

# Salud Pública de Medellín



Volumen 5, Suplemento 2, Diciembre 2011- ISSN 1909 -1265

Medellín  
un hogar para la vida



Alcaldía de Medellín



*Volumen 5, Suplemento 2, Diciembre 2011*  
ISSN 1909 -1265

Aníbal Gaviria Correa  
*Alcalde*

Gabriel Jaime Guarín  
*Secretaria de Salud*

Clara Luz Trujillo Escobar  
*Subsecretaria de Salud Pública*

Gloria Inés Garro Cossio  
*Subsecretaria de Planeación*

Gloria Emilse Urrego Urrego  
*Subsecretaría de Gestión Administrativa*

Alberto Aristizabal Ocampo  
*Subsecretaria de Aseguramiento*

Gabriel Jaime Guarín  
*Editorial*

**Diseño, diagramación e impresión**  
Impresos Begón Ltda.

### **Información general de la revista**

La Revista Salud Pública de Medellín presenta artículos científicos en el campo de la salud colectiva. Su aporte se orienta a los diferentes condicionantes, tanto del sector salud como de otros sectores que estén involucrados con la salud de las poblaciones, con el objeto de que sirvan tanto en la definición de estrategias, como en la toma de decisiones y contribuyan a impactar positivamente en la calidad de vida de la ciudadanía.

**Salud Pública de Medellín**  
Revista de la Secretaría de Salud  
Municipio de Medellín  
Volumen 5, Número 2, Diciembre de 2011

Diseño carátula y contra-carátula: Secretaría de Salud de Medellín  
Foto portada: Secretar de Salud de Medellín

La Revista Salud Pública de Medellín publica artículos con base en la revisión anónima por pares y se adhiere a las políticas, criterios y recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (ICMJE). La Revista Salud Pública de Medellín tiene un tiraje de 1000 ejemplares que en su mayoría son distribuidos gratuitamente entre personal e instituciones de salud y de la educación.

**Para canje, compra o suscripción diríjase a:**  
Calle 44 # 52-165 - Piso 4  
Centro Administrativo La Alpujarra -Palacio Municipal-  
Secretaría de Salud Municipio de Medellín  
Subsecretaría de Salud Pública  
Dirección electrónica: [secre.salud@medellin.gov.co](mailto:secre.salud@medellin.gov.co)  
Precio del ejemplar \$17.000, suscripción (un año) \$30.000  
La revista puede descargarse gratuitamente del sitio  
<http://www.medellin.gov.co/salud/index.jsp>

Derechos reservados de autor. Queda prohibida la reproducción parcial o total del material gráfico y editorial de la publicación sin previa autorización escrita del editor. Las opiniones y comentarios aquí expresados son responsabilidad exclusiva del autor o autores del artículo y no comprometen a la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín.

## **La promoción de la salud en la escuela**

Sistematización del Programa UNIRES-EECS  
Unidades Integrales de Renovación Social a través de la Estrategia Escuelas y  
Colegios Saludables  
2011

Documento elaborado por:

**Marta Lucia Restrepo Osorio**  
Directora de Promoción y Prevención E.S.E. Metrosalud

**Francisco León García Muñoz**  
Coordinador Unidades Integrales a través de Escuelas y Colegios Saludables

**Lina Gómez Lopera**  
Investigadora Social - Unidades Integrales a través de Escuelas y Colegios Saludables

### **Equipo Técnico del Programa**

**Nancy Eliana Gallo y Víctor Hugo Serna:**  
Coordinador psicosocial

**Lina Patricia Zapata Vélez:**  
Asistente técnica

**David Tavera:**  
Comunicador social

**Miguel Angel Mafla Peña:**  
Gerente de sistemas de información



## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Secretaría de Salud de Medellín, por apoyar continuamente al programa en sus transformaciones; pues ella, ha sido el cimiento de nuevos caminos de la promoción de la salud en la escuela; a la E.S.E Metrosalud y en especial a Francisco García, por asumir el reto de coordinar el programa con tantos avatares, por creer que todo es posible, y por permitirme pensar la experiencia para narrarla y escribirla. De igual manera a quienes sintieron que este programa es una apuesta política, social y educativa que busca primordialmente, mejorar la salud y la vida de las comunidades educativas.

**Lina Gómez Lopera**  
Autora  
Investigadora Social  
UNIRES-EECS



## Editorial

“La promoción de la salud es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder”  
T. Hancock, 1994

La Secretaría de Salud de Medellín, en el desarrollo de su Plan Municipal de Salud 2008 – 2011: “Medellín es salud para la vida”, durante el último cuatrienio ha desarrollado políticas públicas saludables que buscan mejorar la calidad de vida de las comunidades, a través del fortalecimiento de los entornos: familiar, comunitario y escolar.

De igual forma, ha implementado una serie de estrategias para favorecer las acciones en el ejercicio del derecho a la salud, entre las cuales están la consolidación de la participación social en salud, la acción interinstitucional e intersectorial, el fortalecimiento de la promoción y la prevención, el autocontrol y el mejoramiento de la calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud, y el fortalecimiento de la capacidad institucional.

Con respecto a la última estrategia, la Secretaría de Salud ha liderado procesos de articulación con otras secretarías y entes descentralizados, con el fin de fortalecer las acciones dirigidas a la comunidad y valorar la pertinencia de las estrategias de promoción de la salud. De esta manera, se da un giro a las acciones políticas y públicas, en el propósito de trabajar conjuntamente hacia el desarrollo integral de la población.

Ahora bien, una de las experiencias más significativas para la Administración Municipal y que generó mayor impacto tras su implementación, fue la del Programa UNIRES-EECS -Unidades Integrales de Renovación Social a través de la Estrategia de Escuelas y Colegios Saludables-, una propuesta para la promoción de la salud dirigida a niños, niñas y adolescentes en el entorno escolar.

El Programa, operado por la ESE Metrosalud, presentaba un reto interesante, al dejar de lado la visión segmentada del sujeto y, a su vez, direccionar un enfoque de promoción de la salud que, desde sus orientaciones metodológicas y procedimentales, fomentase el desarrollo humano integral; a través de la comprensión de las realidades políticas, sociales, educativas y culturales que experimentan los escolares de la ciudad en su entorno particular.



De igual forma, se planteaba un reto más: la unión de tres componentes o estrategias de promoción de la salud, con el fin de llegar al entorno escolar con una propuesta realmente integral. En primer lugar, el Programa UNIRES, que a través de las atenciones psicológicas a la población estudiantil identifica problemáticas de salud mental y alteraciones en el desarrollo; factores determinantes para el desarrollo integral de la salud de niños, niñas y adolescentes.

En segundo lugar, la estrategia de Escuelas y Colegios Saludables, orientada a la prevención y promoción de la salud a través de actividades de detección del riesgo y fomento de factores protectores, mediante el desarrollo de actividades educativas en salud mental, nutrición, salud bucal, auditiva, del lenguaje, derechos y deberes, sexualidad responsable y protegida, ambientes saludables y la constitución de comités gestores para la salud.

Y en tercer lugar, los Centros de Interés creativos, estrategia pedagógica para la consolidación de los PES –Proyectos de Educación Sexual y Construcción de Ciudadanía–, una apuesta que desde la promoción de la salud posibilita el acompañamiento a las sedes educativas en el desarrollo de una sexualidad sana y responsable, así como la generación de la demanda inducida a los Servicios Amigables para Jóvenes.

Para alcanzar tal integralidad, se propuso la presencia de una figura que acompañara todos los procesos relacionados con la promoción de la salud en la escuela: “el (la) gestor-a en salud”; profesional que se acercara a las realidades educativas y a la cultura escolar de manera permanente, con el fin de coordinar y garantizar las acciones de salud que se realizan en el interior de cada una de las sedes educativas priorizadas.

Así pues, se presenta la experiencia UNIRES a través de Escuelas y Colegios Saludables 2011; un acercamiento investigativo, de carácter cualitativo que busca dar sentido a la promoción de la salud en la escuela, a partir de los significados que se han venido construyendo tras los procesos transdisciplinarios que han contribuido a la consolidación de nuevos modelos de atención psicosocial y de educación para la salud. Una sistematización que posibilita, además, reconocer la práctica como campo para la producción de conocimiento y como herramienta fundante para la toma de decisiones y el entendimiento de la salud como el disfrute pleno de la vida.

Gabriel Jaime Guarín  
Secretario de Salud

## Presentación

En la actualidad, la escuela es considerada como un espacio que trasciende los procesos de transformación cognitiva y el aprendizaje de ciencias exactas; en ella se afianzan las conductas aprendidas tanto en el núcleo familiar como en el entorno social, aspecto que determina, en gran medida, la salud de las personas y los colectivos sociales.

En esta Medellín imparable –cuatrienio 2008-2011–, el espacio escolar se ha constituido en pieza fundamental para la construcción de una ciudad que tiene como prioridad el cuidado de la primera infancia. A partir de estrategias como “Buen Comienzo”, y “Escuelas y Colegios Saludables”, los niños y las niñas, pertenecientes a los estratos más bajos de la ciudad y en condiciones de vulnerabilidad, reciben la atención necesaria para alcanzar el desarrollo integral de su ser, en un entorno seguro y destinado para la salud y la vida.

En línea con lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud –OPS– considera la promoción de la salud, en el espacio escolar, como prioridad impostergable, al indicar que: “...asegurar el derecho a la salud y la educación de la infancia es responsabilidad de todos y es la inversión que cada sociedad debe hacer para generar a través de la capacidad creadora y productiva de los jóvenes, un futuro social y humano sostenible.”

De esta manera, y como respuesta a la necesidad de desarrollar una educación para la salud con enfoque integral, a la creación de ambientes y entornos saludables, y a la prestación oportuna de servicios de salud, la Alcaldía de Medellín, a través de la Secretaría de Salud, propone integrar tres proyectos –Unidades Integrales de Renovación Social, Escuelas y Colegios Saludables, y Centros de interés creativos– que en años anteriores trabajaron de forma independiente.

Dicha propuesta, denominada Unidades Integrales de Renovación Social a través de Escuelas y Colegios Saludables - UNIRES-EECS, presenta una característica particular: la figura del gestor o gestora en salud; un profesional de las ciencias sociales o del sector salud que encarna una novedosa alternativa para llevar a cabo procesos de educación para la salud en el entorno escolar.

Ahora bien, con el propósito de plasmar conocimientos técnicos y metodológicos que permitan interpretar los sentidos y significados que se vivenciaron en el proceso de implementación del programa UNIRES-EECS, se presenta la sistematización de la experiencia denominada: “La promoción de la salud en la escuela”; un ejercicio investigativo que se pregunta por la resignificación de la promoción de la salud.

Es importante resaltar el esfuerzo de sistematización realizado por la Licenciada en Educación Especial y aspirante a Maestría en Educación y Desarrollo Humano, Lina Gómez Lopera, quien recientemente viene trabajando el tema de promoción de la salud en el Departamento de Antioquia, con el aporte técnico a los “Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia - 2010”; y actualmente, como la encargada del desarrollo conceptual, técnico y procedimental del programa, y como investigadora social.

De igual forma, agradecemos a todo el equipo técnico –Comunicador social: David Tavera Borja, Gerente de Sistemas de Información: Miguel Ángel Mafla, Asistente Técnica: Lina Patricia Zapata, Coordinadores Psicosociales: Nancy Eliana Gallo y Víctor Hugo Serna–, al equipo de gestores y gestoras en salud, al equipo interdisciplinario, a las auxiliares administrativas; así como a los asesores técnicos de las Secretarías de Salud y Educación, que hicieron posible plasmar esta experiencia como una herramienta para consolidar un nuevo enfoque integral de la promoción de la salud en nuestra ciudad.

FRANCISCO LEÓN GARCÍA MUÑOZ  
Coordinador general  
UNIRES-EECS

5	<b>AGRADECIMIENTOS</b>
7	Editorial
9	Presentación
13	<b>CAPITULO 1 INICIANDO EL PROCESO</b>
14	1.1. Definición de Programa
14	1.2. Líneas de acción estratégica
14	1.3. Estructura organizativa
15	1.4. Construcción de procesos y procedimientos
15	1.5. Diagnóstico y plan de trabajo
16	1.6. Líneas de acción estratégica
18	1.7. Los Centros de Interés Creativos (CIC)
18	1.8. Línea de reorientación de servicios en salud
19	1.9. Línea de Articulación Intersectorial
19	<b>BIBLIOGRAFIA</b>
21	<b>CAPITULO 2 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA A LAS REALIDADES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD</b>
22	2.1. Descripción metodológica
23	2.2. Descripción general del contexto
40	2.3. Identificación de problemática institucional
43	2.4. Conclusiones sobre el diagnostico
44	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>
47	<b>CAPITULO 3 CONTANDO LA EXPERIENCIA</b>
48	3.1. Análisis comparativo de factores protectores.
52	3.2. Significados que los profesionales otorgan a la experiencia de implementación del programa unires –eecs.
61	3.3. De actividades educativas en salud hacia un enfoque de educación para la salud
63	3.4. Salud bucal en preescolar, primero y tercero
63	3.5. Centros de interés creativos
66	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>
67	<b>CAPITULO 4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>
71	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>



## CAPITULO 1

### Iniciando el proceso



El programa UNIRES-EECS, inicia su proceso de contextualización acorde a las necesidades planteadas por la Secretaría de Salud de Medellín y en el marco del contrato interadministrativo celebrado entre la Secretaría de Salud y la ESE Metrosalud. Desde la planeación y construcción de procesos y procedimientos, el proyecto parte de las siguientes comprensiones:

¿Cómo se pueden articular los distintos proyectos de promoción de la salud en la escuela en un programa unificado y que atienda las necesidades reales de las sedes educativas? Con relación a esto, Escuelas Saludables se constituye en una estrategia intersectorial que posibilita la gestión de programas y proyectos en beneficio de la comunidad educativa.

### 1.1. Definición de Programa

UNIRES-EECS se concibe como un programa integral de promoción de la salud en el entorno escolar que busca el bienestar de las comunidades educativas para el adecuado desarrollo físico, psicológico y social, a través de la articulación y coordinación de acciones enmarcadas en apuestas políticas de la salud pública, la atención psicosocial, la educación para la salud, la participación y la reorientación de servicios en salud.

### 1.2. Líneas de acción estratégica

Siguiendo los requerimientos contractuales y con base en los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables 2006, se propone el proceso de implementación en cinco líneas de acción estratégica, así:

**Salud Mental:** Modelo de atención psicosocial que propende por la salud mental de la población escolar, a través de modalidades de atención psicológica de atención en crisis, asesoría y consejería. (Acuerdo 007 del 2003. Municipio de Medellín).

**Salud Física:** Acciones de identificación, detección, remisión y seguimiento en salud física, en las áreas visual, oral, auditiva, lenguaje, nutrición y psicosocial.

**Educación para la Salud:** Acciones educativas de promoción de la salud que propenden por la participación social en salud, desde el reconocimiento de derechos y deberes, esti-

los de vida saludables, salud mental, acciones educativas orientadas hacia el desarrollo y fortalecimiento de habilidades para la vida como factores protectores a través de centros de interés creativos.

**Reorientación de Servicios en Salud:** Remisión a programas de promoción y prevención: vacunación, crecimiento y desarrollo, programa de joven sano, sexualidad responsable.

**Articulación Intersectorial:** Fortalecer redes de articulación con programas, proyectos y estrategias de las diferentes organizaciones que dirigen sus acciones en el entorno escolar para el logro de objetivos comunes hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades educativas.

Es de anotar que a dos meses de iniciado el proceso, al convenio con la Secretaría de Salud y Metrosalud, se realiza una adición para realizar procesos de atención en la línea de salud mental, con el propósito de aumentar la cobertura en atención psicológica en 250 sedes educativas, de tal manera que el programa hace presencia en 315 sedes educativas de la ciudad de Medellín, para una población total de 831.371 personas entre escolares, docentes, directivos y familiares.

### 1.3. Estructura organizativa

A partir de la organización y planeación del programa, el equipo de trabajo profesional queda conformado de la siguiente manera:



Gráfica 1 Estructura organizativa

## 1.4. Construcción de procesos y procedimientos

Durante el primer mes después de iniciado el programa (abril de 2011) se construyeron cada una de las líneas de acción en conjunto con el equipo de trabajo, con el cual se realizaron encuentros de formación en los siguientes aspectos:

- Presentación del plan de salud pública de la Secretaría de Salud, programas y proyectos.
- Presentación de la ESE Metrosalud, en especial el plan de acción de promoción y prevención.
- Sistema de seguridad social en Colombia.
- Conceptualización de Salud, la salud pública, la promoción de la salud y sus estrategias.
- Conceptualización de Escuelas y Colegios Saludables, UNIRES y Centros de Interés Creativos.
- Presentación del programa y propuesta de trabajo.
- Distribución de roles y funciones a partir del manual de funciones

A partir de este proceso de formación y de construcción de las líneas se diseñaron modelos, guías, protocolos e instrumentos necesarios para el desarrollo del programa.

