*(1). Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2323402/>
- Howerton, M., Bell, B., Dodd, K., Berrigan, D., Stolzenberg-Solomon, R., & Nebeling, L. (2007). School-based Nutrition Programs Produced a Moderate Increase in Fruit and Vegetable Consumption: Meta and Pooling Analyses from 7 Studies. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *39*(4), 186–196. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.01.010>
- Huberman, L. (1983). *Huberman Leo Los Bienes Terrenales Del Hombre - Historia de la Riqueza de las Naciones* (19th ed.). México: Editorial Nuestro Tiempo. Retrieved from [https://www.academia.edu/19602220/Huberman\\_Leo\\_Los\\_Bienes\\_Terrenales\\_Del\\_Hombre](https://www.academia.edu/19602220/Huberman_Leo_Los_Bienes_Terrenales_Del_Hombre)
- I.E. Ciudadela Desepaz. Proyecto Educativo Institucional (2010).
- I.E. Gabriel García Marquez. Proyecto Educativo Institucional (2014).
- I.E. Juan Pablo II. Proyecto Educativo Institucional.
- I.E. La Buitrera. Proyecto Educativo Institucional (2012).
- I.E. Liceo Departamental. Proyecto Educativo Institucional (2011).
- I.E. Pance. Proyecto Educativo Institucional (2010).
- I.E.T.C. Hernando Navia Varón. Proyecto Educativo Institucional (2017).
- I.E.T.C. Las Américas. Proyecto Educativo Institucional (2012).
- I.E.T.I. Pedro Antonio Molina. Proyecto Educativo Institucional (2013).
- Ippolito-Shepherd, J., & Cerqueira, M. (2003). Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional. *FNA/ANA*.
- Ippolito-Shepherd, J., Cimmino, K., Cerqueria, M., & OPS. (2005). Informe de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (1997). Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/rep-34723>
- IUHPE. (2000). *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part Two*. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Ed.) (Edición es).
- IUHPE. (2008). Generar Escuelas Promotoras de Salud: Pautas para promover la salud en la escuela . Retrieved June 9, 2020, from <http://www.internationalschoolhealth.org>
- Jadad, A., & O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *BMJ*, *337*(7683), 1363–1364. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2900>
- Joyce, A., Dabrowski, A., Aston, R., & Carey, G. (2017). Evaluating for impact: what type of data can assist a health promoting school approach? *Health Promot Int.*, *32*(2), 403–310. Retrieved from <https://europepmc.org/article/med/27153919>

- Kelder, S., Perry, C., Klepp, K., & Lytle, L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health, 84*(7), 1121–1126. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.7.1121>
- Kessler, R., McLaughlin, K., Green, J., Gruber, M., Sampson, N., Zaslavsky, A., ... Williams, D. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO world mental health surveys. *British Journal of Psychiatry, 197*(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kickbusch, I., McCann, W., & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International, 23*(1), 1–4.
- Kirby, D., Barth, R., Leland, N., & Fetro, J. (1991). Reducing the Risk: Impact of a New Curriculum on Sexual Risk-Taking. *Fam Plann Perspect. , 23*(6). Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1786806/>
- La República. (2021, April 30). Más de 21 millones de personas viven en la pobreza y 7,4 millones en pobreza extrema. *Diario La República*. Retrieved from <https://www.larepublica.co/economia/mas-de-21-millones-de-personas-viven-en-la-pobreza-y-74-millones-en-pobreza-extrema-3161813>
- Lain-Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores. Retrieved from [www.cervantesvirtual.com/descargaPdf/historia-de-la-medicina/](http://www.cervantesvirtual.com/descargaPdf/historia-de-la-medicina/)
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., & Murphy, S. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008958.pub2>
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Poulou, T., Murphy, S., Waters, E., ... Campbell, R. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health, 15*. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1360-y>
- Lee, A., Cheng, F., Fung, Y., & St. Leger, L. (2006). Can health promoting schools contribute to the better health and wellbeing of young people? The Hong Kong experience. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(6), 530–536. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.040121>
- Lee, A., Cheng, F., & St Leger, L. (2005). Evaluating Health-Promoting Schools in Hong Kong: Development of a Framework - PubMed. *Health Promot Int, 20*(2), 177–186. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15788527/>
- Lee, A., Keung, V., Lo, A., Kwong, A., & Armstrong, E. (2014). Framework for Evaluating Efficacy in Health Promoting Schools. *Health Education, 114*(3), 225–242. <https://doi.org/10.1108/HE-07-2013-0035>
- Lee, A., Lo, A., Li, Q., Keung, V., & Kwong, A. (2020). Health Promoting Schools: An Update. *Applied Health Economics and Health Policy 2020 18:5, 18*(5), 605–623. <https://doi.org/10.1007/S40258-020-00575-8>
- Lee, A., Siu, A., Lo, C., Keung, M., Ming, C., Kwong, A., & Wong, K. (2019). Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success. *BMC Public Health, 19*. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7425-6>
- Lee, A., Tsang, C., Lee, S., & To, C. (2003). A comprehensive "Healthy Schools Programme" to promote school health: the Hong Kong experience in joining the efforts of health and education sectors. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*(3), 174–177. <https://doi.org/10.1136/JECH.57.3.174>
- Lee, Albert. (2009). Health-promoting schools: evidence for a holistic approach to promoting health and improving health literacy. *Applied Health Economics and Health Policy, 7*(1), 11–17. <https://doi.org/10.1007/BF03256138>
- Leslie, J., & Jamison, D. (1990). Health and Nutrition Considerations in Education Planning. 1. Educational Consequences of Health Problems among School-Age Children. *Food and Nutrition Bulletin, 12*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1177/156482659001200305>
- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., & Sowden, A. (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: Two systematic reviews. *Health Technology Assessment, 3*(22). <https://doi.org/10.3310/hta3220>
- López-Fernández, L.; Solar, O. (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gaceta Sanitaria, 31*(6), 443–445. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.013>
- Lynagh, M., Schofield, M., & Sanson-Fisher, R. (1997). School health promotion programs over the past decade: a review of the smoking, alcohol and solar protection literature. *Health Promotion International, 12*(1).
- Macnab, A. J., Gagnon, F. A., & Stewart, D. (2014). Health Promoting Schools: Consensus, Strategies, and

- Potential. *Health Education*, 114(3), 170–185. <https://doi.org/10.1108/HE-11-2013-0055>
- Mangrulkar, L., Whitman, C. V., & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*.
- Marín, A., Hernández, E., & Flores, J. (2016). Metodología para el análisis de datos cualitativos en investigaciones orientadas al aprovechamiento de fuentes renovables de energía. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 1(1), 60–75. Retrieved from <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/revistakoinonia/article/view/15>
- Mark, M. M., & Shotland, R. L. (1985). Stakeholder-Based Evaluation and Value Judgments: The Role of Perceived Power and Legitimacy in the Selection of Stakeholder Groups. *Evaluation Review*, 9, 605–626.
- Marshall, B., Sheehan, M., Northfield, J., Maher, S., Carlisle, R., & St. Leger, L. (2000). School-Based Health Promotion Across Australia. *Journal of School Health*, 70(6), 251–252. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb07430.x>
- Martín-Arroyo, J. (2020). Ventilar las aulas por la covid, todo un reto en muchos colegios pendientes de reforma | Educación. *El País*. Retrieved from <https://elpais.com/educacion/2020-09-14/ventilar-las-aulas-por-la-covid-todo-un-reto-con-las-infraestructuras-en-mal-estado.html>
- Martinez, F. (2013, July 29). Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud: desde Ottawa hasta Helsinki | Promoción y Educación para la Salud. Retrieved June 7, 2020, from <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2013/07/29/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud-desde-ottawa-hasta-helsinki/>
- Mayenco, N. (n.d.). ¿Enfermamos todos igual? Los determinantes de salud . Retrieved June 17, 2020, from <http://www.revistafua.com/article/determinantes-de-salud/>
- McKenzie, J., Neiger, B., & Smeltzer, J. (2013). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs*. (B. Cummings, Ed.) (6th editio). San Francisco: Pearson.
- McTaggart, R. (1991). When Democratic Evaluation Doesn't Seem Democratic. *American Journal of Evaluation*, 12(1), 9–21. <https://doi.org/10.1177/109821409101200103>
- MinEducación. (2018, April 30). Tasa de analfabetismo en Colombia a la baja. Retrieved June 27, 2021, from [https://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-article-376377.html?\\_noredirect=1](https://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-article-376377.html?_noredirect=1)
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Decreto 1860, Pub. L. No. 1860, Diario Oficial No 41.473 (1994). Bogotá. Retrieved from [https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061\\_archivo\\_pdf\\_decreto1860\\_94.pdf](https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_decreto1860_94.pdf)
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Decreto No. 1965, Diario Oficial de la República de Colombia No. 48.910 § (2013).
- Ministerio de Salud; Ministerio de Educación; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, UNICEF, & O. P. de la S. (1992). *Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo Infantil – SUPERVIVIR*.
- Ministerio de Salud, & Instituto PROINAPSA - UIS. (2014). *Sistematización de experiencias significativas en gestión intersectorial para la implementación articulada de la estrategia Escuelas Saludables y la estrategia para la Promoción de Estilos de vida Saludables*. Bucaramanga.
- Ministerio de Salud y Protección Social. ABC del Plan Decenal de Salud Público (2013).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES COLOMBIA*. (J. Rivillas-García, D. Mesa-Lopera, & M. Ospina, Eds.). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *Propuesta Metodológica Áreas Demostrativas AD*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Lineamientos Nacionales de Entornos*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Estrategia de Entorno Educativo Saludable*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, & Universidad Industrial de Santander. (2012). *Guía para la acción conjunta de escuelas saludables y estilos de vida saludables*.
- Ministerio de Sanidad, & Ministerio de Educación y Formación Profesional. (2021). *Medidas de prevención, higiene y promoción de la salud frente a COVID-19 para centros educativos*. Madrid.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, & Ministerio de Educación y Ciencia. (2001). Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. *Salud Pública Educ Salud*, 23–27.