## 1.5. Diagnóstico y plan de trabajo

Tanto en la propuesta como en el contrato, se consideró la elaboración del diagnóstico como

una necesidad fundamental para que las acciones a realizar estuvieran contextualizadas de acuerdo con las necesidades institucionales y con la población escolar, para ello se diseñaron una serie de instrumentos e instructivos que posibilitaron responder a la identificación de factores protectores y de riesgo de las comunidades educativas. En el siguiente capítulo, se presenta el análisis contextual de los resultados que arrojó la elaboración del diagnóstico en las distintas sedes educativas.

El plan de trabajo se realizó con base en el ciclo PHVA, tenido en la propuesta inicial, de allí se diseñó un modelo de planeación por sede educativa, a partir del esquema de planeación general del programa.

## 1.6. Líneas de acción estratégica

Con base en las cinco líneas de acción se plantearon los siguientes procesos y procedimientos, mediante la construcción de guías, protocolos, formatos e instrumentos y otros insumos propios para el sustento metodológico y de implementación del programa.

### 1.6.1 Línea de acción de salud mental

La línea de salud mental se construyó con la participación del equipo de psicólogos clínicos, quienes en su mayoría hacían parte de los proyectos que llegaron a integrar el programa de UNIRES-EECS (2)

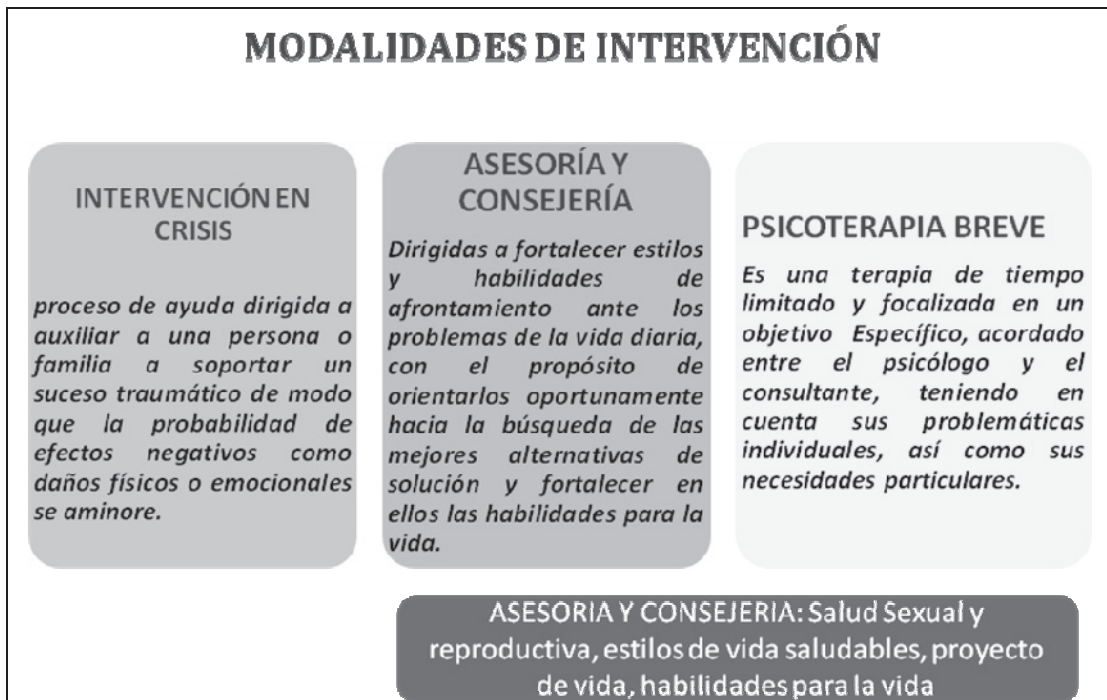
El modelo de atención psicosocial se diseñó a partir del proceso metodológico construido por UNIRES en años anteriores:





Gráfica 2 Modelo de atención psicosocial

Las modalidades de intervención, a partir de la línea de salud mental en el entorno escolar, se exponen en el siguiente esquema:



Gráfica 3 Modalidades de atención

En las modalidades de atención psicológica mencionadas, la labor del psicólogo en el entorno escolar, según el modelo de atención psicosocial, debe estar orientada a:

- Desarrollar estrategias en los consultantes que les permitan enfrentar y resolver de forma eficaz su problemática.
- Involucrar a toda la comunidad educativa en un proceso dinámico en el que todos se comprometan a mejorar la calidad de vida de las y los escolares.
- Retroalimentar permanentemente a docentes con el fin de brindarles herramientas de manejo de las situaciones dentro del aula de clase.
- Brindar acompañamiento a los padres y madres de familia o figuras significativas.
- Velar por la confidencialidad e intimidad de los procesos de cada uno de los y las escolares, así como de la comunidad educativa que sea atendida por este servicio.

### 1.6.2. Línea de Salud Física

Esta línea comprende las acciones que se desarrollan en el marco de la identificación, la detección, la remisión y el seguimiento de alteraciones en el desarrollo de la población en edad escolar. En esta vía se estructuró un equipo de profesionales para la detección del riesgo en audición y del lenguaje, nutrición, visual, bucal y psicosocial, alteración de orden físico, entre otras. Se realizaron protocolos de identificación del riesgo en las áreas mencionadas en las cuales se contiene la presentación general del proceso, objetivos, marco conceptual, ruta metodológica y recomendaciones para las comunidades educativas, dichos documentos fueron socializados con los actores de la comunidad en las 65 sedes.(3)

### 1.6.3. Proceso de identificación, detección, remisión y seguimiento -IDRS-

Una vez se socializan los protocolos con los actores de las sedes educativas, en especial con docentes y directivos, se realiza un proceso de identificación; es decir que, según las indicaciones estipuladas en las guías de detección construidas por el equipo de apoyo, los docentes (quienes son los que en mayor medida co-

nocen a los estudiantes), con acompañamiento del gestor o la gestora en salud, elaboran una primera lista de posibles riesgos identificados en la población estudiantil; seguidamente, el gestor o la gestora en salud tramita la visita del profesional en fonoaudiología, optometría y nutricionistas para realizar la detección de la población y de allí identificar quiénes se encuentran “sin hallazgos o con hallazgos en la salud física”; posteriormente el gestor o la gestora en salud se encarga de realizar la remisión y el seguimiento respectivo con asesoría del profesional encargado, según el área de intervención. De igual manera, cuando se presentan otras situaciones que ponen en riesgo la integridad física y emocional de la población escolar, es el gestor o la gestora en salud, el responsable de activar el proceso de gestión y remisión.

### 1.6.4. Línea de Educación para la Salud.

Esta línea se orientó para el cumplimiento de los productos contractuales 8, 9 y 10, expuestos en el capítulo anterior, los cuales consistieron en realizar acciones educativas de promoción de la salud en las temáticas de:

- Derechos y deberes en salud.
- Estilos de vida saludable (con base en la necesidad de cada sede educativa, se priorizan dos de las siguientes temáticas: nutrición, sexualidad responsable, ambientes físicos saludables y salud oral en el adolescente)
- Salud mental en habilidades para la vida y proyecto de vida.

Cinco actividades educativas a desarrollarse en las 65 sedes educativas, cada una de ellas en todos los grupos y grados correspondientes con una duración mínima de dos horas; es decir que cada grupo y grado tendría una formación con una duración de 10 horas.

Esta metodología también se implementó en las acciones educativas de salud bucal en los grupos de preescolar, primero y tercero, estipuladas en los productos 5, 6 y 7, con una duración de una hora por cada grado y grupo.

Para el desarrollo de este proceso educativo se construyeron guías metodológicas, orientadas en el marco de la educación para la salud, las cuales fueron elaboradas por el equipo de apoyo encargado de este proceso. La guía metodológica se formuló para grupos de grado (preescolar – primero, segundo y tercero; cuarto y quinto; sexto y séptimo, octavo y noveno; décimo y undécimo). Las guías metodológicas se realizaron con base en las guías elaboradas en la estrategia de los centros de interés creativos, realizadas en el año 2010.

### Un acercamiento al enfoque de educación para la salud

El enfoque de educación para la salud se propone como el proceso de articulación de acciones educativas con sentido para promocionar la salud de toda la comunidad educativa, atendiendo las problemáticas que actualmente se viven en la ciudad; por consiguiente, se hace imprescindible que las acciones que se realizan en el entorno escolar, se orienten desde la promoción de la salud (5). Lo anterior se fundamenta en la Ley General de Educación de Colombia (Ley 115, del 8 de febrero de 1994)

### 1.7. Los Centros de Interés Creativos (CIC)

El centro de interés como estrategia pedagógica está orientada con una metodología activa, lúdica y recreativa desde el Ser, el Saber y el Saber Hacer; la cual tiene como propósito que niños, niñas y jóvenes, con el acompañamiento de docentes, desarrollen habilidades, fortalezcan otros conocimientos, adquieran la capacidad de expresión desde sus sentires, emociones e intereses particulares y colectivos. Esto permite encontrar el conocimiento práctico y conceptual desde la curiosidad, la percepción y la motivación, siendo ello la base primordial de todo proceso de aprendizaje significativo. (6). A razón de lo anterior, esta estrategia contempla dentro de su desarrollo metodológico tres momentos:

**Exploración de intereses:** Esta parte inicial de los CIC tiene como objetivo propiciar espacios libres y creativos para la exploración de

intereses o conocimientos entre los estudiantes. Es un momento que se acompaña de actividades que intencionadamente van generando aprendizajes alrededor de las temáticas propuestas.

**Consolidación de intereses y saberes:** En este momento se tienen en cuenta las exploraciones iniciales, este momento busca consolidar los aprendizajes adquiridos, aplicados a talleres específicos alrededor de los temas propuestos y los saberes a desarrollar.

**Acompañamiento a las sedes educativas:** Este tercer momento pretende dejar instalado dentro de las dinámicas institucionales los centros de interés creativos, como una estrategia pedagógica que implementará la institución educativa, con el fin de promover estilos de vida saludables en la problemática priorizada en el diagnóstico. Cada gestor y gestora posibilitan la construcción del grupo de centros de interés; y en compañía del artista realizan la generación de saberes e interés de los centros de interés como posibilitadores de desarrollo de habilidades para la vida y el proyecto de vida.

### 1.8. Línea de reorientación de servicios en salud

La reorientación de servicios en salud está íntimamente relacionada con la línea de salud física, ya que se realiza el mismo proceso de identificación, detección, remisión y seguimiento. En esta línea también se realizan acciones de promoción de las actividades en salud que intervienen en los centros de salud, como los servicios de vacunación, crecimiento y desarrollo, programa de joven sano, planificación familiar, entre otros servicios regidos por la Resolución 412 del 2000.

Para la construcción de este proceso se realizó una guía instructiva, con base en la Resolución 412 de 2000 “por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y

la atención de enfermedades de interés en salud pública" (7), se presenta una guía pedagógica y metodológica para posibilitar el acceso a los servicios en promoción de la salud de la comunidad educativa.

En esta medida, el gestor o la gestora en salud no tiene que conocer toda la ley 100 de 1993, pero sí debe reconocer como funciona el sistema de salud en nuestro país; no se debe aprender de memoria todas las guías metodológicas de detección temprana que se estipula en la Resolución 412 de 2000, pero sí debe identificar todas aquellas que favorecen a los actores de las comunidades educativas.

Lo que sí requiere es cambiar el imaginario de la salud, llegar a comprender la salud como parte inherente del desarrollo humano integral, comprender que la salud también se relaciona con la educación, la convivencia, las relaciones sociales, los vínculos familiares, el estado físico y el entorno institucional, conocer los alimentos, conocer su estado bucal, aprender pausas activas, e implementar pautas para vivir la salud mental; en fin, todas aquellas alternativas que buscan el pleno estado de bienestar, no sólo de la población escolar, sino de los docentes, los directivos, la familia y todas aquellas personas que circundan la escuela...

Para ser gestor y gestora en salud no se requiere conocer todas las causas de las enfermedades ni todos los aspectos epidemiológicos; se requiere identificar los factores de riesgo y protectores para contribuir con escuelas y colegios más saludables.(8)

### 1.9. Línea de Articulación Intersectorial

Esta línea en particular no deviene de ningún producto contractual, sin embargo es fundamental para todas las acciones que se realizan en el marco de la Estrategia de Escuelas y Colegios Saludables. La articulación en el programa se orienta en dos vías:

- Articulación institucional: Identificación de programas y proyectos que realiza la

sede educativa y otros programas que implementan entidades externas en la institución, ya sea de carácter gubernamental o no gubernamental. Una vez se realice un mapeo general, el gestor o la gestora en salud debe reorientar las acciones a partir de la identificación de las problemáticas.

- Articulación intersectorial: El programa UNIRES-EECS, realiza proceso de gestión intersectorial con la Secretaría de Salud y sus dependencias, con las Secretarías de Educación y de Bienestar Social. Dicho proceso surge de las necesidades identificadas en todas las sedes educativas.

### BIBLIOGRAFIA

1. Empresa Social del Estado Metrosalud, serie de documentos de trabajo. Manual de funciones UNIRES -EECS, Medellín 2011.
2. Empresa Social del Estado Metrosalud, serie de documentos de trabajo. Modelo de atención psicosocial UNIRES -EECS, Medellín 2011.
3. Empresa Social del Estado Metrosalud, serie de documentos de trabajo. Protocolos de identificación, detección, remisión y seguimiento UNIRES -EECS, Medellín 2011.
4. Empresa Social del Estado Metrosalud, serie de documentos de trabajo. Enfoque de educación para la salud y guías metodológicas UNIRES -EECS, Medellín 2011.
5. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Ley 115 del 8 de febrero de 1994 por la cual se expide la Ley General de Educación. Ministerio de Educación. Bogotá, 1994.
6. Empresa Social del Estado Metrosalud, serie de documentos de trabajo. Guía metodológica de centros de interés creativos UNIRES -EECS, Medellín 2011.
7. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 412 del 5 de febrero de 2000. Ministerio de Salud. Bogotá, 2000.
8. Empresa Social del Estado Metrosalud, serie de documentos de trabajo. Guía de reorientación de servicios en salud UNIRES -EECS, Medellín 2011.



## CAPITULO 2

# Aproximación Diagnóstica a las Realidades Educativas de la Ciudad



Para llevar a cabo la implementación de Unidades Integrales de Renovación Social a través de la Estrategia Escuelas y Colegios Saludables -UNIRES.-EECS-, es indispensable conocer la dinámica institucional en términos de necesidades y potencialidades. De esta manera, en un primer momento el programa posibilitó acercarse a las realidades educativas de las 65 sedes priorizadas, a su cultura escolar, a sus modos y formas de asumir la educación, la salud, los procesos de enseñanza y aprendizaje, la misión y la visión institucional, el modelo pedagógico, el proyecto educativo institucional y el contexto que las rodea; características éstas que en el marco del programa UNIRES-EECS, son contempladas en términos del conocimiento necesario, aunque nunca suficiente, para la adecuada implementación de las acciones propias de la promoción de la salud.

Por ello este diagnóstico se constituyó a partir de la construcción colectiva con la comunidad educativa, en la cual se promovió la participación, las acciones contextualizadas, la pertinencia y la eficacia de los procesos.

La aproximación diagnóstica que se presenta a continuación se elaboró a partir de los informes de diagnóstico que realizaron los gestores y las gestoras en salud de las 65 sedes educativas; una experiencia que desde la metodología del Diagnóstico Rápido Participativo - DRP - posibilitó la lectura de un contexto amplio, la identificación de factores de riesgo y protectores, y la delimitación de problemáticas que ampliaron las comprensiones de las realidades educativas y su apuesta en las líneas de acción del programa.

## 2.1. Descripción metodológica

El Diagnóstico Rápido Participativo -DRP- se constituye en una herramienta esencial para las investigaciones sociales, las cuales se fundamentan en el enfoque de IAP -Investigación, Acción, Participación-.

La IAP se encuentra referenciada en la investigación social y educativa desde un enfoque interpretativo y crítico. Se pretende bajo este enfoque investigativo que las comunidades reconozcan su contexto, evalúen sus posibilidades de cambio y actúen en consecuencia con miras hacia la transformación social.

Los diagnósticos sociales tienen mayor incidencia cuando estos se hacen con la participación de las comunidades. Este proceso se constituye en punto de partida para el reconocimiento de una realidad social y posibilita que las intervenciones sociales se realicen con el sentido de planear - hacer, pero más allá de acciones planeadas, se busca verificar si estas son intervenibles. La investigación - acción posibilita la reflexión continua entre las realidades y las posibilidades de cambio en las alternativas que demarcan una real transformación social, como dice Kemmis (1998): "Significa darse cuenta de que las clases, las

escuelas y la sociedad de hoy son resultados de un proceso de formación social e histórica y que, para lograr una forma diferente de clases, escuelas o sociedades, debemos emprender un proceso de reforma o transformación: una lucha por una reforma" (2).

La salud no puede comprenderse solamente como la "ausencia de enfermedad" sino como una construcción social que emerge en el desarrollo físico, psicológico y sociocultural; en esa medida apunta Mercer (1975): "Al abandonar posiciones que consideran a la salud un valor independiente de la voluntad de los pueblos, y al abordar los problemas de salud en relación a las coyunturas sociopolíticas de los mismos, las ciencias sociales brindarán aportes significativos para su solución" (4). Implementar la estrategia de Diagnóstico Rápido Participativo, en el marco de las Ciencias Sociales, la salud pública y la promoción de la salud en el entorno escolar, conlleva, según el Comité Asesor de Investigación en Salud (1998), grandes retos y beneficios de las ciencias sociales para las investigaciones en y para la salud.

Las estrategias utilizadas para el DRP se centraron en cuatro procesos: Presentación del Programa UNIRES-EECS y de la propuesta del Diagnóstico Rápido Participativo -DRP- en cada sede educativa; Revisión documental; Trabajo de campo y Recolección de la información y análisis del DRP.

Respecto a la conformación de grupos focales para el proceso de recolección de información por cada sede educativa, se ejecutó la siguiente estructura:

- **Grupos estratégicos:** Estudiantes (tres grupos de estudiantes diferenciados por ciclo vital), familia (un grupo estratégico de familia y comunidad), docentes y directivos (un grupo de directivos y docentes).
- **Grupo estratégico conjunto:** Un grupo conformado por representantes de la Comunidad Educativa así: estudiantes, docentes, directivos docentes, familia, representantes del personal de apoyo de la institución.

### Población participante

Según la conformación de los grupos estratégicos y grupos estratégicos conjuntos, la población que participó del proceso fue de 1.920 personas, en un promedio de 35 personas por sede educativa, discriminados de la siguiente manera:

- 1.408 estudiantes.
- 256 docentes y directivos docentes.
- 192 representantes de familia.
- 64 representantes de la comunidad.

## 2.2. Descripción general del contexto

En términos administrativos, la ciudad se estructura a partir de barrios, comunas y corregimientos. El Programa para las 65 sedes impacta principalmente, como se visualiza en el siguiente mapa, a las comunas 1 (Popular) y 8 (Villa Hermosa), seguido de las comunas 12 (La América), 7 (Robledo) y 3 (Manrique); y sin presencia de la figura del gestor o la gestora en salud en las comunas 5 (Castilla), 14 (El Poblado), 15 (Guayabal), 16 (Belén) y el corregimiento de Santa Elena.

A continuación se realiza una caracterización de las condiciones contextuales y socio-demográficas de la ciudad de Medellín, para lo cual se utilizaron los resultados arrojados de la Encuesta de Calidad de Vida -EVC- realizada en el año 2009. La ECV es un instrumento diseñado para realizar el seguimiento y la medición de las condiciones socioeconómicas de los habitantes de las 16 comunas y los 5 corregimientos que conforman el municipio de Medellín. Es un compendio estadístico que permite conocer de primera mano los índices de temas vitales como población, vivienda, hogares, educación, fuerza de trabajo, salud y seguridad social. (7) En este sentido, cada sede educativa tomó como referencia el índice de calidad de vida con el fin de identificar en qué condiciones de vida se encuentran las poblaciones según los sectores de influencia.

Con relación a ello, se presenta la información contextual de la ciudad:

En la actualidad, Medellín tiene una población estimada en 2.317.336 habitantes, de los cuales el 53% es de sexo femenino y el restante 47% de sexo masculino. De otro lado, la primera infancia entre 1 y 5 años, según la ECV 2009, representa el 6,26% de la población; por su parte, la niñez y adolescencia entre 5 y 15 años representa el 22,8%. La ECV 2009, en los niveles económicos, indica que el 50% de la población pertenece a los estratos bajo - bajo y bajo; seguido del 29,29% correspondiente al estrato medio-bajo; cifras que ponen de manifiesto los altos índices de pobreza de la ciudad.

Entre otras características contextuales a nivel de ciudad, según la ECV, se encuentra que:

- El 85,44% de los habitantes se considera mestizo, seguido del 11,67% que considera pertenecer a un grupo étnico y el 2,89% se reconoce como comunidad indígena, negra, raizal, afrodescendientes (negro, mulato, afrocolombiano).
- El 28,9% de la población no ha vivido toda su vida en Medellín, y de ésta el 15% llegó a la ciudad por razones familiares, de trabajo y/o de orden público.
- Las viviendas se constituyen, en mayor promedio, en casa o apartamento en adecuadas condiciones, dado que el 100% cuenta con servicios públicos y el 99% con acueducto y alcantarillado.
- El 62% de los hogares están conformados por entre tres y cinco personas.
- El 64% de los medellinenses no ha alcanzado los niveles de educación media.
- El 0,5 % de la población no está afiliada al SGSS ni registrada en el Sisbén.
- El 50,18% de los hogares de Medellín presentan dificultades de convivencia, además de ello, el 100% de la población ha pasado por una experiencia de violencia y el 96% por presiones de grupos armados y amenazas de delincuencia común.
- El 6,89% del total de la población presenta situación de discapacidad.
- El índice de calidad de vida disminuyó con relación a los años anteriores en un 0,88%.



Con respecto a los anteriores resultados, es de resaltar que la valoración del índice de calidad de vida de la ciudad de Medellín se realiza teniendo como base la condición socioeconómica de la población, clasificación contemplada en el Decreto 1.555 de 1990; que toma como criterios las condiciones físicas de la vivienda y su localización (fachada, servicios públicos básicos, estado de las vías locales y existencia de medios de transporte público; existencia de zonas verdes y recreativas).

Siguiendo el análisis contextual, se hace importante señalar lo que se plantea en el informe de "Medellín cómo vamos 2009" respecto a pobreza y desigualdad (7): "La pobreza y la indigencia en Medellín y su área metropolitana siguen estando por encima del promedio de las trece principales áreas metropolitanas del país. En 2008 dicho promedio fue del 30,7% para la pobreza y del 5,5% para la indigencia, mientras en el área metropolitana del Valle de Aburrá estos indicadores se ubicaron en 38,5% y 9,2%, respectivamente.

En Medellín, la población clasificada en los niveles de Sisbén 1 y 2 en 2007 representó el 47%, en 2008 aumentó levemente pasando al 48% y en 2009 prácticamente se mantuvo estable en 48,2%. De acuerdo a algunas investigaciones sobre la calidad de la focalización del Sisbén, existen algunos problemas con este mecanismo de clasificación, pues el 15% de la población pobre no se ha incorporado en el Sisbén, mientras un 25% son clasificados como pobres sin serlo (Cárdenas, 2007, p.458). Si estos datos aplican en el caso de Medellín, las cifras de pobres, clasificados en Sisbén 1 y 2 se reducirían al 42,3% en 2007, el 43,2% en 2008 y el 43,4% en 2009.

En cuanto a la percepción ciudadana, en 2009 un mayor porcentaje de hogares consideró que su situación económica en el último año empeoró entre algo y mucho; en general este indicador ha mostrado una tendencia creciente entre 2006 y 2009. En 2006 el 11% de los hogares consideraban que su situación había empeorado, el 16% en 2007, el 22% en 2008 y

en 2009 llega al 31%. Esto es, de cada diez hogares, tres consideraron que su situación empeoró entre algo y mucho en 2009, frente a dos de cada diez en el año 2008.

Esta es la realidad de la ciudad, la muestra del índice de calidad de vida representa situaciones desfavorables que cotidianamente se viven en Medellín. La pobreza y la desigualdad social se constituyen en situaciones desencadenantes tales como el desempleo, la desescolarización, la violencia, el conflicto, los problemas familiares, entre otras condiciones que afectan la salud y el bienestar.

¿Y en salud qué?:

Para acercarse a las necesidades de las comunidades educativas con relación a la salud, se tomaron como referente los Indicadores Básicos de Salud -IBS 2009- respecto a ellos se encuentra que:

- La población afiliada a EPS-S del nivel 1 representa el 35% de la población, del nivel 2 el 45%, del nivel 3 el 13% y de la población especial el 7%.
- Con respecto a los eventos en materia de salud pública, se han identificado 222 casos de abuso sexual, 1.087 intentos de suicidio, 25 de negligencia, 344 de violencia física y 119 de violencia sexual (tasa de 46.9 por cien mil habitantes).
- Las demandas de morbilidad por consulta externa en la primera infancia se identifican por las enfermedades respiratorias y del tracto digestivo, y en la niñez y adolescencia por trastornos dentales.
- Las demandas de morbilidad por urgencias para la población en edad escolar se caracterizan por traumatismos de regiones específicas, de regiones no específicas y de múltiples regiones del cuerpo, faringitis aguda, amigdalitis y enfermedades respiratorias.
- Los indicadores básicos sostienen que para el año 2009 la tasa de mortalidad para la infancia, niñez y adolescencia (hasta los 15 años), está en un 43% por causa de muerte externa y un 18,6% por cáncer y, en especial, leucemias.

- Las agresiones y los accidentes de tránsito son las principales causas de mortalidad en la ciudad de Medellín, en especial en la etapa de la niñez, adolescencia y adultez, siendo la principal causa las agresiones, expresada para el total de la población en un 15,6%.

En la revisión documental para el análisis contextual referente a la salud, se encuentra que:

- De acuerdo con el número de nacimientos reportados en 2010, se encontró que la tasa de fecundidad en las adolescentes de Medellín fue de 30,36 por cada mil mujeres entre 10 y 19 años, lo que representa un 18% del total de la población.
- Se manifiesta que en la ciudad de Medellín, “gracias al avance en accesibilidad y desarrollo tecnológico, calidad y oportunidad de los servicios de salud, se han logrado superar los índices de mortalidad por enfermedades infecciosas en la mayor parte de la población” (8).
- Según los estudios de seguridad alimentaria y calidad de vida 2010, la seguridad alimentaria es considerada “insegura” en 58,6% del total de la población, especialmente en los corregimientos y en las comunas 1 (Popular), 2 (Santa Cruz), 3 (Manrique), 4 (Aranjuez) y 8 (Villa Hermosa); esto como consecuencia de que niños y niñas presentan índices de desnutrición, retraso en el crecimiento e inadecuados hábitos de alimentación que llevan a la obesidad.

En “Medellín cómo vamos 2009”, respecto a la salud y convivencia se dice que: “Las condiciones de salud de la población muestran dos retos importantes para la ciudad, de nuevo el indicador de mortalidad en menores de cinco años por enfermedades respiratorias agudas – ERA-, que aún está por encima del objetivo del milenio de 17 muertes por cien mil, y que entre 2008 y 2009 presentó un retroceso al pasar 19,2 a 24,7. Se debe idear una política integral que involucre a todo el sector salud, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud para lograr reducir la tasa por ERA” (9).

La tasa de fecundidad adolescente entre los 15 y 19 años, la cual aunque ha mostrado una leve mejoría en los últimos años, sigue siendo muy alta comparada con los datos para Colombia, el promedio de países latinoamericanos y de las regiones en desarrollo. Es indispensable que los programas de prevención de embarazo adolescente sean concebidos como iniciativas de largo plazo, una problemática tan compleja exige un trabajo interdisciplinario y de largo aliento para poder mostrar resultados efectivos.

Un logro importante en salud es la reducción sostenida en la tasa de mortalidad infantil por desnutrición que a 2009 mostró que ningún niño menor de cinco años en la ciudad murió por esa causa. Este es el resultado de múltiples programas de carácter público y privado que se han enfocado en la nutrición como un objetivo prioritario para la primera infancia en la ciudad.

En cuanto a la percepción ciudadana, la calificación promedio del nivel de satisfacción con los servicios de salud recibidos en la ciudad pasó de 3,9 en 2008 a 3,6 en 2009, en una escala de uno a cinco, donde uno es muy insatisfecho y cinco es muy satisfecho. Las principales causas de insatisfacción, están relacionadas con la tardanza en la atención (49%), demora para la asignación de citas (47%), y asignación de citas con especialistas o intervenciones quirúrgicas (31%).

Pese a que la cobertura del sistema de seguridad social en salud, -representado en la suma de afiliados al régimen contributivo y al subsidiado-, fue del 95% en 2009, y el 5% restante, es decir 115.769 personas, no están afiliadas, pero se les garantiza la prestación del servicio a través de la red de atención pública, al momento de preguntar a las personas si sienten que en Medellín se les está garantizando el derecho a la salud, poco menos de la tercera parte (28%), sintieron que no era así en 2009.

Una vez se identifica la generalidad de los hallazgos en términos contextuales, se presenta

la valoración de las comunidades educativas respecto a estas situaciones:

¿Qué dicen las comunidades educativas?

Con relación a las percepciones sobre el contexto, los grupos estratégicos de las 65 sedes educativas expresaron sus percepciones sobre el contexto, en especial en el nivel económico, servicios públicos, seguridad, educación y salud.

Las percepciones frente a la situación de pobreza y desigualdad emergen en las sedes educativas, y se hacen evidentes en las voces de los actores de las comunidades educativas, reflejando diversas problemáticas sociales, económicas y políticas, que tienen como consecuencia en las comunidades educativas una marcada ausencia de proyecto de vida, pues la sobrevivencia se centró en suplir necesidades básicas de alimentación y vivienda, siendo la educación y la salud necesidades secundarias o un factor difícil de alcanzar, o si éste se obtiene es difícil de sostener.

En la mayoría de las sedes educativas se puede identificar un sentimiento de miedo e inseguridad en sus contextos más cercanos, al respecto, la Encuesta de Cultura Ciudadana 2009 estima que “los problemas de la violencia en Medellín se encuentran concentrados en zonas muy específicas de la ciudad, por lo cual los enfrentamientos entre los denominados ‘combos’ y bandas del narcotráfico no afectan a la mayoría de la población, mientras la delincuencia común — como se nombró anteriormente — está más enraizada en los eventos cotidianos de la ciudad” (12). Las manifestaciones de violencia en estos sectores se evidencian a través de fenómenos tales como presencia de conflicto armado, presencia de combos, barreras invisibles, amenazas, plazas de consumo, entre otros. Al respecto se encontraron las siguientes expresiones: “Las percepciones de inseguridad en el sector coinciden con la percepción que tienen los grupos estratégicos cuando mencionan que se presenta de manera continua las balaceras, los atracos, los robos y las constantes situaciones de violencia; los

niños y las niñas del ciclo primaria expresan la inseguridad como “los tiros entran en mi casa”, “yo ya estoy acostumbrado a las balaceras”, “esto por aquí sigue muy caliente”. (Informe de Diagnóstico Sede Educativa Amor al Niño).

Las narrativas develan una situación de miedo permanente; “la muerte va también a la escuela”, el estado de tranquilidad irrumpe todos los días por el caminar de un barrio a otro. Como plantea Norberth Lechner en su capítulo Nuestros miedos (2007) “tanto los miedos como la seguridad son un producto social. Tienen que ver con nuestra experiencia de orden. Cualquier evento puede transformarse en una amenaza vital cuando no nos sentimos acogidos y protegidos por un orden sólido y amigable” (13). Agrega además que “los miedos de la gente tienen una expresión sobresaliente: el miedo al delincuente. La delincuencia es percibida como la principal amenaza que gatilla el sentimiento de inseguridad. Sin ignorar las altas tasas de delitos en todas las urbes latinoamericanas, llama la atención que la percepción de violencia urbana es muy superior a la criminalidad existente. Por ende, no parece correcto reducir la seguridad pública a un problema policial. Probablemente la imagen del delincuente omnipresente y omnipotente sea una metáfora de otras agresiones difíciles de asir. El miedo al delincuente parece cristalizar un miedo generalizado al otro. Varias razones alimentan esa desconfianza en las relaciones interpersonales” (14).

Estas situaciones de inseguridad y de miedo son cotidianas en los sectores de influencia, las cuales generan tensiones en las relaciones con los otros, en las dinámicas institucionales, barriales y sectoriales que ponen en desequilibrio la construcción de la paz y la convivencia en los diferentes entornos.

¿Y qué se percibe sobre la educación?

Tal como se menciona en la EVC, el nivel educativo de toda la población no pasa del bachillerato; sin embargo los esfuerzos por garanti-

zar el acceso a los servicios educativos para la población han avanzado significativamente en los últimos años, en especial para la niñez, infancia y adolescencia; según el informe de gestión de la Secretaría de Educación 2008 – 2011, “se garantiza el derecho a la educación pública e incluyente con igualdad de oportunidades para todos y todas, con enfoque en el derecho a la disponibilidad, acceso, permanencia y calidad, alcanzando una cobertura en educación básica (transición, primaria y secundaria) del 100%”.

Cabe anotar que la Administración Municipal ha realizado esfuerzos significativos por garantizar los estudios postsecundarios. “Para evitar la deserción temprana de los adolescentes resulta crucial la calidad y pertinencia de la educación media y las oportunidades de los bachilleres de continuar a alguna modalidad de educación postsecundaria. Se destacan como estrategias los programas de mejoramiento en la preparación académica para un buen desempeño en las pruebas de Estado ICFES de ingreso a la educación superior que muestra avances, particularmente entre 2008 y 2009” (15).