- MinProtección, OPS, MinAmbiente, M. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables - Escuela Saludable y Vivienda Saludable (2006). Colombia. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamientos-nacionales-para-la-aplicacion-y-el-desarrollo-de-las-ees.pdf>
- MinSalud. (2020). *Encuesta Nacional de Salud Escolar - ENSE*. Bogotá.
- MinSalud, MinEducación, ICBF, OPS, & UNICEF. (1999). *Escuela Saludable: La alegría de vivir en paz*. Bogotá.
- Moon, A., Mullee, M., Rogers, L., Thompson, R., Speller, V., Roderick, A., ... Roderick, P. (1999). Health-related research and evaluation in schools. *Health Educ.*, 9.
- Moon, A., Mullee, M., Rogers, L., Thompson, R., Speller, V., & Roderick, P. (1999). Helping schools to become health-promoting environments - an evaluation of the Wessex Healthy Schools Award. *Health Promot Int.*, 14(2). Retrieved from <https://www.semanticscholar.org/paper/Helping-schools-to-become-health-promoting-of-the-Moon-Mullee/85676c9d8ed3c7562925462fc5f3773ddcebd024>
- Moore, M. (1998). *Gestión estratégica y creación de valor*. Barcelona: Paidós. Retrieved from <https://www.probidadenchile.cl/wp/moore-mark-h-gestion-estrategica-y-creacion-de-valor/>
- Moreira, A., & Murillo, P. (2016). Habilidades para la vida como estrategia de promoción de la salud en niños y niñas en riesgo social: programa educativo de enfermería. *Rev. Enfermería Actual de Costa Rica*, 30, 2511–4775. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i30.22114>
- Moscoso, L., & Heredia, L. (2018). Aspectos éticos de la investigación cualitativa con niños. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(1), 51–67. <https://doi.org/10.18359/rabi.2955>
- Mujica, O. (2014). *Monitoreo de la equidad en salud: perspectivas sobre el por qué y el cómo y el para qué*. Reunión de Trabajo sobre Monitoreo de la Equidad en Salud - Proyecto EuroSocial. Lima, Peru. Retrieved from <https://es.slideshare.net/EUROsocial-II/monitoreo-de-la-equidad-en-salud-perspectivas-sobre-el-por-que-y-el-cmo-y-el-para-qu-oscar-j-mujica-md-mp-h-phe>
- National Health and Medical Research Council. (1996). *Effective School Health Promotion*. Canberra.
- Nkamba, E., Tilford, S., & Williams, S. (2008). Components of Health Promoting Schools in Ugandan primary schools: a pilot study. *International Journal of Health Promotion and Education*, 46(3), 84–93. <https://doi.org/10.1080/14635240.2008.10708134>
- Nkinyangi, J., & Van der Vynckt, S. (1995). *Child Health, Nutrition and Educational Participation: A Technical Support Services - Report for the Government of Kenya*. UNESCO. Retrieved from [https://books.google.com.co/books/about/Child\\_Health\\_Nutrition\\_and\\_Educational\\_P.html?id=J8NNAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Child_Health_Nutrition_and_Educational_P.html?id=J8NNAACAAJ&redir_esc=y)
- Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263–274.
- Northfield, J., St Leger, L., Marshall, B., Sheehan, M., Maher, S., & Carlisle, R. (1998). *School Based Health Promotion Across Australia: Background Briefing Report No 1*. Sidney.
- Nuñez, H., Crespo, E., Úcar, X., & Llana, A. (2014). Enfoques de evaluación orientados a la participación en los procesos de acción comunitaria. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 24. [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2014.24.04](https://doi.org/10.7179/PSRI_2014.24.04)
- Nutbeam, D. (1992). The health promoting school: Closing the gap between theory and practice. *Health Promotion International*, 7(3). Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/31104968\\_The\\_health\\_promoting\\_school\\_Closing\\_the\\_gap\\_between\\_theory\\_and\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/31104968_The_health_promoting_school_Closing_the_gap_between_theory_and_practice)
- Nutbeam, D., Aaro, L., & Wold, B. (1991). The lifestyle concept and health education with young people. Results from a WHO international survey. *World Health Statistics Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/03073289.1991.10805745>
- Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L., & Bauman, A. (1993). Warning! Schools can damage your health: Alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29, S25–S30. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1993.tb02256.x>
- Ogilvie, D., Hamilton, V., Egan, M., & Petticrew, M. (2005). Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Finding the evidence: how far should you go? *Journal of Epidemiology and Community Health*,

- 59(9), 804–808. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034181>
- Olsen, L., & Allensworth, D. (n.d.). School Health Education - Characteristics of Effective Programs, Conclusion . Retrieved June 8, 2020, from <https://education.stateuniversity.com/pages/2035/Health-Education-School.html>
- OMS/OPS. (1998). *Orientaciones estratégicas y programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002*. Washington.
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Promocion De La Salud*, 5. Retrieved from <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- OMS. (1992). *Declaración de Santa Fe de Bogotá. Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Santa Fe de Bogotá.
- OMS. (1997). *Fomento de la salud a través de la escuela : informe de un Comité de Expertos de la OMS en Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas*.
- OMS. (2005). *Carta de Bangkok. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*.
- OMS. (2009). *Llamamiento de Nairobi. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud*.
- OMS. (2011). *Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Rio de Janeiro.
- OPS/OMS Colombia. (2008). Experiencias Exitosas de Escuelas Saludables en Colombia. Retrieved June 16, 2020, from [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=414:experiencias-exitosas-de-escuelas-saludables-en-colombia&Itemid=361](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=414:experiencias-exitosas-de-escuelas-saludables-en-colombia&Itemid=361)
- Ornaghi, V., Pepe, A., & Grazzani, I. (2016). False-belief understanding and language ability mediate the relationship between emotion comprehension and prosocial orientation in preschoolers. *Frontiers in Psychology*, 7, 1534. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01534>
- Palomino, P., Grande, M., & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 71–92. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Pan American Health Organization. (1995). *Promoción y educación de la salud escolar: una perspectiva integral; marco conceptual y operativo, taller de capacitación con metodología de diagnóstico y análisis rápido, Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud*.
- Pan American Health Organization. (2003). *Escuelas Promotoras de la Salud - Fortalecimiento de la Iniciativa Regional*.
- Parra-Cabrera, S., Hernández, B., Durán-Arenas, L., & López-Arellano, O. (1999). Alternative models for the epidemiological analysis of obesity as a public health problem. *Revista de Saude Publica*, 33(3), 314–325. <https://doi.org/10.1590/s0034-89101999000300014>
- Parsons, C., Stears, D., & Thomas, C. (1996). The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 55(3), 311–321. <https://doi.org/10.1177/001789699605500306>
- Pasarín, M., Miller, R., & Benedicto, A. (2008). Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Atencion Primaria*. Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1157/13116624>
- Pate, R., Baranowski, T., Dowda, M., & Trost, S. (1996). Tracking of physical activity in young children. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28(1), 92–96. <https://doi.org/10.1097/00005768-199601000-00019>
- Patton, G., Viner, R., Linh, L., Ameratunga, S., Fatusi, A., Ferguson, B., & Patel, V. (2010). Mapping a global agenda for adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 47(5), 427–432. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.019>
- Patton, M. (2003). Utilization-Focused Evaluation. In T. Kellaghan & D. Stufflebeam (Eds.), *International Handbook of Educational Evaluation* (3rd ed., pp. 223–242). Dordrecht, The Netherlands: Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4\\_15](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4_15)
- Perea, R. (2000). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, 26, 15–40.
- Plottu, B., & Plottu, E. (2009). Approaches to Participation in Evaluation: Some Conditions for Implementation. *Evaluation*, 15(3). <https://doi.org/10.1007/s10726-010-9212-8i>
- Potvin, L., & Jones, C. (2011). Twenty-five years after the Ottawa charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 244–248. <https://doi.org/10.1007/bf03404041>

- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B., Thomson, W., Taylor, A., Sears, M., & Moffitt, T. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: A life-course study. *Lancet*, *360*(9346), 1640–1645. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11602-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11602-3)
- Powney, J., Malcolm, H., & Lowden, K. (2000). *Health and Attainment: A Brief Review of Recent Literature. SCRE Research Report Series*. Edinburgh. Retrieved from <http://login.ezproxy.lib.umn.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=eric&AN=ED449891&site=ehost-live>
- Preskill, H., & Torres, R. (1999). Building Capacity for Organizational Learning Through Evaluative Inquiry. *Evaluation*, *5*(1), 42–60. <https://doi.org/10.1177/135638909900500104>
- Pulimeno, M., Piscitelli, P., Colazzo, S., Colao, A., & Miani, A. (2020). School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. *Health Promotion Perspectives*, *10*(4), 316. <https://doi.org/10.34172/HPP.2020.50>
- Quevedo, E. (1992). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. In *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeus Asesos.
- Quintero, E. (2018). Pensar en salud: desde la concepción mágica y religiosa hasta el nuevo paradigma de la complejidad. *Hojas De El Bosque*, *4*(8), 82–91. Retrieved from <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/HEB/article/view/3005/2348>
- Raingruber, B. (2017). Chapter 2. The History of Health Promotion. In *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice*.
- Ramos. (2013). Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública / Healthy and participative schools: evaluation of a public health strategy. *Gaceta Sanitaria*, *27*(2), 104–110. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-110459>
- Ramos, P., Juárez, O., González, I., Pasarín, M., Artazcoz, L., & Díez, E. (2013). Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, *27*(2), 104–110. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-110459>
- Red de Salud del Oriente E.S.E. (2011). Perfil Epidemiológico Distrito Aguablanca, Santiago de Cali. Santiago de Cali: Alcaldía de Santiago de Cali. Retrieved from <http://www.redorienten.net/pdfvigilancia/1.pdf>
- Red de Salud del Oriente E.S.E. (2017). *Análisis de situación en salud*. Santiago de Cali.
- Resnick, M., Harris, L., & Blum, R. (1993). The impact of caring and connectedness on adolescent health and well-being. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *29*, S3–S9. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1993.tb02257.x>
- Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. (A. Garrido, Ed.) (2ª). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.
- Richard, G. (2016). *Acerca del paradigma salubrista como facilitador de procesos de cambio en prevención y tratamiento de adicciones*.
- Robledo-Martínez, R., & Agudelo-Calderón, C. A. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Revista de Salud Pública*, *13*(6), 1031–1050. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000600015>
- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, *18*(52), 39–49. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>
- Rodríguez, C., Lorenzo, O., & Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos: Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanas*, *XV*(2), 133–154.
- Rogers, E., Moon, A., Mullee, M., Speller, V., & Roderick, P. (1998). Developing the “Health-Promoting School” A National Survey of Healthy Schools Awards. *Public Health*, *112*(1), 37–40. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9490887/>
- Rothman, K. (1986). *Modern epidemiology* (1st ed.). Boston: Little Brown.
- Rothman, M., Ehreth, J., Palmer, C., Collins, J., Reblando, J., & Luce, B. (1994). *The potential benefits and costs of a comprehensive school health education program - Draft report*.
- Rowling, L., & Samdal, O. (2011). Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Education*, *111*(5), 347–362. <https://doi.org/10.1108/09654281111161202>
- Sadeghi, R., & Heshmati, H. (2019, December 1). Innovative methods in teaching college health education course: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*. Wolters Kluwer Medknow Publications.

[https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_357\\_18](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_357_18)

- Saforcada, E. (2001). *Psicología Sanitaria, Análisis Crítico de los Modelos de salud*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: principios y aplicaciones* (1st ed.).
- Samdal, O., Nutbeam, B., Wold, B., & Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools - a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 13(3), 383–397. Retrieved from <https://academic.oup.com/her/article/13/3/383/677071>
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptistas, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Santamera, A. (2014). Promoción de la salud. Concepto, antecedentes y perspectivas. *Promoción de La Salud En La Comunidad*, 51.
- Saracci, R. (1997). The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *British Medical Journal*. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7091.1409>
- Scott, M. (1991). Applications for Research and Professional Practice with College Students. *Journal of College Student Development*. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=EJ435444>
- Scriven, A., & Garman, S. (2007). *Public health: social context and action*. (Open University Press, Ed.). London: McGraw-Hill Education.
- Secretaría de Educación Municipal -Alcaldía de Santiago de Cali. (2018). Diagnóstico Estratégico del Sector Educativo. Anuario Educativo del Municipio de Santiago de Cali. Santiago de Cali: Alcaldía de Santiago de Cali.
- Secretaria de Salud Pública de Cali. (2012). Guía instructiva del proceso de tipificación para el alistamiento de la certificación de las Sedes Educativas de básica primaria en la Estrategia Escuelas saludables. Santiago de Cali.
- Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali. (2012). Cartilla Escuelas Saludables - II Edición. Santiago de Cali: Alcaldía de Santiago de Cali. Retrieved from [file:///Users/fabiancolonias/Downloads/ACTUALIZADA\\_cartilla\\_escuelas\\_saludables\\_cali\\_salud.pdf](file:///Users/fabiancolonias/Downloads/ACTUALIZADA_cartilla_escuelas_saludables_cali_salud.pdf)
- Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali. (2019). Diarios de campo - Estrategia Escuelas Saludables. Santiago de Cali.
- Shepherd, J., Dewhurst, S., Pickett, K., Byrne, J., Grace, M., Speller, V., ... Hartwell, D. (2012). Delivery of effective teacher training to promote health and wellbeing in schools: a survey of current practice. *The Lancet*, 380, S67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60423-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60423-7)
- Shulha, L., Whitmore, E., Cousins, J. B., Gilbert, N., & al Hudib, H. (2016). Introducing Evidence-Based Principles to Guide Collaborative Approaches to Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 37(2), 193–215. <https://doi.org/10.1177/1098214015615230>
- Sigerist, H. (1996). Sigerist (1941) "Medicine and Human Welfare." *Journal of Public Health Policy*, 17(2).
- Singh, A., Mulder, C., Twisk, J., Van Mechelen, W., & Chinapaw, M. (2008, September). Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*. *Obes Rev*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x>
- Slaby, R. (n.d.). *Agressors, victims & bystanders: an assesment-based middle school violence prevention curriculum. Final report of grant*. Newton, MA.
- Smits, P., & Champagne, F. (2008). An Assessment of the Theoretical Underpinnings of Practical Participatory Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 29(4), 427–442. <https://doi.org/10.1177/1098214008325023>
- Sociedad Española de Medicina de la Familia y Comunitaria. (2016). Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud 2016 . Retrieved June 7, 2020, from <http://educacionpapps.blogspot.com/p/quienes-somos.html>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Discussion Paper Series on Social Determinants of Health WHO*, 2. Retrieved from [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*. New York: Rinehart and Winston.
- St. Leger, L. (1998). Australian Teachers' Understandings of the Health Promoting School Concept and the Implications for the Development of School Health. *Health Promotion International*, 13(3), 223–236. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/251903100\\_Australian\\_Teachers'\\_Understandings\\_of\\_the\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/251903100_Australian_Teachers'_Understandings_of_the_Health)