Con relación a las experiencias de estas comunidades educativas, hay un reconocimiento de la existencia de la escuela para la infancia, niñez y adolescencia; existe un reconocimiento del derecho a la educación y así mismo la obligatoriedad por parte del Estado para acceder y garantizar el servicio. Sin embargo, vuelven y se nombran las situaciones de inseguridad y violencia, la pobreza, la desigualdad y el desplazamiento; las cuales se constituyen en barreras para garantizar la permanencia en la escuela.

¿Cuál es entonces la percepción de la salud? Entre las características de morbilidad de las comunidades educativas se encuentran enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio, enfermedades digestivas, desnutrición y otras alteraciones físicas, similares a los índices de morbilidad que se sustentan en los indicadores básicos en salud del 2009.

Con relación a la información de los grupos estratégicos se encuentra que los niños y las niñas se enferman de gripa, diarrea, presentan desnutrición y sufren accidentes. Los y las adolescentes, por su parte, se enferman de gripa, dolor de cabeza y sufren accidentes, y los docentes y directivos de lumbalgia, estrés, dolor de cabeza.

Las narraciones registradas en los informes de diagnóstico de cada una de las sedes educativas expresan percepciones del estado de salud que se identifican con relación a sus experiencias de vida. De acuerdo con Vergara (2007) “las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona” (16).

En este sentido, la salud en la escuela llega desde un horizonte de promoción de y para la salud, concibiendo la salud como construcción social, en la cual se hace necesario conocer las características del contexto para impactar en las dinámicas que se generan en el entorno escolar y que son determinantes para la calidad de vida de las comunidades educativas.

Estas aproximaciones contextuales posibilitaron a los gestores y las gestoras en salud reconocer el entorno del cual hacen parte, de las dinámicas sociales, culturales, políticas y económicas educativas y de salud; por ello apreciar el contexto invita a adentrarse en las realidades de los entornos, en este caso adentrarse al conocimiento del entorno escolar.

### **2.2.1. Información de la población escolar**

Con relación a la población escolar, la Secretaría de Educación Municipal –SEM– proporcionó la información de matrícula en línea 2011, es decir, la población que se matriculó en cada sede educativa, con corte al mes de abril de

2011. Con relación a esta información se puede decir que:

- El total de escolares de las 65 sedes educativas es de 71.982, de los cuales el 52,1% son hombres y el restante 47,9%, mujeres.
- El número aproximado de docentes y directivos de las 65 sedes educativas es de 4.761.
- El número aproximado de familias, haciendo un acercamiento de dos miembros de la familia por cada estudiante, es de 143.964.
- Con respecto a las diferencias poblacionales, el sistema de matrícula en línea inscribe, en especial, la población étnica, allí se realiza una categorización de población indígena como: Quechua, Embera Achagua, Arhuaco y Chiricoa. La población afrocolombiana no se encuentra registrada.
- Con relación a la población en situación de discapacidad, se registran 426 escolares en situación de discapacidad, entre los tipos de discapacidad, la SEM, los clasifica así: Sordera profunda 1%; Hipoacusia o baja audición 4%; Baja visión diagnosticada 5%; Ceguera 1%; Parálisis cerebral 4%; Lesión neuromuscular 5%; Autismo 1%; Deficiencia cognitiva 64%; Discapacidad múltiple 15%.
- La clasificación socioeconómica de la población se encuentra principalmente en el estrato 1, seguido del 2 y en menor prevalencia el 3.
- Las comunas y los corregimientos donde habitan la mayoría de población escolar se nombran a continuación de mayor a menor: 1 Popular, 8 Villa Hermosa, 13 San Javier, 7 Robledo, 3 Manrique, 6 Doce de Octubre, 9 Buenos Aires, 2 Santa Cruz, 4 Aranjuez, San Antonio de Prado, Altavista, San Cristóbal, 12 La América, 5 Castilla,

10 La Candelaria, 11 Laureles Estadio, 16 Belén, 15 Guayabal, Santa Elena, 14 Poblado y San Sebastián de Palmitas.

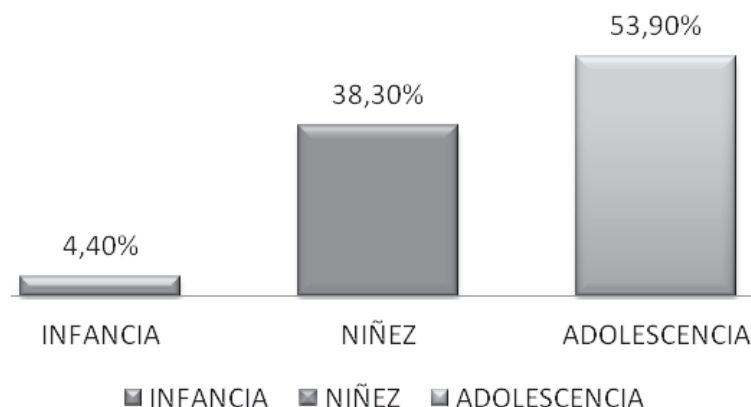
- Con respecto a la afiliación al SGSS, se identificó que la población escolar se encuentra afiliada de la siguiente forma:

En EPS-S (Entidades prestadoras de servicios de salud subsidiado) se registra el 37% del total de la población, seguido de EPS (Entidades prestadoras de servicios de salud del régimen contributivo) con el 37% de la población. Es de anotar que el 8% de la población aparece como vinculada y registradas en el Sisbén.

### 2.2.2. Análisis de la población por ciclo vital.

Realizar procesos desde una perspectiva de ciclo vital implica el reconocimiento de las poblaciones según el nivel de desarrollo. Cada proceso de ciclo vital es fundamental para el desarrollo humano en todas sus dimensiones biológica, psicológica, social, educativa, cultural y política, principalmente; y en el cumplimiento de sus derechos y deberes; en este sentido, la Ley de Infancia y Adolescencia, Ley 1.098 de 2006, manifiesta que niño o niña es aquel ser humano que comprende edades desde su nacimiento hasta los 12 años; y el adolescente, desde los 13 años hasta alcanzar los 18. Sin embargo, en el contexto, se agrega la categoría de primera infancia, es decir, la población que comprende edades desde su nacimiento hasta los 5 años de vida.

Con relación a la información de la población escolar, distribuida por ciclo vital, como se identifica en la gráfica 1 (Ciclo vital), la mayoría de los estudiantes se encuentran entre los 13 y 18 años de edad.



Gráfica 4 Ciclo Vital

Si bien, la mayoría de la población escolar se encuentra en la etapa de la adolescencia y la diferencia con relación a la niñez (15,6%), no es muy significativa, en comparación con la primera infancia (49,5%), los profesionales deben comprender el desarrollo desde el enfoque de ciclo vital, lo cual implica reconocer, cuáles son factores de riesgo y protectores diferenciales para el adecuado desarrollo de los distintos procesos físicos, psicoemocionales y sociales.

El sistema educativo formal en Colombia está organizado por niveles y ciclos, además de ello, en el sistema educativo, se han diseñado varios programas educativos de carácter formal, pero flexible, para garantizar la cobertura educativa y las herramientas educativas para la población que se encuentra en situación de extraedad; es decir, la población que, según el Ministerio de Educación Nacional, supera el nivel de edad para el grado en que debe estar (dos o tres años superiores a la edad acorde al grado).

Entre los programas que se encuentran en la ciudad de Medellín predominan:

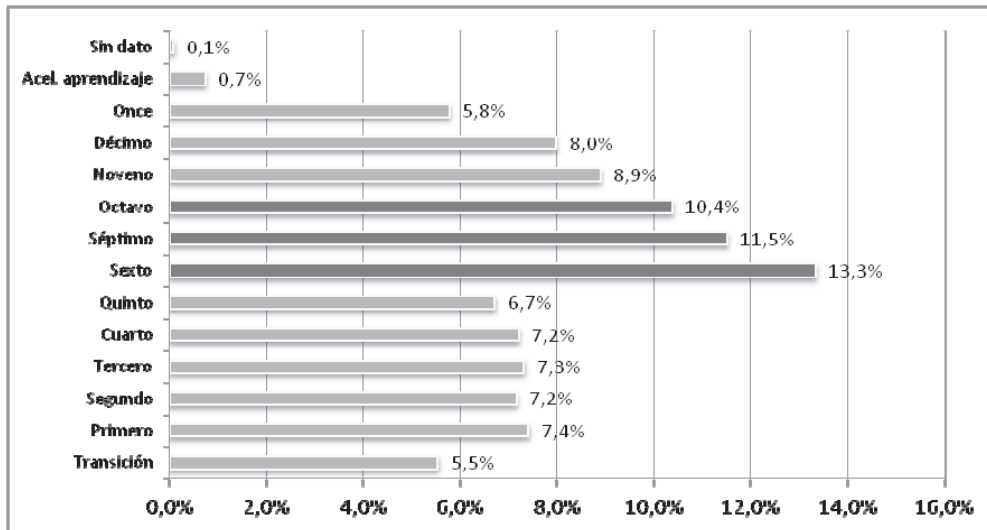
- **Procesos básicos:** es un programa del Ministerio de Educación Nacional dirigido a niños, niñas y jóvenes entre los 9 y 15 años que por diversos motivos no han accedido a la lectura, la escritura y a procesos lógicos matemáticos básicos para el aprendizaje. Promueve el desarrollo de las competencias básicas en lectura, escritura

y aritmética necesarias para integrarse a la institución educativa, el mundo social y el universo cultural.

- **Aceleración de aprendizaje:** es un programa del Ministerio de Educación Nacional para la nivelación de la educación básica primaria de niños, niñas y jóvenes entre los 9 y 15 años quienes, por diversas razones, no han podido continuar sus estudios de primaria y se encuentran por fuera del sistema educativo o en situación de extraedad. El programa, que dura un año lectivo, permite la culminación de la primaria.
- **Clei: Ciclos Lectivos Especiales Integrados:** modalidad que beneficia a mayores de 14 años para iniciar validación del nivel de básica y secundaria. Este servicio puede ser prestado directamente por la Institución Educativa o por instituciones de cobertura educativa.

En la gráfica se muestra el porcentaje de la población escolar proporcional a cada grado; allí se identifica que, de los modelos educativos flexibles antes mencionados, sólo se registra la modalidad de aceleración del aprendizaje, estimado en un 0,7% del total de la población.

También es de anotar que, en la información suministrada por la Secretaría de Educación Municipal –SEM–, los grados que presentan mayor grupo poblacional son los grados de sexto a octavo, siendo el grado sexto quien tiene mayor representatividad con un 13,3%.



Gráfica 5. Distribución por grados escolares

Un hallazgo a resaltar en la gráfica es la diferencia significativa entre el grado quinto seguido por el sexto, con una diferencia de la mitad de la población en un 6,6%, ésta diferencia radica en que las sedes educativas que se benefician del programa, tienen variabilidad en la prestación del servicio; es decir, existen sedes educativas con todos los niveles educativos, otras sólo con ciclo de primaria y otras sólo con secundaria.

Un aspecto a relacionar, es que, las edades de los grupos poblacionales en los grados en que más se proyecta la población escolar están entre los 11 años y 15 años de edad (relación al ciclo vital con la etapa de culminación de la niñez y el comienzo de la adolescencia).

Teniendo en cuenta esta información, se hace necesario retomar el segundo estudio de salud mental del adolescente realizado por la Universidad CES en el año 2009, con el apoyo de la Secretaría de Salud Municipal (17), en el cual se encuestaron adolescentes escolarizados entre los 12 y 19 años, allí encontraron que los principales factores de riesgo y protectores para este grupo poblacional, en materia de salud mental, son:

- El factor de protección más relevante para la salud mental del adolescente es la cohesión familiar.
- Se evidenció la tendencia al aumento de los diferentes tipos de maltrato especialmente para el maltrato verbal que pasó de un 21,2% a 25,8%.
- El trastorno psicológico más frecuente en el mundo actual es la depresión y los niños y adolescentes no son ajenos a esta situación.
- En Medellín, aproximadamente, uno de cada cuatro adolescentes “alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse”; trece de cada cien “alguna vez ha realizado un plan para suicidarse”. Igualmente, se encontró que el 14,4% “alguna vez ha intentado suicidarse” y, finalmente, 3,5% “alguna vez ha intentado suicidarse y requirió atención médica o atención en salud por este evento”.
- Entre las sustancias de mayor consumo, clasificadas como ilegales, se encuentran, la marihuana con 11,4% en el 2009, seguida por el opio con 6,9%, la cocaína con 4,0%, los inhalables con 3,9%, el rohypnol con 2,4%, los hongos con 2,4% y el éxtasis con 2,2%.

- La heroína se incluyó por primera vez en este estudio y el resultado es alarmante al encontrarse una prevalencia anual de 0,7%.
- También se evaluó la situación de dependencia al alcohol, resultado que logró establecer que de cada 100 adolescentes escolarizados, aproximadamente, 8 presentan esta problemática.
- Como novedad, en el presente estudio se incluyó la medición de juego patológico. En el caso de los adolescentes de Medellín la prevalencia de “probable jugador patológico” se registra con el 13.8%.

Esta información permite el análisis y concluir que la mayoría de la población escolar se encuentra en el ciclo vital de niñez, en especial adolescente, es necesario y casi obligatorio tener en cuenta e identificar con absoluta precisión los procesos de desarrollo físicos, emocionales y socioculturales de los escolares y sus comunidades

### 2.2.3. Factores protectores

Para la identificación de los factores de riesgo y protectores de la comunidad educativa se diseñó, en el instrumento de diagnóstico, una encuesta dirigida al grupo estratégico conjunto, es decir, para los representantes de la comunidad educativa. Igualmente, se estableció un espacio de discusión donde se analizaron los aspectos que se constituyen en factores de riesgo y aquellos que se consideran protectores, con el fin de mejorar los niveles de vida de la comunidad.

Para identificar las variables y las categorías que refieren a un estado de vulnerabilidad, se retomaron los lineamientos de política de atención educativa a poblaciones vulnerables, 2005, los cuales definen la vulnerabilidad como “una situación producto de la desigualdad que, por diversos factores históricos, económicos, culturales, políticos y biológicos (agentes cognitivos, físicos, sensoriales, de la comunicación, emocionales y psicosociales), se presenta en grupos de población, impidiéndoles

aprovechar las riquezas del desarrollo humano y, en este caso, las posibilidades de acceder al servicio educativo” (19). La vulnerabilidad se refiere específicamente a poblaciones que presentan las siguientes condiciones:

Se definieron cuatro grandes dimensiones: 1) institucionales y del entorno, 2) ambientales (físicos y psicosociales), 3) salud y 4) educación; cada una de ellas con criterios de valoración, los cuales se discutieron, en el grupo de trabajo conjunto de cada sede educativa, a fin de establecer si estos representan condición de riesgo y/o de protección.

Con relación a lo anterior, se presentan los hallazgos para las 65 sedes educativas en cada una de sus dimensiones, analizadas desde los factores protectores- mayor porcentaje- y de riesgo -el menor porcentaje-. Indicando así niveles de factores protectores determinados según la siguiente escala: Alto-Alto: 80-100% medio -alto: 60-79%, medio-medio, 50-59%, medio - bajo 49,-30% y bajo-bajo 29-0%.

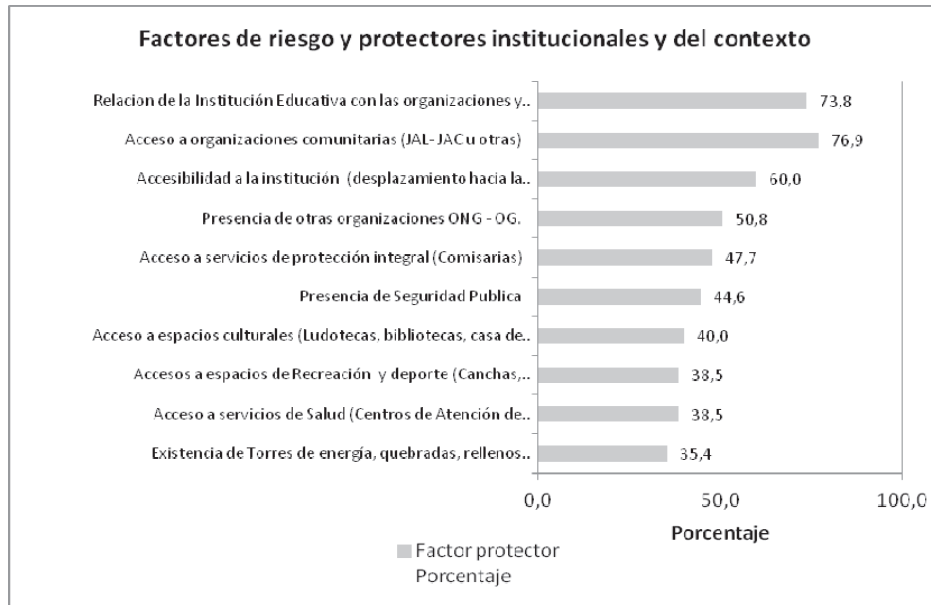
### 2.2.4. Dimensión institucional y del contexto

En esta dimensión se identifican como factores protectores: Relación de la Institución Educativa con las organizaciones y servicios (73,8%), Acceso a organizaciones comunitarias (76,9%), Accesibilidad a la institución (60%) y la Presencia de otras organizaciones ONG - OG. (50.8%); expresados por las relaciones adecuadas que sostienen con otras organizaciones del sector, el acceso y desplazamiento a la sede educativa y la presencia de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que realizan acciones con la población escolar. Ver gráfica 3 (Factores institucionales y del contexto). Cabe anotar que en otras sedes educativas manifiestan que este factor protector se evidenció en menor medida, por el poco conocimiento de las organizaciones del sector; en especial, las figuras organizativas como la Junta Administradora Local -JAL- o Junta de Acción Comunal -JAC; así mismo, la poca presencia de estas organizaciones y la accesibilidad a



las sedes educativas a razón de la situación de violencia en los sectores y por las llamadas

“barreras invisibles”.