\_Promoting\_School\_Concept\_and\_the\_Implications\_for\_the\_Development\_of\_School\_Health

- St Leger, L. (1999). The Opportunities and Effectiveness of the Health Promoting Primary School in Improving Child Health A Review of the Claims and Evidence. *Health Educ Res.*, 14(1). Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10537947/>
- St Leger, L., Kobe, L., Lee, A., & McCall, D. (2007). Young IM. School health promotion: achievements, challenges and priorities. In D. McQueen & C. Jones (Eds.), *Global Perspective on Health Promotion Effectiveness* (pp. 107–124). New York: Springer.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? WHO: Copenhagen*. Copenhagen. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:What+is+the+evidence+on+school+health+promotion+in+improving+health+or+preventing+disease+and+,+specifically+,+what+is+the+effectiveness+of+the+health+promoting+schools+approach+?#0>
- Susser, M. (1998). Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52(10), 608–611. <https://doi.org/10.1136/jech.52.10.608>
- Susser, M., & Susser, E. (1996a). Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, 86(5), 668–673. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.668>
- Susser, M., & Susser, E. (1996b). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674–677. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.5.674>
- Symons, C., Cinelli, B., James, T., & Groff, P. (1997). Bridging Student Health Risks and Academic Achievement Through Comprehensive School Health Programs. *Journal of School Health*, 67(6), 220–227. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1997.tb06309.x>
- Tempelaar, W., Otjes, C., Bun, C., Plevier, C., van Gastel, W., MacCabe, J., ... Boks, M. (2014). Delayed school progression and mental health problems in adolescence: A population-based study in 10,803 adolescents. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0244-5>
- The Pan American Health Organization. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Alma-Ata. Retrieved from [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
- The World Bank. (1993). *World Development Report 1993*. New York.
- Thompson, R. (1989). Evaluating Power Broker: Issues in Maghreb. In R. Conner & M. Hendricks (Eds.), *International Innovations in Evaluation Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Thorlacius, Ö., & Gudmundsson, E. (2019). The Effectiveness of the Children’s Emotional Adjustment Scale (CEAS) in Screening for Mental Health Problems in Middle Childhood. *School Mental Health*, 11(3), 400–412. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9296-x>
- Tjomsland, H. (2010). Sustaining comprehensive physical activity practice in elementary school: a case study applying mixed methods. *Teachers and Teaching*, 16(1), 73–95. <https://doi.org/10.1080/13540600903475678>
- Tjomsland, H., Iversen, A., & Wold, B. (2009). The Norwegian Network of Health Promoting Schools: A Three-Year Follow-Up Study of Teacher Motivation, Participation and Perceived Outcomes. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 53(1), 89–102. <https://doi.org/10.1080/00313830802628364>
- Tones, K. (2002). Reveille for Radicals! The paramount purpose of health education? . *Health Education Research | Oxford Academic*, 17, 1–5. Retrieved from <https://academic.oup.com/her/article/17/1/1/764413>
- Torres, I. (2017). Policy Windows for School-Based Health Education About Nutrition in Ecuador. *Health Promotion Int.*, 32(2), 331–339. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27169412/>
- Tountas, Y. (2009). The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: The role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International*, 24(2), 185–192. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap006>
- Trimillos, R. (1976). Evaluating the Arts in Education. A Responsive Approach. Edited by Robert Stake. Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1975. *NASSP Bulletin*, 60(397), 118–118. <https://doi.org/10.1177/019263657606039727>
- Tulchinsky, T. (2018). Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. *Case Studies in Public Health*, 523. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00028-7>

- U.S. Department of Health and Human Services. (1991). *Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives*. Government Printing Office. Washington, DC.
- UNESCO. (2014). *Convivencia Escolar: Educación y Desarrollo Post-2015*. Santiago de Chile.
- UNICEF. (2020). *Educación en salud: Propuestas para promover hábitos saludables desde la escuela y garantizar el derecho a la salud de toda la comunidad educativa*. Madrid. Retrieved from <https://www.unicef.es/educa/biblioteca/educacion-salud-actividades-recursos>
- Urquía, M. (2019). *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología* (2a Ed.). Buenos Aires, Argentina: DE la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. Retrieved from <http://capacitasalud.com/wp-content/uploads/2019/02/Teorias-dominantes-y-alternativas-de-la-epidemiologia.pdf>
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión Metodológica y Práctica Profesional* (2ª). Madrid: Editorial Síntesis. Retrieved from <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Tecnicas-Cualitativas-De-Investigacion-Social-Valles.pdf>
- Varguillas, C. (2006). El uso de atlas.Ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido upel. Instituto pedagógico rural el mácaro. *Laurus*, 12, 77–83. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/761/76109905.pdf>
- Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud: reseña histórica. . 44. 10.1590/S0036-36342002000300010. *Salud Pública de México*, 44. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000300010>
- Vega, J., Solar, O., & Irwin, A. (2013). Equidad en salud y determinantes sociales de la salud, conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. In *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES)*.
- Vega, R. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, 8(16), 7–11.
- Vela, A. (2011). Historia de los paradigmas en salud. Retrieved June 17, 2020, from <https://www.monografias.com/trabajos88/historia-paradigmas-salud/historia-paradigmas-salud2.shtml>
- Viñao, A. (2010). Higiene, salud y educación en su perspectiva histórica. . *Educar, Curitiba*, 36.
- Wadsworth, M., & Kuh, D. (1997). Childhood influences on adult health: A review of recent work from the British 1946 national birth cohort study, the MRC National Survey of Health and Development. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 11(1), 2–20. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.1997.d01-7.x>
- Walker, C., & Black, R. (2010). Diarrhoea morbidity and mortality in older children, adolescents, and adults. *Epidemiology and Infection*, 138(9), 1215–1226. <https://doi.org/10.1017/S0950268810000592>
- Wharton, T., & Alexander, N. (2013). Evaluating a Moving Target: Lessons Learned from Using Practical Participatory Evaluation (P-PE) in Hospital Settings. *American Journal of Evaluation*, 34(3), 402–412. <https://doi.org/10.1177/1098214013477728>
- Whitaker, R., Wright, J., Pepe, M., Seidel, K., & Dietz, W. (1997). Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. *New England Journal of Medicine*, 337(13), 869–873. <https://doi.org/10.1056/NEJM199709253371301>
- White, D., & Pitts, M. (1999). Educating Young People About Drugs: A Systematic Review. *Addiction*, 93(10), 1475–1487.
- White, F. (2020). Application of Disease Etiology and Natural History to Prevention in Primary Health Care: A Discourse. *Medical Principles and Practice*, 29(6), 501–513. <https://doi.org/10.1159/000508718>
- Whitehead, D. (2003). Health promotion and health education viewed as symbiotic paradigms: Bridging the theory and practice gap between them. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 796–805. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00804.x>
- Whitehead, D. (2007). Reviewing health promotion in nursing education. *Nurse Education Today*, 27(3), 225–237. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.05.003>
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. Copenhagen. Retrieved from [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- Whitman, C., & Aldinger, C. (2009). *Case Studies in Global School Health Promotion: From Research to Practice*. (C. Whitman & C. Aldinger, Eds.). Springer. Retrieved from

[https://books.google.com.co/books?id=pa4MvNEzRw0C&pg=PA3&lpg=PA3&dq=health+promoting+schools+world+evolution&source=bl&ots=I8AYnEPmh0&sig=ACfU3U2HxaLC2YF\\_6p9Y7zJB3BRzNwmpCw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjbieu0tPfpAhXGVN8KHfGVCrQQ6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?id=pa4MvNEzRw0C&pg=PA3&lpg=PA3&dq=health+promoting+schools+world+evolution&source=bl&ots=I8AYnEPmh0&sig=ACfU3U2HxaLC2YF_6p9Y7zJB3BRzNwmpCw&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjbieu0tPfpAhXGVN8KHfGVCrQQ6AEwAHoECAoQAQ#v=onepage&q&f=false)