Gráfica 6. Dimensión Institucional y del contexto

Un nivel medio-bajo de factor de protección corresponde principalmente al poco acceso a servicios de protección integral (47,7%), expresado por la comunidad educativa en la baja calidad en la prestación de servicios y en el poco acompañamiento a las sedes educativas para el proceso de restitución de derechos; igualmente, se lee en las intervenciones de los actores de las comunidades educativas poca credibilidad en los procesos de protección, a partir de las experiencias que han vivenciado en las activaciones de las rutas de atención.

De igual manera, la presencia de la seguridad pública (44,6%) es considerada como insuficiente en los sectores y como factor de protección, es reconocida con un porcentaje que se ubica en un nivel medio-bajo.

Respecto al acceso a los espacios culturales y de recreación (40%), se puede identificar que existe una infraestructura física adecuada, pero el estado de los mismos no es funcional; pues se manifiesta que no están puestas al servicio de la comunidad con los insumos necesarios y el tiempo de acceso a las bibliotecas y lu-

dotecas es muy corto. Con relación a las zonas recreativas como canchas y parques (38,5%), la comunidad educativa plantea que las mayores dificultades se centran en el acceso, ya que se encuentran “tomadas” por grupos al margen de la ley como zonas de expendio de drogas, armas y otras situaciones de carácter ambiental que ponen en riesgo a la población.

Seguido a ello, frente al acceso a los servicios de salud, se encuentra que hay poca credibilidad, por parte de los representantes de la comunidad educativa (38,5%), esto debido a las dificultades en la asignación de citas y en la atención inmediata, entre otros servicios. Con relación a lo anterior, se destaca como la mayoría de las familias, frente a los síntomas de enfermedad, se dirigen a las farmacias de los barrios para solicitar medicamentos que no son recetados por un profesional idóneo; esta situación se ha constituido como práctica social y cultural en los sectores.

Con relación a la presencia de torres de energía, quebradas, rellenos, zonas militares -batallón-, la mayoría de las sedes educativas se en-

cuentran ubicadas cerca de una quebrada o a un terreno con antecedentes de inestabilidad y riesgo de deslizamiento. Otras características que se consideran como riesgo son la cercanía de dos sedes educativas a una zona militar – batallón- y la precaria situación ambiental que continúa en el sector Moravia, aunque en menor medida, por las intervenciones físicas y sociales que se han realizado en los últimos años.

Con respecto al análisis de factores institucionales y del contexto, se puede inferir que en los sectores donde se encuentran la mayoría de las sedes educativas prevalece un alto índice de vulnerabilidad social, tal como se indica en los primeros análisis de contexto de este diagnóstico, expresado en las situaciones de pobreza, desigualdad e inseguridad.

### 2.2.5. Dimensión ambientes

#### Ambientes Físicos

Según los lineamientos nacionales de entornos saludables (Escuelas Saludables 2006), la dimensión física “se refiere al entorno físico donde se enseña y se aprende, el cual debe garantizar las condiciones mínimas de seguridad y saneamiento ambiental (agua, servicios sanitarios) que favorecen la salud, el bienestar y el desarrollo del máximo potencial de niños, niñas, y demás miembros de la comunidad educativa” (21).

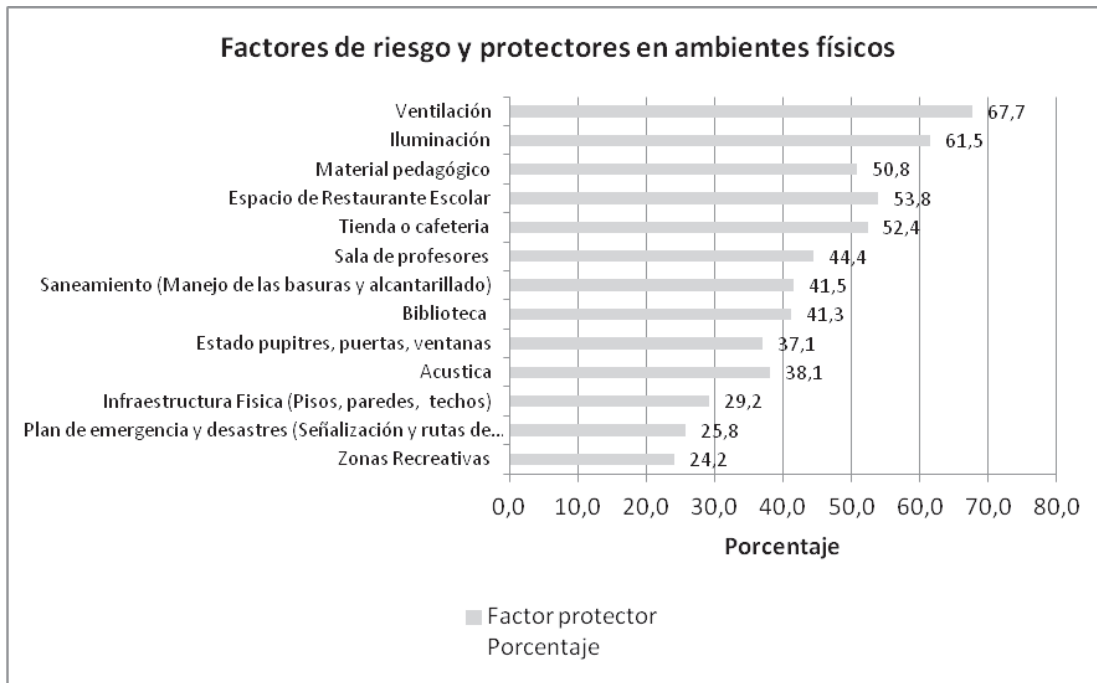
La valorización de la infraestructura es fundamental para garantizar ambientes adecuados y saludables para el aprendizaje. En este sentido, un ambiente hace referencia no sólo al espacio físico y a las condiciones del mismo, sino a todas aquellas acciones que interfieren en el ambiente para el libre desarrollo.

De esta manera, de acuerdo con los factores identificados por los actores de la comunidad educativa y a partir de la observación de las

instalaciones educativas, se encuentra que las zonas recreativas, como factor de protección, están ubicadas en un nivel bajo-bajo (24,2%), ya que en las distintas sedes se identifican características como ausencia de zonas recreativas, insuficiencia de ellas o en estado de deterioro .

En esta medida, se puede decir que la infraestructura física de las sedes educativas no cuenta con espacios adecuados, según los requerimientos de calidad en los espacios físicos; considerando además, que en algunas situaciones se encuentran en estado de hacinamiento.

Se expresa además, por parte de la comunidad educativa, no contar con un plan de atención para emergencias y desastres (25,8%) ni señalización de rutas de acceso y evacuación, teniendo en cuenta que este programa debe implementarse en todas las sedes educativas regidas por la Resolución 7550 de 1994. El Artículo 3 de dicha Resolución expresa que “todo establecimiento educativo debe crear y desarrollar un proyecto de prevención y atención de emergencias y desastres, de acuerdo con los lineamientos emanados por el Ministerio de Educación Nacional, el cual hará parte integral del proyecto educativo institucional. Este contemplará como mínimo los siguientes aspectos: a) creación del comité escolar de prevención y atención de emergencias y desastres como también brigadas escolares, b) análisis escolar de riesgos, c) plan de acción, y d) simulacro escolar ante una posible amenaza”. Ver gráfica 4 (Factores protectores en ambientes físicos). Con respecto a este factor, se identificaron varios niveles de ejecución: instituciones con señalización adecuada, instituciones con diseño del plan pero no implementado e instituciones con plan, pero sin realización de simulacro.



Gráfica 7 Dimensión Ambientes físicos

Otros factores identificados como los que indican menor nivel de protección son el estado de la infraestructura física (29,2%), pisos y paredes agrietados y con humedades, así como niveles de contaminación auditiva (38,1%) por la construcción de aulas, imposibilidad para atenuar el ruido dentro y fuera de las instituciones, pupitres, puertas y ventanas (37,1%) en estado de deterioro; por otro lado, la biblioteca (41%) es percibida como un lugar inútil, pues no se usa cotidianamente, en palabras de los actores de la comunidad educativa, se percibe como una “bodega de libros”.

Es de anotar que 38 sedes educativas identifican necesidades de atención para el saneamiento, el manejo de las basuras y alcantarillados (41,5%); los establecimientos educativos no cuentan con las condiciones físicas adecuadas y existen limitaciones para la instauración de hábitos saludables en el manejo de residuos, este criterio se relaciona con el cuidado de los sanitarios y zonas de aseo, también con las acciones educativas para el adecuado manejo de las basuras y el reciclaje.

Entre las condiciones físicas también se incluye la calidad del espacio de la sala de profesores (44,4%), 35 sedes educativas manifiestan que estos espacios no cumplen a cabalidad con los requerimientos de calidad, en este caso, por el espacio reducido, el desorden en la distribución del espacio, la luminosidad, ventilación y acústica no apropiada.

Respecto a la tienda o cafetería escolar (52,4%), 30 sedes educativas manifiestan que el espacio es reducido y no hay garantía en el saneamiento y cuidado de los alimentos e higiene; además, se establece la necesidad de realizar una evaluación de la tienda, respecto a la variedad de alimentos y cuidado específico que posibilite constituir tiendas o cafeterías más saludables.

Entre los factores protectores que se resaltan en esta valoración, un 53,8% considera favorable el espacio del restaurante escolar y la existencia de material pedagógico (50,8%), aunque 31 de 65 instituciones manifiestan que si bien existe el material, es muy poco, y en

otros casos, no se hace uso del material. Con relación a la ventilación, un 67,7% de las sedes educativas, manifiestan que la ubicación de las aperturas de aire está orientada de modo que los vientos circulan directamente por ellas; del mismo modo, la iluminación (61,5%) se considera como adecuada, resaltando la adecuada ubicación de ventanas y el aprovechamiento de luz natural.

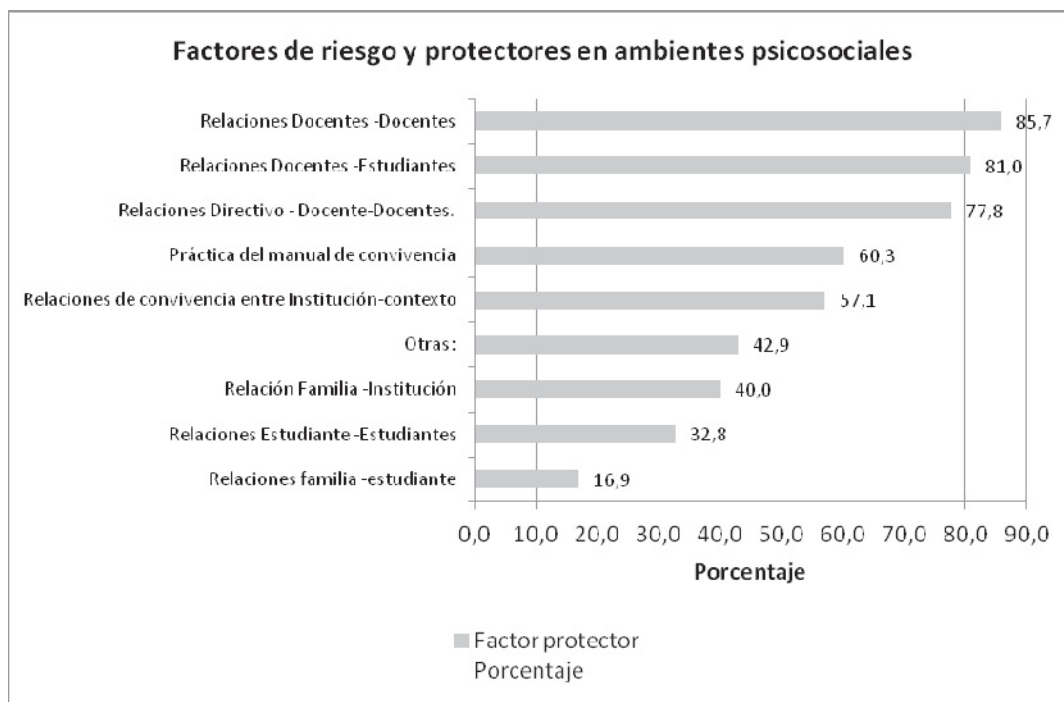
El análisis de los factores que determinan los ambientes físicos, se ubican en un nivel medio-bajo, tanto a nivel de planta física como de las acciones educativas, que son responsabilidad de cada sede, para mejorar el ambiente en condiciones más saludables.

### Ambientes psicosociales

Retomando los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables (Escuelas Saludables 2006), los ambientes psicosociales son clave para el desarrollo del ámbito familiar, puesto que son condicionantes directos de la salud mental de la familia, e indirectos de aspectos relacionados con el maltrato, abuso sexual,

consumo de sustancias psicoactivas. Lo fundamental en los ambientes psicosociales es fomentar el desarrollo de las actitudes, habilidades, competencias y oportunidades necesarias para cultivar buenas relaciones interpersonales, la comunicación asertiva y el manejo de conflictos, tensiones y estrés en todos los miembros de la familia y de la comunidad.

Esta dimensión evalúa la percepción que tiene el grupo representativo de cada sede educativa frente a las relaciones que se establecen entre los miembros de la comunidad educativa. Los resultados fueron ubicados en un nivel medio-bajo en el desarrollo de factores de protectores. Lo que se expresa en las relaciones con la familia (16,9%), seguida de 43 sedes en las cuales expresan dificultades de convivencia entre los estudiantes (32,8%). Así mismo, la relación de la institución y familia (40%) identificada por el poco acompañamiento de éstas últimas en el proceso educativo de los estudiantes, aspecto que se ve claramente evidenciado en 39 sedes educativas. Ver gráfica 5 (Factores protectores en ambientes psicosociales)



Gráfica 8: Dimensión ambientes psicosociales

Es de anotar que 21 sedes educativas identifican en el criterio de "Otras", dificultades en las relaciones con otros miembros de la comunidad educativa: vigilantes, personal de aseo y otros actores que circundan la escuela. Se destaca en este criterio la aplicación del manual de convivencia, identificado con (60,3%) como un factor de protección, sin embargo, al mismo tiempo es necesario señalar que en algunas sedes educativas se expresa que este manual no es conocido por todos los miembros de la comunidad educativa y, en otros casos, que éstos se encuentran contruidos pero no generan mayor impacto.

Respecto a la relación de los establecimientos educativos con el contexto (57,1%), 36 sedes educativas identifican que las relaciones son adecuadas, siendo las instituciones un factor protector para los sectores de influencia; sin embargo, las situaciones de violencia en el contexto limitan las relaciones armoniosas con otras entidades del sector; aunque esto se visualiza en menor medida, en tanto el mayor factor protector de la dimensión institucional y del contexto se considera en las relaciones interorganizacionales de la sede educativa.

Entre los factores protectores de mayor incidencia, se resaltan, en la mayoría de las sedes educativas, relaciones armoniosas entre los docentes y directivos (77,8%), los docentes continúan siendo un referente positivo en el proceso educativo de los estudiantes, las comunidades educativas resaltan las relaciones y compañerismo entre los docentes como condicionante para el fomento de un ambiente cálido y de convivencia. Las sedes educativas que refieren este aspecto en menor medida, es relacionado con dificultades en el campo administrativo y de acompañamiento por parte de los directivos con los docentes.

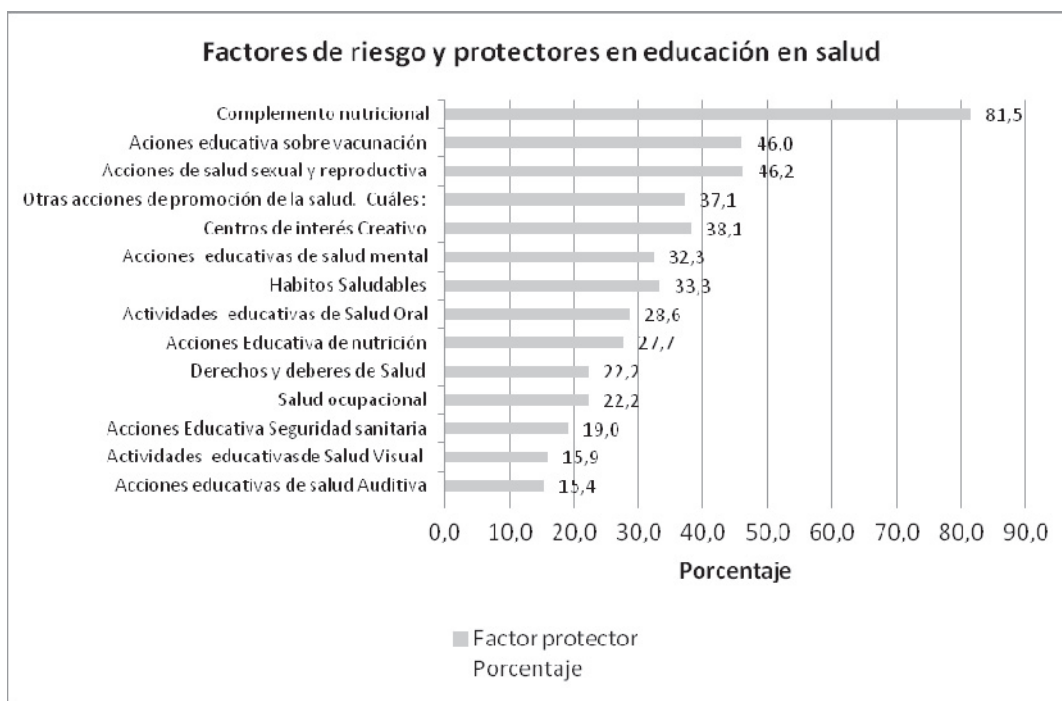
El análisis de los factores psicosociales, se consideran con un nivel medio-bajo en factores

protectores. La información que se arroja en esta dimensión destaca la necesidad de mejorar los niveles de convivencia desde un enfoque diferencial, el desarrollo de competencias ciudadanas, el respeto por el otro, la tolerancia y el fortalecimiento de acciones orientadas al acompañamiento familiar.

### 2.2.6. Dimensión educación en salud

Con relación a la dimensión en salud, es necesario resaltar que estos factores hacen referencia a las acciones educativas que realizan las sedes educativas desde la educación para la salud. Según los lineamientos nacionales de entornos saludables del 2006, "La educación para la salud tiene una profunda influencia en los conocimientos, valores, actitudes y prácticas de la población que le permite asumir y mantener hábitos de vida sana y un nivel óptimo de calidad de vida. La educación y la salud deben fortalecerse mutuamente. Cuando se trata el tema de educación debe hacerse referencia no sólo a la enseñanza formal, sino también a la informal no estructurada, que se adquiere en otros ámbitos de la vida cotidiana y que puede actuar como una fuerza poderosa para promover la salud" (23).

En este caso, la valoración se sustenta desde el marco normativo de la Ley 115 de 1994, donde uno de los fines de la educación refiere, en el numeral 12, 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...". La salud se presenta como un eje transversal del plan de estudios en todos los grados de educación formal, con una orientación de trabajo interdisciplinario que facilite la construcción de hábitos para una vida saludable" (24).



Gráfica 9: Dimensión Educación en Salud

Los resultados que arroja la información suministrada por los grupos estratégicos de las 65 sedes educativas, devela la identificación de factores protectores en un nivel bajo-bajo, principalmente en la ausencia de acciones educativas en salud auditiva (15,4%), visual (15,9%), de seguridad sanitaria (19%), ocupacional (22,2%), deberes y derechos (22,2%), nutrición (27,7%), salud oral (28,6%) y hábitos saludables (33,3%).

En otro extremo se destacan como factores protectores, en un nivel alto, el complemento nutricional (81,5%), las acciones educativas sobre vacunación (46%), salud sexual y reproductiva (46,2%), entre otras acciones (37,1%) como campañas contra el dengue, cuidado de las basuras, tamizajes y los centros de interés creativos, como actividades artísticas de música, porrismo y baile.

Con relación a estos factores, cabe anotar que no es la institución quien realiza las acciones educativas, de hecho hay acciones de educación que se confunden con la atención en salud que realizan otras entidades y que pueden

valorarse por la gestión que realiza la sede educativa. Ver gráfica 6 (Factores protectores: acciones educativas en salud).

De igual manera, se puede leer en la gráfica 6 que las acciones educativas en salud se consideran como externas a la sede y no como parte de los procesos educativos. Si se hace análisis de las competencias curriculares, muchas de ellas hacen parte del enfoque de educación para la salud.

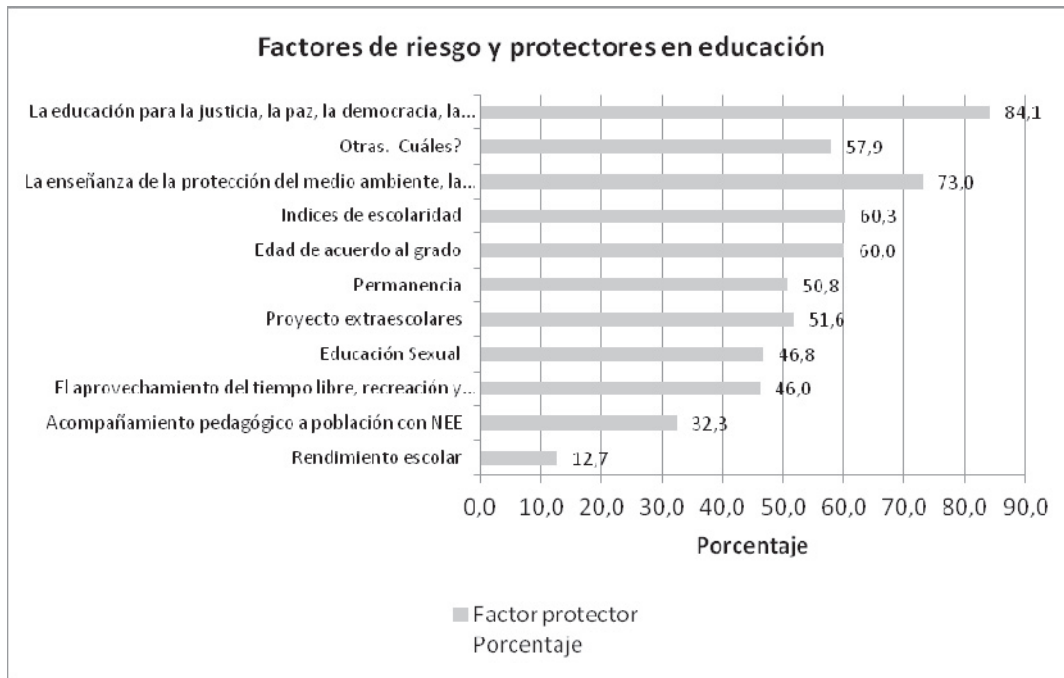
Otro aspecto importante a resaltar, según muchas de las respuestas orientadas a factores protectores, fue el acompañamiento que realizó la Estrategia de Escuelas y Colegios Saludables en años anteriores, lo que evidencia un reconocimiento por parte de las sedes educativas frente a las acciones que realizan la Secretaría de Salud Municipal y Metrosalud; pero si se tiene en cuenta que todas las instituciones educativas son responsables de la educación en salud y hábitos saludables, la dimensión de salud se identifica como la dimensión que menor indica factores protectores de todas las dimensiones analizadas.

### 2.2.7. Dimensión educación

Las instituciones educativas, regidas por la Ley 115 de 1994, tiene la obligatoriedad de garantizar la educación de la infancia, niñez y adolescencia con acceso, permanencia, calidad y eficacia; en esta medida, la dimensión educativa responde a factores relevantes que impactan a la salud de la comunidad educativa.

En esta dimensión se identifica un nivel medio-medio de factores protectores expresado en la implementación del proyecto relacionado con la educación para la paz, la justicia, la

solidaridad, la confraternidad y la formación en valores humanos (84,1%). Al respecto, las sedes educativas manifiestan que con el acompañamiento de la Secretaría de Educación del Municipio han realizado un esfuerzo por mejorar la convivencia en las comunidades educativas, contrario a lo que se identifica en la dimensión de ambientes psicosociales. No obstante, cabe retomar para esta dimensión que las situaciones de violencia e inseguridad se constituyen en una problemática base para la ciudad y el país. Ver gráfica 7 (Factores protectores en educación).



Gráfica 10: Dimensión Educación

Entre otras acciones (57,9%) que se constituyen como factores protectores, están los encuentros culturales, la socialización de experiencias, los juegos intercolegiados, la emisora, los proyectos institucionales, el proyecto de aula abierta, actividades del Inder y programas y proyectos complementarios a la jornada escolar. Esta información es fundamental al presentarse como otras acciones que contribuyen a la educación y motivación de los estudiantes y comunidad educativa; es otra mirada de educación que

posibilita la permanencia y motivación de los estudiantes por la escuela.

Se reconoce también la implementación del proyecto de enseñanza y cuidado del medio ambiente (73%), aunque difiere con la identificación de los ambientes físicos, donde se muestra como un nivel mínimo en factores protectores en las sedes educativas. Por otro lado, se considera como factor protector, la cobertura educativa (60,3%) y el acceso a la edu-

cación como estado de derecho. La edad de acuerdo al grado se identifica en un 60%, en el cual se disminuye la situación de extraedad y la permanencia en un 50,8%, lo que da cuenta de un nivel alto de ausentismo escolar.

El proyecto de educación sexual (46,8%) se atribuye a espacios de clase y a “charlas que llegan de otros programas y proyectos, en especial los de salud, y orientados desde los métodos anticonceptivos”.

Un factor protector de menor nivel, que es necesario tener en cuenta en este diagnóstico, considera que los grupos representativos de las 65 sedes educativas poco reconocen el proyecto de enseñanza obligatoria de aprovechamiento del tiempo libre (46%), estipulado en el Artículo 14 de la Ley 115 de 1994. Las sedes indican que se encuentra escrito, pero no se está implementado porque no hay espacios adecuados para su desarrollo.

Finalmente, se puede decir que existe un reconocimiento de maestras de apoyo y del programa de las Unidades de Atención Integral para la atención a población con Necesidades Educativas Especiales -NEE-, pero persiste como factor protector de menor nivel (32,3%) por el poco conocimiento de procesos de inclusión e implementación de estrategias que propenden por minimizar las barreras para el aprendizaje y la participación de la población que presenta dificultades para aprender, y en especial, la población escolar que presenta algún tipo de discapacidad.

El factor protector que indica menor nivel de desarrollo, identificado en esta dimensión, es el rendimiento escolar (12,7%), el cual se puede expresar por la desmotivación en la oferta educativa, el poco acompañamiento familiar, la percepción sobre la educación, dificultades en el aprendizaje, entre otras situaciones que se consideran como desencadenantes de la deserción escolar. Ver gráfica 7 (Factores protectores en educación),

### 2.2.8. Programas y proyectos

Una de las acciones del programa UNIRES-EECS, es gestionar y apoyar los procesos de articulación intersectorial e interinstitucional. El manual de gestión territorial de entornos saludables plantea que “se debe resaltar que los procesos de articulación y complementariedad deben iniciarse al interior de cada entidad, buscando fortalecer la estrategia desde lo sectorial y poder así posicionarla más fácilmente en el ámbito intersectorial, comunitario y político”. Inicialmente, deben existir voluntades políticas, desde Educación, Salud y Bienestar Social, del mismo modo que la plena voluntad de rectores y coordinadores de las sedes educativas para acoger la propuesta de forma articulada, aspecto que determina el alcance de los programas, proyectos y estrategias que realizan sus acciones en el entorno escolar.

Con respecto a la indagación por los programas y proyectos que interactúan en las sedes educativas, se puede determinar que existe un 80% de sedes educativas en las cuales se reconocen estrategias y proyectos curriculares intrainstitucionales, determinados por la normativa en educación formal; y aproximadamente un 20% cuenta con presencia de programas y proyectos externos a las sedes educativas.

Con ello, se puede decir que no se identificó una sola institución educativa que no acogiera ningún proyecto o programa diferente a los propuestos por la sede educativa, ya sea gubernamental o no gubernamental; lo que sí es importante analizar es que la oferta varía en las sedes educativas, algunas de ellas se visualizan con sobreoferta, mientras otras no cuentan con mucho acompañamiento. Entre las organizaciones o proyectos que se identificaron en el mes de abril de 2011, en el proceso de diagnóstico, se encuentran Unidad de Atención integral, Salud Familiar, Hospital Luis Carlos Galán, Proyecto Buen Vivir en Familia, Proyecto Pedagogía Vivencial de la Corporación Educativa Combos, Fundación Las Golondrinas, Proyecto Batuta, Inder, Yo Mi Vida



Macro Proyecto Moravia, Carisma, Surgir, Universidad San Buenaventura, Félix y Susana, Fundación Telefónica - Pro Niño, Picacho Con Futuro, Emprendimiento y Comfama, entre otros.

La indagación de este aspecto del diagnóstico es fundamental en la implementación de la estrategia de Escuelas y Colegios Saludables, ya que la misión principal de ésta es la articulación y la gestión intersectorial. Lo que se pretende con esta información es que el gestor o la gestora en salud realice un mapeo general y coordine las acciones de manera pertinente y coherente a los hallazgos identificados en cada aproximación diagnóstica y al proyecto educativo institucional, posibilitando encuentros de discusión colectiva y coordinando acciones que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades educativas.

### 2.2.9. Potencialidades e intereses

La intencionalidad para el proceso de recolección de información de las potencialidades e intereses se realizó para la implementación de la estrategia de los centros de interés creativos para cada sede educativa.

Los centros de interés creativos se conciben como una alternativa pedagógica, orientada con una metodología activa, lúdica y recreativa desde el Ser, el Saber y el Saber Hacer; el cual tiene como propósito que niños, niñas y adolescentes, con el acompañamiento de los docentes, desarrollen habilidades, fortalezcan otros conocimientos, adquieran la capacidad de expresión desde sus sentires, emociones e intereses particulares y colectivos. Esto permite encontrar conocimientos prácticos y conceptuales desde la curiosidad, la percepción y la motivación; siendo ello la base primordial de todo proceso de aprendizaje significativo.

Este ejercicio se realizó con el propósito de determinar los gustos y las motivaciones de la población escolar en cuatro líneas transversales artes plásticas (pintura, dibujo, escultura, fotografía, grafiti, tejidos), artes escénicas

(teatro, títeres), música y danza (hip hop, rap, rock, bandas, danzas folclóricas, música colombiana, chirimías), medios y comunicación (periodismo, diseño, TIC'S, emisoras radiales, video), otro interés o potencialidad o ningún interés en particular.

La encuesta general se realizó por grado y grupo en cada una de las 65 sedes educativas, en las cuales se identificó que el mayor interés de la población escolar corresponde a las artes plásticas con un 52%, seguido de música y danza con un 26%, artes escénicas 16% y medios y comunicación, elegida por 4 sedes educativas, expresada con un 6%.

Es de anotar que las artes plásticas se configuraron como una de las actividades de mayor motivación y potencialidad para la población escolar, en las líneas de pintura, dibujo y grafiti. Igualmente, se destaca que dentro de los intereses y gustos de los adolescentes prevalecen las manifestaciones artísticas y culturales, como espacio para la diversión y el ocio; dado que, entre otras posibilidades de interés elegidas por los estudiantes, la mayoría se orientaron a las cuatro categorías antes mencionadas. Según lo anterior, se puede inferir que, en primer lugar, ofertas de interés como la robótica, astrología, nuevas tecnologías y centros de lectura no se consideran alternativas para la diversión sino como espacio académico; en segundo lugar, que las elecciones de interés seleccionadas tienen como raíz las construcciones sociales, culturales y simbólicas de los sectores de influencia y de la ciudad.

### 2.3. Identificación de problemática institucional

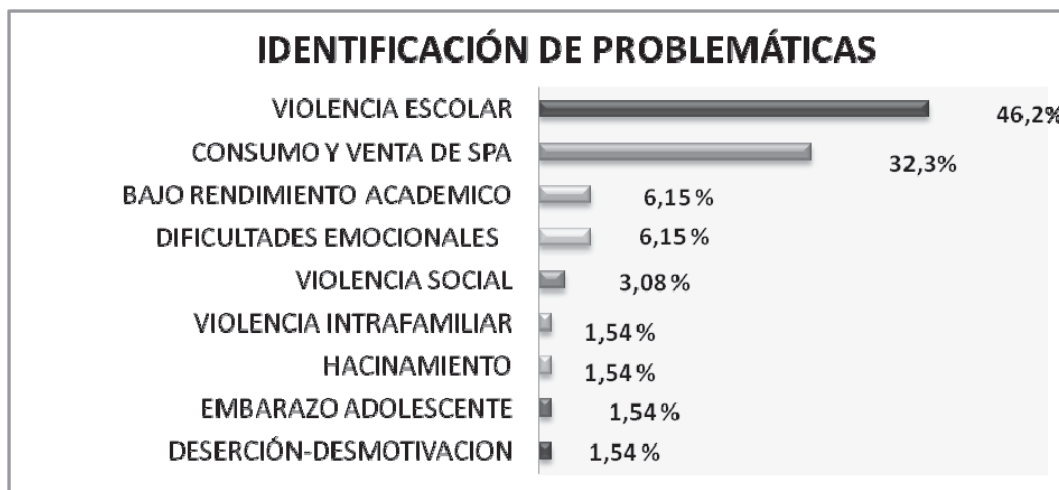
La selección de la problemática institucional, así como en el proceso de identificación de factores protectores y de riesgo, se realizó con el grupo estratégico conjunto y miembros de la comunidad educativa que conocen la historia y la dinámica institucional.