- WHO. (1946). World Health Organization Constitution. Retrieved June 17, 2020, from <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WHO. (1984). *Discussion document on the concept and principles of health promotion*. Copenhagen,.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canadá, 21 de Noviembre de 1986. Retrieved June 6, 2020, from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- WHO. (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion. Sundsvall, Sweden. 1991. Retrieved June 6, 2020, from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- WHO. (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir*. Ginebra.
- WHO. (1996a). *Research to improve implementation and effectiveness of school health programmes*.
- WHO. (1996b). *Research to Improving School Health Programmes: Barriers and Strategies*.
- WHO. (1997a). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. *Yakarta, Indonesia*. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891998000100019>
- WHO. (1997b). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. [En línea] Fourth International Conference on Health Promotion, Yakarta, Indonesia, 21 al 25 de Julio de 1997. Retrieved June 6, 2020, from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
- WHO. (1998a). *Health-Promoting Schools: A healthy setting for living, learning and working*. Geneva.
- WHO. (1998b). *Health Promotion Glossary*. Geneva.
- WHO. (1998c). *Health Promotion Glossary*.
- WHO. (1998d). *Promoción de la Salud Glosario*. Ginebra.
- WHO. (2001). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Edited by Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. WHO Regional Publications, European Series (Vol. 92). Copenhagen. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/108934/E73455.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf?ua=1)
- WHO. (2013). *Declaración de Helsinki*. Retrieved from [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement\\_2013/en/index1.html](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index1.html)
- WHO. (2016a). 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud - Recursos. Retrieved June 7, 2020, from <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/es/>
- WHO. (2016b). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. WHO. Shanghai: World Health Organization.
- WHO. (2017). *Global School Health Initiatives: Achieving Health and Education Outcomes REPORT OF A MEETING Bangkok, Thailand, 23-25 November 2015*. Bangkok. Retrieved from <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO. (2018). *Global Standards for Health Promoting Schools Concept Note*.
- WHO - Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies A foundation document to guide capacity development of health educators*. Cairo.
- WHO - Regional Office for the Western Pacific. (2016). *Health Promoting Schools Framework*. WPRO. WPRO | WHO Western Pacific Region. Retrieved from [http://www.wpro.who.int/health\\_promotion/about/health\\_promoting\\_schools\\_framework/en/](http://www.wpro.who.int/health_promotion/about/health_promoting_schools_framework/en/)
- WHO - Regional Office for the Western Pacific. (2017). *Health Promoting Schools: Experiences from the Western Pacific Region*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254658/9789290617884-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO Global School Health Initiative & World Health Organization. Health Education and Promotion Unit. (1996). *Promoting health through schools*.

- WHO Global School Health Initiative & World Health Organization Health Education and Promotion Unit. (1996). *The status of school health*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63364>
- WHO, & UNESCO. (2021a). *Making every school a health-promoting school: country case studies*. Geneva. <https://doi.org/978-92-4-002543-1>
- WHO, & UNESCO. (2021b). *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/activities/making-every-school-a-health-promoting-school>
- WHO, & UNESCO. (2021c). *Making every school a health-promoting school: Implementation Guidance*. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073>
- Wholey, J. (1987). Evaluability assessment: Developing program theory. *New Directions for Program Evaluation*, 1987(33), 77–92. <https://doi.org/10.1002/ev.1447>
- Whyte, W. (1991). *Participatory action research*. SAGE.
- Wright, C., Parker, L., Lamont, D., & Craft, A. (2001). Implications of childhood obesity for adult health: Findings from thousand families cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323(7324), 1280–1284. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7324.1280>
- Wu, T. (2014). Using smart mobile devices in social-network-based health education practice: A learning behavior analysis. *Nurse Education Today*, 34(6), 958–963. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.01.013>
- Zubiría-Samper, J. (2021, February 15). ¿Por qué no están seguros los niños en sus hogares? *El Espectador*. Retrieved from <https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/julian-de-zubiria-samper/por-que-no-estan-seguros-los-ninos-en-sus-hogares-column/>

**ANEXOS**

## Anexo 1. Material de trabajo

La unidad hermenéutica de esta investigación está compuesta por 40 documentos primarios discriminados así: 4 de entrevistas, 11 de grupos de discusión, 10 de carteles parlantes y 15 del análisis documental, de los cuales diez son los documentos de los Proyectos Educativos Institucionales y cuatro más son documentos técnicos o conceptuales sobre la estrategia de Escuelas Saludables. Así mismo la información analizada se encuentra estructurada en 7 dimensiones y 32 categorías, de toda esta información estructurada se pudo sustraer en total 1312 citas como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 34. Composición de la unidad hermenéutica de la investigación.

		☐ 15 " 113	☐ 10 " 261	☐ 4 " 176	☐ 11 " 438	Totales
		Análisis Documental	Carteles Parlantes	Entrevistas	Grupos de discusión	
◊ 5 " 138	Adaptaciones locales y reconocimiento de EES	84	10	27	17	138
◊ 8 " 246	Factores facilitadores	36	27	56	127	246
◊ 11 " 268	Factores obstructores	14	64	52	138	268
◊ 2 " 21	Implementación y tipificación	8		6	7	21
◊ 4 " 122	Lineamientos generales	67	1	36	18	122
◊ 5 " 175	Participación de actores	16	26	15	118	175
◊ 10 " 342	Percepción de beneficios de le EES	29	150	16	147	342
	Totales	254	278	208	572	1312

Fuente: información extraída del análisis con ATLAS-Ti.

## Dimensión lineamientos generales

A la vista de los datos extraídos se puede observar que en cuanto a la dimensión denominada lineamientos generales, la categoría que logró tener más citas fue la de componentes de ES con 74 citas, la segunda categoría fue la de objetivos con 14.

Tabla 35. Dimensión lineamientos generales: Categorías, fundamentación y densidad.

Dimensión	Categorías	Definiciones	Citas	Categorías Vinculadas
Lineamientos generales	Actores	Actores que se participan en la estrategia	1	1
	Componentes de ES	Componentes o líneas de trabajo en las que se presenta la estructura de la ES	74	5
	Objetivos	Objetivos planteados en este tipo de estrategias	14	2

## Dimensión implementación y tipificación

De la dimensión de implementación y tipificación hacen parte como se mencionó, las categorías de nivel de implementación y tipificación, fue de esta última de la que precisamente se obtuvieron más citas (15), en ella se categorizaron todas aquellas menciones que hacían alusión al proceso mediante el cual Cali ha hecho monitoreo y seguimiento a la estrategia de Escuelas Saludables.

Tabla 36. Dimensión implementación y tipificación: Categorías, fundamentación y densidad.

Dimensión	Categorías	Definiciones	Citas	Categorías vinculadas
Implementación y tipificación	Nivel de implementación	Las escuelas en Cali se ubican en niveles de implementación de acuerdo a su evolución: superior, medio y bajo	7	1
	Tipificación	Proceso por el que Cali ha hecho monitoreo y seguimiento anual a las escuelas	15	2

## Dimensión adaptaciones locales y reconocimiento de EES

Respecto a la dimensión de adaptaciones locales y reconocimiento de la EES, de las cinco categorías incluidas se puede observar que en la que se relacionan más citas es la de documentos institucionales (40) seguido por la de adaptaciones municipales y herramientas pedagógicas (37) y reconocimiento de EES (35). Así mismo se puede observar que en relación con la densidad, la categoría de adaptaciones municipales es el que más subcategorías tiene vinculadas.

Tabla 37: Dimensión adaptaciones locales y reconocimiento de EES: Categorías, fundamentación y densidad.

Dimensión	Categorías	Definiciones	Citas	Categorías vinculadas
<b>Adaptaciones locales y reconocimiento de EES</b>	Reconocimiento EES	Como entienden los actores la estrategia de ES	35	2
	Adaptaciones municipales	Descripción de las adaptaciones locales en Cali que se han hecho de lo señalado a nivel nacional	37	8
	Documentos institucionales	Relación de documentos al interior de las escuelas en donde se ha o se debería gestionar la EES	40	4
	Herramientas pedagógicas	Herramientas planteadas y/o desarrolladas para implementar la EES	37	3

## Dimensión factores facilitadores

En la dimensión de factores facilitadores se incluyeron categorías predefinidas y emergentes como se mencionó anteriormente, en la siguiente tabla se definen cada una de ellas. En relación con el número de citas rescatadas del conjunto de documentos primarios, podemos señalar que la categoría a la cual se adscribió el mayor número de estas es a la de personal técnico comprometido con 71 citas, en segundo y tercer lugar están las de procesos formativos (48) y la de incorporación de temas en el PEI (37).

Otro aspecto para resaltar en esta dimensión es que referente a la densidad, la categoría a la que se le vinculan más categorías es el de personal técnico comprometido con 7 vinculadas.

Tabla 38. Dimensión factores facilitadores: Categorías, fundamentación y densidad.

Dimensión	Categorías	Definiciones	Citas	Categorías vinculadas
<b>Factores facilitadores</b>	Incorporación temas en PEI	Descripción de cómo se incorporan temas de la EES en los documentos institucionales	37	2
	Participación de actores	Relación del proceso de participación de actores en la implementación de la EES	81	6
	Personal técnico comprometido	Identificación de roles técnicos que se señalan como comprometidos con la EES: Profesores, funcionarios municipales	71	7
	Procesos formativos	Identificación de actividades de capacitación continua a diferentes actores	48	6
	Trabajo en red	Identificación de la organización de las escuelas en redes y el producto de estas formas organizativas	13	3
	Tipificación	Proceso por el que Cali a hecho monitoreo y seguimiento anual a las escuelas	15	2
	Voluntad política	Identificación de cuanto la voluntad de los que toman decisiones respalda la implementación de la EES	14	6

## Dimensión participación de actores

Esta dimensión incluyó dos categorías, la de dificultades para la participación con 35 y la calidad de la participación con 20 citas, esta última fue la categoría con más categorías vinculadas.

Tabla 39. Dimensión participación de actores: Categorías, fundamentación y densidad.

Dimensión	Categorías	Definiciones	Citas	Categorías vinculadas
<b>Participación de actores</b>	Dificultades para la participación	Descripción de las cuestiones que hace difícil que los actores participen	35	4
	Calidad de participación	Descripción de la cualificación de la participación de actores	20	5

## Dimensión factores obstructores

Por su parte la dimensión de factores obstructores se estructuró en 8 categorías entre predefinidas y emergentes, la categoría en la que más citas se asocian es la de baja participación (49), seguido por tres más con más de cuarenta unidades de significado así: escasos recursos (43), comprensión limitada del alcance de EES (42) y falta de acompañamiento (41).

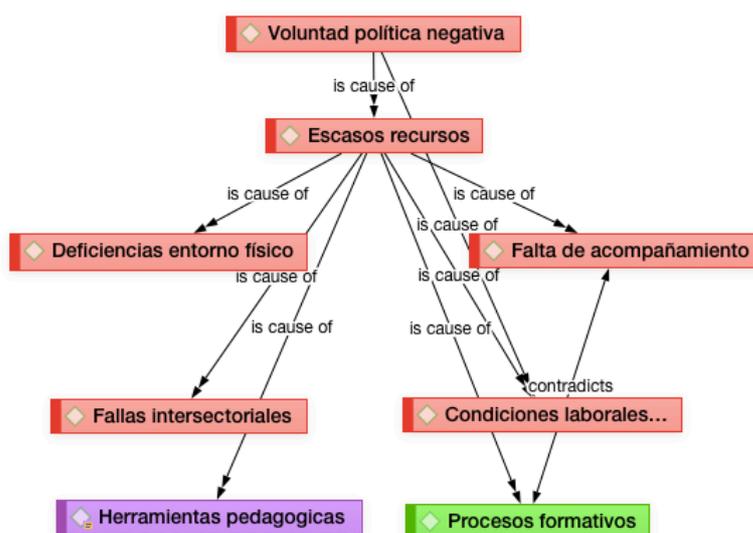
Tabla 40. Dimensión factores obstructores: Categorías, fundamentación y densidad.

Dimensión	Categorías	Definiciones	Citas	Categorías vinculadas
<b>Factores obstructores</b>	Baja participación	Descripción de la baja participación de actores en la implementación y sus implicaciones	49	4
	Comprensión limitada de alcance de EES	Cuando los actores relacionan la EES con cuestiones específicas pero no en lógica integral de la misma o no relacionan sus efectos ampliados	42	7
	Condiciones laborales	Identificación de cuestiones relacionadas a las condiciones en las que trabajan las personas que acompañan la implementación de la EES	13	2
	Deficiencias entorno	Descripción de cómo las carencias del ambiente físico de las escuelas y el entorno afecta la implementación	24	2
	Escasos recursos	Identificación de cómo recursos (humanos y financieros) para la implementación son escasos en los diferentes contextos	43	6
	Fallas intersectoriales	Identificación de vacíos de otros sectores diferentes a salud y educación que pueden incidir en este tipo de estrategia	21	6
	Falta de acompañamiento	Relación de la falta de acompañamiento a las escuelas por parte del equipo técnico para el desarrollo de actividades	41	2
	Intervención desarticulada en escuelas	Identificación de cómo diferentes actores tanto de otros sectores como del mismo sector salud llegan a la escuela con intervenciones que no se articulan con la EES	15	3

En cuanto a densidad es importante señalar que cuatro categorías se vinculan de forma importante con otras, es así como la de comprensión limitada de alcance de ESS se vincula con 7 más, las de fallas intersectoriales, voluntad política adversa y la de escasos recursos con 6.

Los escasos recursos como se observa (Gráfico 37), se relacionan como causa de categorías: i. deficiencias entorno físico, ii. falta de acompañamiento, iii. fallas intersectoriales, v. condiciones laborales, vi. herramientas pedagógicas y vii. procesos formativos, así mismo la categoría de recursos escasos humanos y económicos contradice a la de escasos recursos, por último, la voluntad política negativa se presenta como la causa de los escasos recursos.

Gráfico 37. Categoría escasos recursos con categorías vinculadas.



## Dimensión percepción de beneficios de la EES

En esta dimensión podemos observar que de las cinco categorías que la conforman, dos se relacionan a un número superior de 70 citas, la categoría que más unidades de significado presenta es la de impacto hábitos/estilos de vida con 81 citas, seguido de utilidad de EES con 79, a las tres categorías restantes se les relacionan entre 10 y 37 citas. Respecto a la densidad podemos observar que la categoría que más se vincula con otras es la de impacto hábitos/estilos de vida con 7 categorías más.

Tabla 41. Categoría percepción de beneficios de la EES.

Dimensión	Categorías	Definiciones	Citas	Categorías vinculadas
Percepción de beneficios de la EES	Convivencia	Descripción de aspectos relacionados al ambiente psicosocial de las escuelas (incidentes que lo afectan, mecanismos para gestionarlos)	37	3
	Gusto por escuela	Identificación de si la escuela les gusta a los escolares (aspectos físicos y/o psicosociales)	11	4
	Impacto Hábitos/Estilos de vida	Relación de cuestiones identificadas en la implementación que tienen impacto en los hábitos y estilos de vida de los actores	81	7
	Salud física	Descripción de aspectos relacionados a la salud física de los escolares que se impactan con la implementación	33	3
	Utilidad de la EES y otros beneficios	Identificación de cómo esta estrategia ha sido útil en la voz de estudiantes, familias, profesores y técnicos	79	4

## Anexo 2. Consentimiento informado para entrevistas



### CONSENTIMIENTO INFORMADO (ENTREVISTAS)

La presente investigación tiene por objetivo evaluar la Estrategia de Escuelas Saludables implementada en Cali, Colombia desde un enfoque participativo. Para tal fin analizaremos el estado de la implementación, así como la evaluación del proceso de desarrollo desde la perspectiva de los diferentes actores.