La metodología se orientó en la elección de los 10 problemas principales que cada sede edu-

cativa consideró de gran influencia; posteriormente se evaluaron uno a uno cada problema con relación a los niveles de afectación a los actores de la comunidad educativa. Posteriormente, se valoraron de 1 a 5, siendo uno la problemática de menor impacto y 5 de mayor; y se hizo una sumatoria general, eligiendo la

problemática central, decisión que fue validada por los miembros en plenaria.

En los resultados que arroja el instrumento, para las 65 sedes educativas, se encontraron problemáticas consecuentes a factores sociales y del contexto. Ver gráfica 8 (Identificación de problemáticas institucionales).



Gráfica 11: Identificación de Problemáticas Institucionales

La violencia escolar se constituyó como la principal problemática identificada, con un 46% y la violencia social en un 3,8%. Las situaciones de violencia escolar y social se manifiestan en la mayoría de las sedes educativas por las dificultades en las relaciones entre estudiantes, tal como se identifica en los factores de riesgo psicosociales; así mismo, las dificultades con la norma, la falta de acompañamiento familiar y la desmotivación.

Una investigación realizada en el año 2007, denominada: Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, plantea que en Medellín se pierden casi tantos años de vida saludables por homicidio y suicidio que por todas las demás causas de incapacidad y muerte sumadas, esto identificado además en los indicadores básicos de salud de 2009, mencionados anteriormente (25).

Esta problemática es reconocida y visibilizada por la Secretaría de Educación Municipal, la

cual está realizando acciones de intervención frente al acoso escolar y naturalización de la violencia, a ello establece que “el acoso, la intimidación y el maltrato entre escolares constituye una realidad incuestionable presente en las instituciones educativas; insultos, amenazas, señalamientos, agresiones físicas y psicológicas, aparecen como formas de relacionarse entre niños, niñas y adolescentes en la convivencia diaria en los escenarios escolares. Así, algunos estudiantes buscan obtener poder y reconocimiento, manteniendo relaciones de agresión, toleradas y silenciadas al interior de los grupos de aula, y que ante los ojos de los educadores y padres de familia son consideradas como ‘cosa de chicos’.

“Estas situaciones de indefensión y maltrato prolongado generan un clima de tensión en las instituciones educativas afectando la calidad de los procesos de aprendizaje y dejando entrever graves consecuencias en el desarrollo de la personalidad de quienes las padecen, in-

cluso, asociándolas a los altos índices de ausentismo y deserción estudiantil.

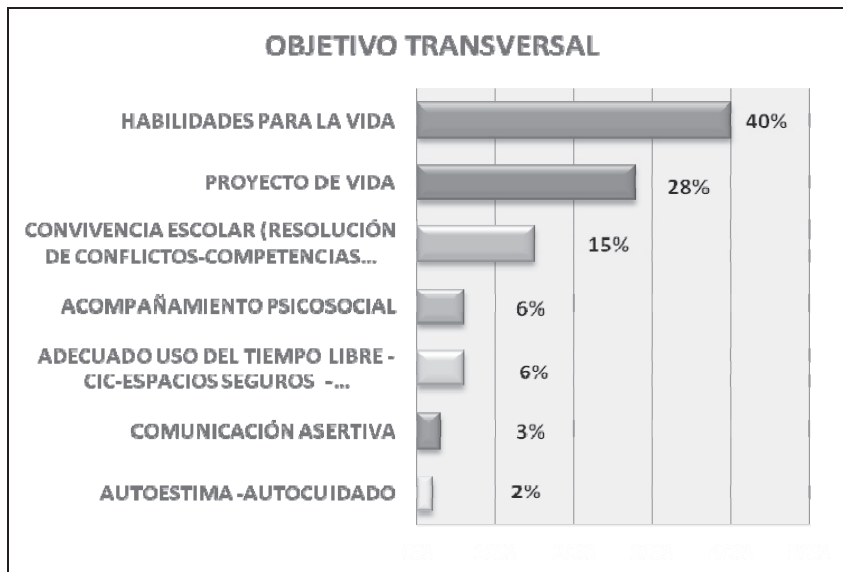
“Ante esta problemática, las instituciones educativas carecen de herramientas para identificar el problema y actuar pedagógicamente sobre él. De ahí, la importancia de hacer un acompañamiento formativo que posibilite a los estudiantes, docentes y padres de familia reflexionar y comprender el tema de la intimidación, el maltrato y la convivencia entre escolares, desde sus respectivas orientaciones académicas y sus prácticas en la vida cotidiana, tanto en el mismo colegio como en los variados ámbitos de pertenencia” (26).

Seguidamente, las problemáticas identificadas pueden considerarse como consecuencias del fenómeno de la violencia social, familiar y los índices de pobreza que atañe la ciudad de Medellín, que desencadenan el consumo de sustancias psicoactivas, hacinamiento, embarazo adolescente, deserción y desmotivación; afectando en gran medida la salud mental de

la comunidad educativa. Ver gráfica 8 (Identificación de problemática institucional).

De esta manera, el reto del programa UNIRES-EECS se fundamenta en aunar esfuerzos sectoriales que, con sus programas, proyectos y estrategias, permanezcan y acompañen a las instituciones educativas con el fin de mejorar los ambientes psicosociales y generar niveles óptimos de convivencia.

Cabe resaltar que, durante la discusión de la problemática institucional, se preguntó a las sedes educativas ¿qué abordaje pedagógico proponen para la minimización de estas situaciones? A lo cual mencionaron, en un 40%, habilidades para la vida, 20% proyecto de vida, seguido de convivencia escolar, competencias ciudadanas, adecuado uso del tiempo libre y líneas específicas como la comunicación asertiva y el fomento de la autoestima y el autocuidado; todas ellas en vía a mejorar la salud mental desde una perspectiva psicosocial. Ver gráfica 9 (Objetivo transversal).



Gráfica 12 Objetivo transversal

## 2.4. Conclusiones sobre el diagnóstico

Una de las conclusiones más relevantes de este diagnóstico es que el entorno debe generar mecanismos protectores para que se dignifique la transformación social. Por ejemplo, la responsabilidad de la salud no es sólo identificar casos de Insuficiencia Respiratoria Aguda -IRA- en niños y realizar la asistencia pertinente para evitar muertes, sino que los diversos sectores deben aunar esfuerzos para identificar los riesgos en los entornos. En este caso, los estilos de vida saludables, entre otras acciones, se constituyen como las herramientas necesarias en la cotidianidad para el cuidado de sí y de los otros, a fin de minimizar los índices de morbilidad y mortalidad por IRA, desnutrición, entre otras condiciones que atentan contra la salud. En este sentido, la salud ha de pensarse como un constructo social, cultural, étnico y simbólico que parte de las experiencias de vida de los sujetos, y de los entornos.

La violencia social es una problemática histórica y sociocultural, un problema que también es campo de la salud pública, de la educación, medioambiente y de los estamentos políticos que trabajan por el desarrollo integral y sostenible de las poblaciones. La violencia en el entorno escolar, como consecuencia de la violencia social, requiere de acciones políticas y sociales que empoderen a las comunidades educativas, para que en lugar de naturalizarla, se visibilice, reflexione y dé lugar a un ambiente sano para la convivencia.

La escuela, poco a poco, debe iniciar cambios en la manera de cómo los actores de la comunidad se refieren a sí mismos en la diferencia, en los roles que cumplen, en sus proyectos de vida y como se plantea en los objetivos transversales derivados de las problemáticas identificadas, en las necesidades de desarrollar habilidades para la vida. Estas habilidades han de proponerse en el campo de la educación, no como acciones preventivas sino como eje fundamental para el desarrollo de los aprendizajes académicos y sociales que influyen en el

desarrollo humano en todas sus dimensiones. La identificación de factores de riesgo y protectores, tienen como punto de partida para su análisis la propuesta que realiza el Ministerio de Educación Nacional para el trabajo con poblaciones vulnerables; donde propone que reconocer los niveles de vulnerabilidad de un sector implica interpretar las situaciones posibles que coartan el desarrollo humano y también potenciar las que lo posibilitan. Como se pudo identificar en este apartado, los sectores de influencia de la mayoría de las sedes educativas se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, por factores institucionales, organizacionales, ambientales, del entorno, de salud y educación.

Los hallazgos que identifican el nivel de vulnerabilidad social en las sedes educativas, indican que entre los principales factores de riesgo y protectores, en las cuatro dimensiones analizadas, están existencia de factores ambientales que ponen en riesgo la infraestructura de las sedes educativas; el acceso a los servicios de salud y a espacios de recreación y cultura; a servicios de protección integral y la seguridad. Factores de riesgo físico como la ausencia o el mal estado de zonas recreativas, ausencia o poca implementación del plan de atención a emergencias y desastres, infraestructura en mal estado, pisos, paredes, techos, pupitres, sillas, puertas, ventanas, saneamiento, acceso y servicio de las bibliotecas institucionales. Factores de riesgo de ambientes psicosociales en las relaciones entre familia e institución, familia y estudiante, y entre estudiantes; ausencia de acciones educativas en salud (visual, seguridad sanitaria, salud ocupacional, derechos y deberes en salud, salud oral, estilos de vida saludables, nutrición, salud mental). Factores de riesgo educativo como el bajo rendimiento escolar, el poco acompañamiento a población con Necesidades Educativas Especiales, el poco trabajo pedagógico orientado al aprovechamiento del tiempo libre y la educación sexual.

Se identificaron factores protectores tales como las relaciones adecuadas y de gestión

con las organizaciones del sector y el acceso a las sedes educativas; el beneficio de los programas de restaurantes escolar, el material pedagógico, el acceso a tienda o cafetería, la iluminación y ventilación de la infraestructura, las relaciones adecuadas y armoniosas entre docentes, directivos con los estudiantes; la práctica del manual de convivencia y, nuevamente, las relaciones de la institución con el contexto; las acciones educativas en salud, en el complemento nutricional y de salud sexual y reproductiva; acciones educativas en torno a la convivencia, actividades culturales y recreativas, acciones educativas de protección del medio ambiente y cobertura educativa.

En términos generales, las preguntas que deben orientar los proyectos y programas de ciudad, para la población adolescente, serán: ¿Cómo se conciben los adolescentes de nuestra ciudad hoy? ¿De qué manera se están construyendo las identidades? ¿Cómo son sus modos de relación? ¿Cómo construyen su sexualidad? ¿Cómo toman decisiones? ¿Cuáles son los procesos educativos más asertivos para acompañar su desarrollo? ¿Cómo fortalecer a toda la comunidad educativa para la promoción de la salud, desde un enfoque de derechos, de ciclo vital y de educación para la salud?

## BIBLIOGRAFÍA

1. Empresa Social del Estado Metrosalud. Serie de documentos de trabajo. Diagnóstico Institución Educativa Estrella Vélez Londoño, Victoria Martínez, UNIRES-ECCS. Medellín 2011.
2. Kemmis y McTaggart, 1998, citado en Paz Esteban. Investigación cualitativa en Educación. Fundamentos y tradiciones. Documento de trabajo Maestría en Educación y Desarrollo Humano. Convenio CINDE-Universidad de Manizales. Medellín, 2010.
3. Mercer, Hugo. Investigación social, aplicada al campo de la salud. Revista Educación médica y salud. Vol. 9. N° 4. 1975, pág. 348. {Sitio en internet} consulta el 1 de noviembre de 2011.
4. Mercer, Hugo. Investigación social, aplicada al campo de la salud. Óp. Cit., p. 349.
5. Organización Panamericana de la Salud. Investigación en ciencias sociales y salud. Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la Organización Panamericana de la Salud 1 al 3 de junio de 1998 Caracas, Venezuela. {Sitio en internet} consulta el 1 de noviembre de 2011.
6. Alcaldía de Medellín. Encuesta de Calidad de Vida 2009. Medellín. {Sitio en internet} consulta el 3 de noviembre de 2011.
7. Alcaldía de Medellín. Medellín cómo vamos. Pobreza y desigualdad 2009 {Sitio en internet} consulta el 1 de octubre de 2011.
8. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud de Medellín, Indicadores básicos de Salud, 2009, pág 71. {Sitio en internet} consulta el 1 de octubre de 2011.
9. Alcaldía de Medellín. Medellín cómo vamos. Salud y supervivencia 2009 {Sitio en internet} consulta el 1 de octubre de 2011.
10. Boaventura de Sousa Santos, 2003, citado en Bernal, Jorge. 2010. La exclusión social y la desigualdad en Medellín, sus dimensiones objetivas y subjetivas. P. 253 {Sitio en internet} consulta 1 de octubre de 2011.
11. Empresa Social del Estado Metrosalud. Serie de documentos de trabajo. Diagnósticos institucionales. UNIRES-ECCS. Medellín 2011.
12. Alcaldía de Medellín. Encuesta de cultura ciudadana. Medellín, 2009. {Sitio en internet} consulta el 1 de octubre de 2011.
13. Lechner Norbert. Nuestros miedos en: El miedo: Reflexiones sobre su dimensión social y cultura. Corporación Región, 2007. Pág. 137. {Sitio en internet} consulta 5 de octubre de 2011.
14. Lechner Norbert. Nuestros miedos en: El miedo: Reflexiones sobre su dimensión social y cultura. Óp. Cit., p. 137
15. Alcaldía de Medellín. Informe de Gestión Secretaría de Educación 2008 – 2011. Junio de 2010. {Sitio en internet} consulta el 5 de octubre de 2011.
16. Vergara Quintero, María del Carmen. Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad. 2007. {Sitio en internet} consulta el 1 de octubre de 2011.

17. Universidad CES. Segundo informe de salud mental en el adolescente CES. 2009. P. 24. {Sitio en internet} consulta el 1 de octubre de 2011.
18. Organización Panamericana de la Salud. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Septiembre de 1998. {Sitio en internet} consulta el 16 de septiembre de 2011.
19. Ministerio de Educación Nacional. Lineamientos de política de atención educativa a poblaciones vulnerables. Revolución Educativa. Bogotá; Julio de 2005. {Sitio en internet} consulta el 16 de septiembre de 2011.
20. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Lineamientos de política de atención educativa a poblaciones vulnerables. Óp. Cit., p. 10
21. Ministerio de la Protección Social, Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de Estrategias de Entornos Saludables, Escuelas Saludables y Vivienda Saludable. Bogotá D.C., Diciembre de 2006, p. 51. {Sitio en internet} consulta el 16 de septiembre de 2011.
22. Organización Panamericana de la Salud. Red Colombiana de Escuelas Saludables. Protocolos de estilos de vida saludables y educación física en la escuela. {sitio en internet} consulta el 2 de octubre de 2011.
23. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de Estrategias de Entornos Saludables, Escuelas Saludables y Vivienda Saludable Óp. Cit., p. 83.
24. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de Estrategias de Entornos Saludables, Escuelas Saludables y Vivienda Saludable Óp. Cit., p. 42.
25. Duque LF, Orduz JF, Sandoval JJ, Caicedo BE, Klevens J. Lecciones del Programa de Prevención Temprana de la Violencia, Medellín, Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2007; 21(1):21-9. {sitio en internet} consulta: el 2 de octubre de 2011.
26. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Educación Municipal. Proceso formativo con (30) instituciones educativas en acoso escolar y naturalización de la violencia en la escuela. 2011, {sitio en internet} consulta el 4 de octubre de 2011.
27. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de la Protección Social. Manual de gestión territorial. Estrategia Entornos Saludables. Serie de documentos. Bogotá D.C.; 2009 {sitio en internet} consulta el 4 de octubre de 2011.



## CAPITULO 3

### Contando la experiencia



Siete meses de ejecución del programa, de presentación de informes, de cumplimiento de los productos contractuales, de mesas de trabajo, de análisis de procesos, de gestión, de evaluación y de generar otra visión de UNIRES, a través de Escuelas y Colegios Saludables en las sedes educativas, constituyen la base para reflexionar en torno a las vivencias y los sentidos que otorgó la experiencia para resignificar la promoción de la salud en la escuela.

Este capítulo está organizado de la siguiente manera: primero se presentan los resultados que arrojó la aplicación del instrumento de factores protectores, un análisis comparativo del estado inicial y final que los grupos estratégicos en conjunto realizaron en cada sede educativa, y su análisis con relación a los resultados obtenidos en el programa.