Usted ha sido seleccionado/a para participar en dicha evaluación, pues consideramos que por su rol en el desarrollo de la estrategia es muy importante su percepción, si usted accede a participar en esta investigación se le pedirá responder preguntas en una entrevista que tomaran aproximadamente entre 60 y 90 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante esta se grabará para posteriormente transcribir las ideas que usted haya expresado, una vez transcritas estas grabaciones, se destruirán. Las respuestas y lo conversado será estrictamente confidencial ya que la información será codificada y por lo tanto no llevará su nombre.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en la entrevista o a través del correo **coloniafabian@gmail.com**. Su participación no significa riesgos físicos, psicológicos o sociales. Igualmente podrá conocer los resultados finales del mismo y podrá retirarse de la sesión o negarse a responder si así lo considera.

Agradecemos su participación.

---

Yo \_\_\_\_\_ acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado/a del propósito de esta. Me han indicado que se deben responder preguntas y que puedo retirarme de la investigación o negarme a responder cuando yo lo considere. Se me ha informado además del tiempo de la participación en la sesión.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta investigación. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido y que no corro ningún riesgo asociado a esta investigación.

ORIGINAL FIRMADO

Nombre y firma del participante

Santiago de Cali, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

El original del presente documento de consentimiento queda en poder del investigador principal del estudio y usted puede solicitar una copia.

**FABIÁN COLONIA GARCÍA**  
Investigador Principal

### Anexo 3. Consentimiento informado para grupos de discusión y carteles parlante



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO (GRUPOS DE DISCUSIÓN Y CARTELES PARLANTE)

La presente investigación tiene por objetivo evaluar la Estrategia de Escuelas Saludables implementada en Cali, Colombia desde un enfoque participativo. Para tal fin analizaremos el estado de la implementación, así como la evaluación del proceso de desarrollo desde la perspectiva de los diferentes actores.

Usted o su hijo/a ha sido seleccionado para participar en dicha evaluación pues consideramos que su percepción es de suma importancia que en el desarrollo de la misma, si usted accede a participar en esta investigación se le pedirá responder preguntas en una jornada de grupos de discusión, en el caso de los alumnos las sesiones se harán en una adaptación de los grupos de discusión que hemos denominado "carteles parlantes" con la ayuda de dibujos. Las sesiones tomarán aproximadamente entre 60 y 90 minutos de su tiempo. Lo que conversemos se grabará para poder posteriormente transcribir las ideas que se hayan expresado, las grabaciones se destruirán una vez transcritas. Las respuestas y lo conversado será estrictamente confidencial ya que la información será codificada y por lo tanto no llevará nombres. Así mismo, en el desarrollo de las actividades será posible el registro fotográfico de las mismas para el archivo de la investigación y en ningún caso se usaran estas con fines diferentes a los académicos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en las sesiones o a través del correo **coloniafabian@gmail.com**. Su participación o la de la persona de la que es responsable no significa riesgos físicos, psicológicos o sociales. Igualmente podrá conocer los resultados finales del mismo y podrá retirarse de las sesiones o negarse a responder si así lo considera.

Agradecemos su participación.

.....

Acepto a título personal, yo \_\_\_\_\_ o como acudiente/tutor de \_\_\_\_\_, participar voluntariamente en esta investigación. Se me ha informado/a del propósito de esta. Se me ha indicado también, que se deben responder preguntas y que puedo retirarme de la investigación o negarme a responder cuando yo lo considere. Se me ha informado además del tiempo de la participación en las sesiones.

Reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito diferente al de esta investigación. Se me ha informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento, sin que esto acarree perjuicio alguno para mí.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido y que yo o la persona de la cual soy acudiente no corre ningún riesgo asociado a esta investigación.

ORIGINAL FIRMADO

Nombre y firma del participante

**FABIÁN COLONIA GARCÍA**  
Investigador Principal

Santiago de Cali, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

En el caso de los carteles parlantes en el espacio de nombre y firma de participante se consigna tanto el del tutor como el del alumno - El original del presente documento de consentimiento queda en poder del investigador principal del estudio y usted puede solicitar una copia.

## Anexo 4. Guía entrevista



### GUIA ENTREVISTA EVALUACIÓN ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES

#### Preámbulo:

- Le agradecemos que haya aceptado la invitación para conversar acerca de este tema. Como ya es bien sabido estamos adelantando la evaluación de la estrategia “Escuelas Saludables” que ha implementado la ciudad de Santiago de Cali con un enfoque participativo, por lo tanto el proceso pretende darle voz a los distintos actores que hacen parte de la misma. El proceso evaluativo considera desde describir y analizar aspectos relacionados a la implementación hasta la evaluación propiamente dicha. Su experiencia y conocimiento de la misma en las diferentes etapas es muy importante para lograr nuestro objetivo.
- Si usted autoriza, nos gustaría grabar la entrevista, pues todo lo que diga es muy importante y no quisiera que en el intento de tomar notas no pudiera escuchar y escribir todo lo que dicen. Además las grabaciones permiten una mayor fidelidad en el momento del análisis de la información.
- La información que se tratará en esta entrevista es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará su nombre.
- Es importante que sepa que en cualquier momento de la entrevista pueden interrumpir, y que no están obligado/a a responder todas las preguntas, pues este es un acuerdo voluntario.
- ¿Esta de acuerdo con la manera como se realizará la entrevista?, si es así, comencemos.

Objetivo general	Objetivos específicos	Dimensión
Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables (ES) en Cali.	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Detallar en qué medida se han implementado los lineamientos que el país ha establecido para este asunto en Santiago de Cali.</li> <li>○ Identificar que tipo de adaptaciones se han hecho al aplicar los lineamientos nacionales.</li> </ul>	Implementación y tipificación
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué documentos normativos y técnicos del nivel nacional conoce usted que estén relacionados a este tipo de estrategias?</li> <li>2. ¿Conoce si estos documentos han recibido actualizaciones a nivel nacional? ¿Cuáles?</li> <li>3. ¿Considera útil este tipo de documentos?</li> <li>4. ¿Conoce si la ciudad de Cali ha hecho adaptaciones a los lineamientos nacionales?</li> <li>5. ¿Si las hay que tipo de documentos locales soportan dichas adaptaciones?</li> <li>6. ¿Considera que Cali podría actualizar alguno de estos documentos adaptados? ¿Sería útil alguna adaptación? ¿Por qué?</li> </ol>		
Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.	Determinar qué elementos han facilitado el proceso de desarrollo de la estrategias de ES.	Factores facilitadores
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. ¿Que aspectos o elementos considera usted han facilitado el desarrollo de esta estrategia?</li> <li>8. ¿Cuáles de estos elementos facilitadores considera usted están relacionados directamente a su dependencia y cuales a otras dependencias?</li> </ol>		
Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.	Determinar qué elementos han dificultado el proceso de desarrollo de ES.	Factores obstructores
<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Que aspectos o elementos considera usted han facilitado el desarrollo de esta estrategia?</li> <li>10. ¿Cuáles de estos elementos que la han dificultado considera usted están relacionados directamente a su dependencia y cuales a otras dependencias?</li> </ol>		
Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.	Identificar los documentos de centro que han institucionalizado la estrategia de EPS en Santiago de Cali.	Adaptaciones locales y reconocimiento



GUIA ENTREVISTA  
EVALUACIÓN ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES

12. ¿Sabe usted si los documentos de centro o planes educativos institucionales incorporan elementos de la EES? 13. ¿Qué conoce del proceso con el cual estos documentos internos se nutren de documentos externos? 14. ¿Sabe usted si estos documentos sufren actualizaciones?		
<i>Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>Detallar las herramientas pedagógicas que se han desarrollado en Santiago de Cali y como estas se han nutrido de la participación de distintos actores</i>	<i>Participación de actores</i>
15. ¿Conoce usted como se da el proceso de diseño de herramientas pedagógicas usadas en la EES? 16. ¿Sabe si durante este proceso participan distintos actores de la comunidad escolar? 17. ¿Cómo se materializa esa participación? 18. ¿Considera que este tipo de herramientas se adaptan a las realidades educativas y del contexto local?		
<i>Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida.</i>	<i>Percepción beneficios de la EES</i>
19. ¿Desde su rol percibe algún beneficio de esta estrategia? ¿Por qué?		

**Comentarios finales:**

Antes de terminar, nos gustaría saber: ¿si desea añadir algo, si hizo falta alguna pregunta, si hay algo que hubieran querido decir y no se los hemos preguntado?

Les agradecemos su colaboración y disposición para contestar nuestras preguntas. Si fuera necesario, ¿podríamos contactarlos para aclarar o complementar alguna de sus respuestas?

## Anexo 5. Guía grupos de discusión



### GUIA GRUPOS DE DISCUSIÓN EVALUACIÓN ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES

#### Preámbulo:

- Les agradecemos que hayan aceptado la invitación para conversar acerca de este tema. Como ya es bien sabido estamos adelantando la evaluación de la estrategia “Escuelas Saludables” que ha implementado la ciudad de Santiago de Cali con un enfoque participativo, por lo tanto el proceso pretende darle voz a los distintos actores que hacen parte de la misma. El proceso evaluativo considera desde describir y analizar aspectos relacionados a la implementación hasta la evaluación propiamente dicha. La experiencia de cada uno de ustedes como actores claves es muy importante para lograr nuestro objetivo.
- Si me autorizan, me gustaría grabar la conversación, pues todo lo que digan es muy importante y no quisiera que en el intento de tomar notas no pudiera escuchar y escribir todo lo que me cuentan. Además las grabaciones permiten una mayor fidelidad en el momento del análisis de la información.
- La información que se tratará en esta conversación es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, pero no se utilizará sus nombres.
- Yo les haré una serie de preguntas para ir guiando esta conversación, estas pueden ser respondidas por cualquiera de los aquí asistentes y las respuestas que me vayan dando pueden ser controvertidas o complementadas por los demás participantes. Es importante que sepan que en cualquier momento de la sesión pueden interrumpir, y que no están obligados a responder todas las preguntas, pues este es un acuerdo voluntario.
- ¿Están de acuerdo con la manera como se realizará la sesión?, si es así, comencemos.

Objetivo general	Objetivo específico	Dimensión
<i>Conocer el estado de implementación de Escuelas Saludables (ES) en Cali.</i>	<i>Caracterizar las Escuelas Saludables en Cali.</i>	<i>Implementación y tipificación</i>
1. ¿Saben si existe alguna diferencia entre las escuelas en relación con la implementación de la EES? 2. ¿Qué conocen del proceso de tipificación de la EES? 3. ¿Para qué consideran puede servir la tipificación?		
<i>Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>Determinar qué elementos han facilitado el proceso de desarrollo de la estrategias de ES.</i>	<i>Factores facilitadores</i>
4. ¿Cómo se relacionan las acciones de la EES con el PEI de su institución? 5. ¿Cuáles consideran ustedes son los componentes de ES que han impactado positivamente en la escuelas? 6. ¿Cuáles consideran ustedes son los elementos que han facilitado el desarrollo de esta estrategia?		
<i>Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>Determinar qué elementos han dificultado el proceso de desarrollo de ES.</i>	<i>Factores obstructores</i>
7. ¿Cuáles son los elementos que consideran ustedes han dificultado el desarrollo de esta estrategia? 8. ¿La EES ha tenido algún factor negativo a nivel local? ¿Cuál y por qué? 9. ¿Estas cuestiones que dificultan se han superado o se mantienen?		
<i>Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>Determinar el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas de la puesta en marcha de las estrategias los padres, alumnos y comunidad local de Cali.</i>	<i>Participación de actores</i>
10. ¿Cuáles actores de la comunidad educativa han participado de la implementación de ES en la escuela? 11. ¿De que forma participan cada uno de los actores? 12. ¿Cuál cree que es la motivación de cada uno de los actores? 13. ¿Los diferentes actores se vinculan en las diferentes fases de la implementación? ¿De qué manera? 14. ¿La comunidad aledaña a las escuelas participa de alguna forma? (si es positivo) ¿Cómo participa? ¿Por qué cree que participa? 15. (si es negativo) ¿Por qué no participa? ¿Cree que se pueden vincular? ¿para qué?		
<i>Evaluar el proceso de desarrollo</i>	<i>Identificar la percepción de los miembros de</i>	<i>Percepción beneficios</i>



**GUIA GRUPOS DE DISCUSIÓN  
EVALUACIÓN ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES**

<i>de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida.</i>	<i>de la EES</i>
<p>16. ¿Creen que la escuela ofrece un entorno seguro y de apoyo saludable para sus hijos?</p> <p>17. ¿Cree que la EES ha ayudado a defender y promover la convivencia y equidad?</p> <p>18. ¿Cómo cree que la EES ha aportado para la nutrición adecuada?</p> <p>19. ¿Cómo cree que la EES ha aportado para el autocuidado y una vida saludable?</p> <p>20. ¿Cómo cree que ha aportado frente al consumo de SPA?</p> <p>21. ¿Creen que la implementación de ES en Cali ha mejorado las condiciones de salud de la comunidad educativa?</p> <p>22. ¿Consideran que ES ha ayudado a mejorar el entorno físico de la IE?</p> <p>23. ¿Consideran que ES ha ayudado a mejorar el entorno social de la IE?</p> <p>24. ¿Considera que ES ha aumentado el nivel de conocimientos de los estudiantes y mejorado sus competencias de salud? (incluido pautas básicas de higiene; hábitos saludables, alimentación equilibrada, la práctica de actividad física o la prevención de conductas de riesgo?</p> <p>25. ¿Qué otros beneficios de los que no hayamos hablado cree que produce esta estrategia?</p>		

Muchas gracias.

## Anexo 6. Guía carteles parlante



### GUIA CARTEL PARLANTE EVALUACIÓN ESTRATEGIA ESCUELAS SALUDABLES

#### Preámbulo:

- Gracias por venir a que conversemos sobre sus escuelas, nosotros estamos evaluando la estrategia "Escuelas Saludables" para ver que funciona y que no y nos parece que ustedes como estudiantes tienen cosas interesantes que contarnos sobre esta estrategia.
- Lo primero que haremos es que les entregaremos un listado de preguntas para que ustedes de forma individual las puedan leer, luego de eso nos organizaremos en el grupo y empezaremos a resolver las preguntas pero de forma conjunta. Las respuestas a cada pregunta las deben ir poniendo en la cartelera o el tablero.
- La información que se tratará en esta conversación es secreta, es decir que para poder guardarla usaré un código y no los nombres de ustedes.
- Al final de la sesión haremos como una presentación en la que con el cartel finalizado yo les iré haciendo cada pregunta y ustedes me las van respondiendo de acuerdo a lo que se haya hecho en el cartel, estás pueden ser respondidas por cualquiera de los participantes y las respuestas que me vayan dando pueden ser controvertidas o complementadas por los demás. Es importante que sepan que en cualquier momento de la sesión pueden interrumpir, y que no están obligados a responder todas las preguntas, pues esto es voluntario.
- ¿Están de acuerdo con la manera como se realizará la sesión?, si es así, comencemos.

Objetivo general	Objetivo específico	Dimensiones
<i>Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>Determinar el grado de participación que han tenido en las diferentes etapas de la puesta en marcha de las estrategias los padres, alumnos y comunidad local de Cali.</i>	<i>Participación de actores Adaptaciones locales y reconocimiento de EES</i>
1. ¿Para ustedes que es una Escuela Saludable? 2. ¿En tu sede educativa quienes son los encargados de desarrollar las acciones de Escuela Saludable? 3. ¿Ustedes como estudiantes participan? ¿Cómo lo hacen? ¿por qué participan?		
<i>Evaluar el proceso de desarrollo de Escuelas Saludables desde la perspectiva de diferentes actores en Cali.</i>	<i>Identificar la percepción de los miembros de la comunidad escolar sobre como la puesta en marcha de este tipo de estrategias ha impactado su vida.</i>	<i>Percepción beneficios de la EES</i>
4. ¿Cuándo se sienten enfermos que pasa en tu escuela? 5. ¿A la escuela vienen doctores o enfermeras? ¿a qué? 6. ¿Cuáles son las actividades que se hacen en Escuelas Saludables? 7. ¿En su escuela hay problemas de convivencia? ¿cuáles? 8. ¿Qué han aprendido con Escuelas Saludables? 9. ¿Qué es una alimentación saludable? 10. ¿Cuentan en sus casas lo que hacen con ES? 11. ¿Tu escuela es limpia? 12. ¿Les gusta su escuela? ¿por qué? 13. ¿Se sienten seguros en la escuela? ¿por qué?		

Muchas gracias.