Seguidamente, se presentan los significados que manifestaron las y los profesionales con relación a su experiencia en la implementación UNIRES - EECS, por cada línea de acción y su análisis con relación a los resultados obtenidos en el programa.

Es allí, donde se retoma la pregunta central, de esta sistematización ¿Cuál es la resignificación de la promoción de la salud en la escuela, con la implementación del Programa Unires a través de Escuelas y Colegios saludables?



### 3.1. Análisis comparativo de factores protectores.

A partir de los diagnósticos realizados, se retomó la aplicación del instrumento de aproximación diagnóstica, como parte importante para analizar los factores protectores que se fortalecieron con la implementación del programa, realizando un análisis comparativo de los estados inicial y final del proceso.

Este instrumento se aplicó al grupo estratégico conjunto, grupos de representantes de cada sede educativa que participaron en el diagnóstico inicial (estudiantes, directivos docentes, docentes, familia y representantes de la comunidad).

Con relación a lo anterior, se encontraron los siguientes cambios significativos en cada una de las dimensiones:

#### 3.1.1. Dimensión institucional y del contexto.

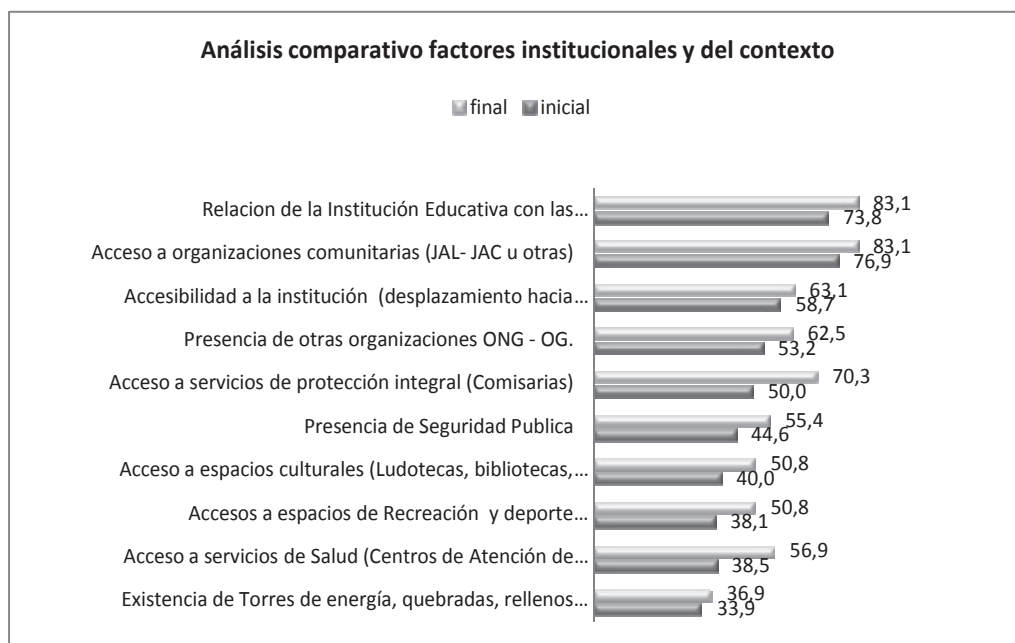
En este aspecto, la comunidad educativa manifiesta un aumento en factores protectores del 10,4%, materializado en el acceso a servicios de protección integral (conocimiento de ruta, activación, acompañamiento con Policía de Infancia y Adolescencia y la Línea 106 - Unidades Móviles), expresado en un incremento del 20.3%. En esta categoría, el acompañamiento del gestor o la gestora en salud se consideró clave para el acompañamiento al proceso de restablecimiento de derechos, con relación a años anteriores, así:

SITUACIÓN	TOTAL UNIRES 2009-2010	TOTAL UNIRES – EECS 2011
<b>Violencia Intrafamiliar</b>	<b>88</b>	<b>522</b>
<b>Abuso Sexual</b>	<b>78</b>	<b>127</b>
<b>Consumo de SPA</b>	<b>81</b>	<b>323</b>
<b>Derivación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por atención en salud mental.</b>	<b>0</b>	<b>60</b>
<b>Otras causas</b>	<b>0</b>	<b>56</b>

Tabla 1. Resultados comparativos UNIRES 2009,2010 a UNIRES-EECS 2011.

De igual manera, para el acceso a servicios de salud, el gestor o la gestora en salud realizó acciones de acompañamiento y articulación con centros de salud cercanos y actuó como mediador en las demandas de exigibilidad de los derechos en salud, esto expresado en un 18,4% como factor protector. Ver gráfica 1. (Análisis comparativo de actores institucionales y del contexto).

Con relación a las situaciones que ponen en riesgo la comunidad, se identificó un avance promedio de 3%, expresado en dos sedes educativas que cambiaron su ubicación hacia otros terrenos con una infraestructura más segura para la comunidad educativa.



Gráfica 13. Análisis comparativo de la dimensión institucional y del contexto.

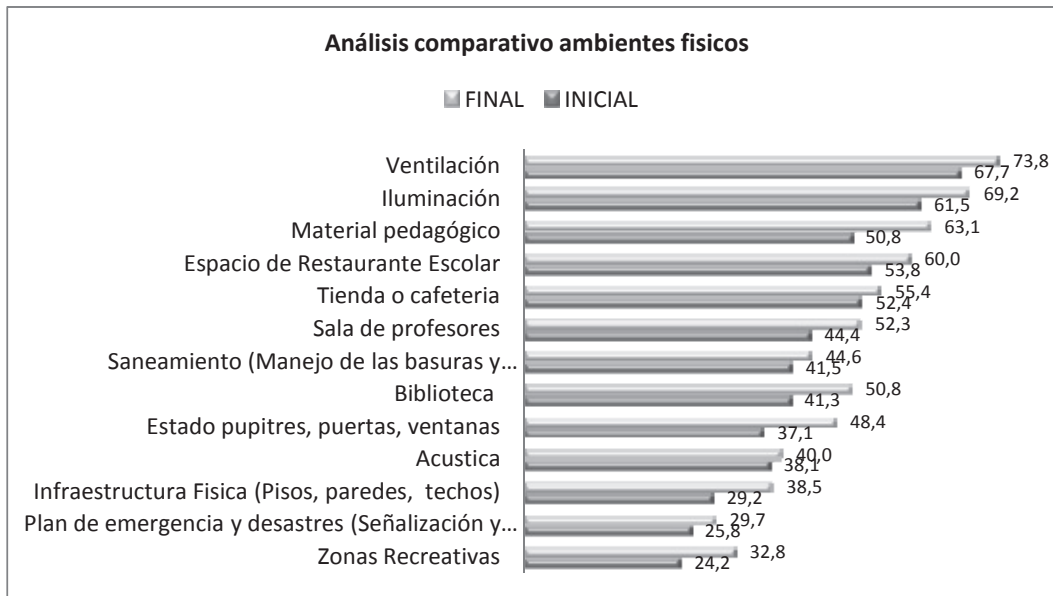
### 3.1.2. Dimensión de ambientes: Ambientes físicos.

Los factores físicos cambiaron en un 6,9% como protectores, si bien es la dimensión en la que menos se identifican avances en la percepción de factores protectores, se puede decir que la comunidad educativa identificó las necesidades en este aspecto y realizó acciones para el mejoramiento de los ambientes físicos.

Entre las categorías relevantes que se identificaron, se encuentra el material pedagógico considerado como factor protector en relación al acceso y uso, expresado en un 12,3%. Es de anotar que las sedes educativas que cuentan con el material pedagógico que se dotó por escuelas y colegios saludables, “La caja mágica”, en el año 2010, fue implementado para el desarrollo de las acciones educativas en salud

y otras actividades académicas de las sedes educativas. Seguidamente, representantes de las sedes educativas en las que se identificaron necesidades de iluminación, infraestructura, estado de pupitres, puertas y ventanas, manifiestan avances en la dotación de los implementos necesarios para mejorar el ambiente de enseñanza y aprendizaje, en un promedio del 7%.

Es de anotar en esta dimensión, que la implementación del plan de emergencia y desastres y señalización tuvo mejoras en un 3,9%, por lo que todavía se hace necesario el acompañamiento en este proceso, teniendo en cuenta que en la mayoría de las sedes educativas se identifican riesgos ambientales y físicos, que vulneran la integridad de la comunidad educativa.



Gráfica 14. Análisis comparativo de ambientes físicos

### 3.1.3. Dimensión de ambientes: Ambientes psicosociales.

En esta dimensión, se identifica un nivel de aumento en factores protectores del 7%; las comunidades educativas manifiestan que las relaciones entre los estudiantes mejoró en un

17.3%, lo que se expresa en la disminución de situaciones de conflicto al interior de la escuela. Además de ello, las atenciones psicológicas realizadas en las 315 sedes educativas contribuyeron al aumento de factores protectores en este componente.

<b>Total escolares</b>	<b>183.022</b>
<b>Total escolares con hallazgos</b>	<b>17.967</b>
<b>Con primera consulta</b>	<b>15.255</b>
<b>Pendientes para consulta 2012</b>	<b>7.759</b>
<b>Total consultas realizadas</b>	<b>66.539</b>

Tabla 2. Total estudiantes y atenciones psicológicas.

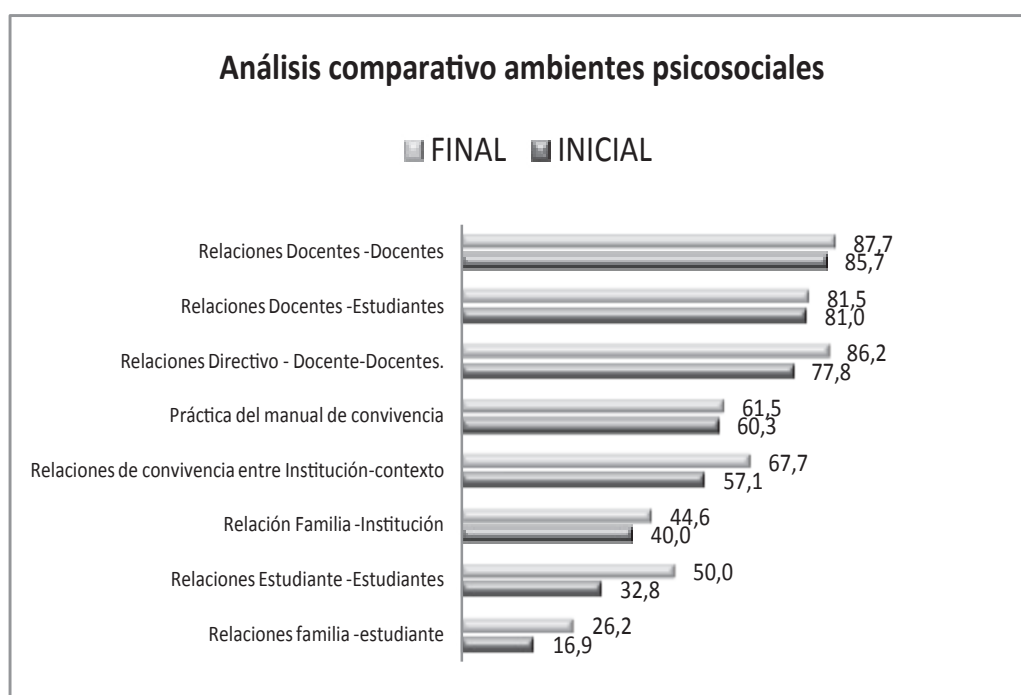
Seguidamente, las relaciones entre la institución y el contexto, expresadas en un 10.6%, se vieron favorecidas por los procesos de articulación que el gestor o la gestora en salud acompañó a la institución, participando en los comités que se promueven por las juntas de acción comunal y otros programas y proyectos que se desarrollan por otras organizaciones y por presupuesto participativo. Ver gráfica 3 (Análisis comparativo ambientes psicosociales).

Inicialmente los requerimientos contractuales del programa no estipularon acciones directas para el trabajo con familias y docentes, sin embargo, las actividades propias del programa exigieron el desarrollo de más de 364 actividades, como la participación activa y asesoría en la escuela de padres, el acompañamiento psicosocial y pedagógico a familia y docentes, y asesoría en procesos de gestión a los servicios en salud, educación, bienestar social y otros.

Esta dimensión muestra el impacto significativo que tuvo el programa con la línea de salud mental; sin embargo se hace necesario reformular el modelo de atención psicosocial hacia la generación de ambientes psicosociales saludables y el fomento de la cultura y la democracia escolar, necesidad expresada en la valoración final del factor referido a la práctica del manual de convivencia 1,2%.

### 3.1.4. Dimensión de educación en salud.

Las actividades educativas en salud se realizaron para todos los grados y grupos de las 65 sedes educativas. Dichas acciones fueron las condicionantes para que esta dimensión se valorara como la de mayor relevancia en el análisis comparativo en sus estados inicial y final para el año 2011, expresado en un 37% de aumento de factores protectores. Ver gráfica 4 (Análisis comparativo Educación en Salud).



Gráfica 15. Análisis comparativo de ambientes psicosociales

Con la implementación del programa se resaltan como factores protectores las acciones de salud visual (59.5%), auditiva (53.8%), acciones educativas en nutrición (47.7%), Centros de Interés Creativos (45%), Salud mental (47.6%), Salud sexual y reproductiva (43%) y salud oral (37.6%). Ver gráfica 4 (Análisis comparativo Educación en Salud).

Es necesario resaltar que en esta dimensión se evidencian cambios significativos a raíz de la implementación del programa, sin embargo, se presenta la necesidad primordial de que estas acciones educativas en salud estén incluidas en los planes de área que se desarrollan en

los Proyectos Educativos Institucionales de las sedes educativas, cumpliendo con el fin de la educación, expresado en el Artículo 5, Numeral 12 de la Ley 115 de 1994.

Un aspecto a tener en cuenta es la necesidad de realizar acciones educativas en salud, respecto a la seguridad sanitaria y salud ocupacional, expresadas en un 14%, acciones que entran en concordancia con la dimensión institucional y del contexto en la categoría de situaciones que ponen en riesgo a la comunidad y en la dimensión de ambientes físicos con la implementación del plan de atención a emergencias y desastres.

### 3.1.5. Dimensión educativa

La dimensión educativa demuestra un avance significativo del 10% de los factores protectores, reconocidos en las sedes educativas como un aspecto que ha mejorado con la implementación del programa UNIRES-EECS y el proceso de articulación con otros programas y proyectos.

Entre los aspectos significativos se encuentra un avance en el proyecto de enseñanza obligatoria de educación sexual (36%), sumado a la dimensión de las acciones educativas en salud, con relación a la sexualidad responsable y protegida, actividad educativa en salud que se desarrolló en todos los grupos y grados de las 65 sedes educativas.

De igual manera se resaltan los proyectos extraescolares (9,9%) y el proyecto de enseñanza obligatoria de aprovechamiento del tiempo libre (26,3%), con la implementación de los centros de interés creativos. Ver gráfica 5 (Análisis comparativo Educación)

Otro aspecto a resaltar por los grupos estratégicos conjuntos, es el aumento del rendimiento escolar (9,2%), el cual demuestra que las acciones realizadas en la implementación del programa y el desarrollo de sus líneas (Salud mental, salud física, educación para la salud, reorientación de servicios en salud, articulación intersectorial), contribuyeron con la motivación y el mejoramiento de los procesos de enseñanza y aprendizaje de la población escolar.

Los niveles de deserción y situaciones de extraedad son problemáticas que devienen de las situaciones económicas, sociales y culturales de la ciudad, el desplazamiento intraurbano continúa siendo una situación que implica altos niveles de movilidad de la población escolar. De igual manera, la permanencia en las sedes educativas también depende del acompañamiento familiar, la motivación y las herramientas metodológicas en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Ver gráfica 5. Análisis comparativo Educación.

### 3.2. Significados que los profesionales otorgan a la experiencia de implementación del programa unires-eeecs.

La estrategia metodológica para este proceso se realizó a través de la creación de grupos focales. Generalmente los grupos focales se han considerado como parte de una metodología de talleres participativos o de actividad en grupos sociales, sin embargo, los grupos focales como herramienta metodológica en investigación, va más allá de ello, en tanto existe una rigurosidad en el proceso de planeación y puesta en marcha del escenario de un grupo para la discusión.

A partir de la información recolectada surgieron diversas categorías en el análisis de la información, las cuales se desarrollan a continuación por línea de acción. A continuación se describen los significados que expresan las y los profesionales acerca su experiencia en su paso por el programa UNIRES-EECS.

#### 3.2.1. La salud mental.

Las y los profesionales en psicología que hicieron parte del programa provienen de distintas experiencias formativas y laborales que posibilitaron la construcción de una mirada comprensiva de la línea de salud mental, en especial del proceso de atención psicosocial; profesionales encaminados en corrientes como el análisis propio de la psicología clínica, orientados en la identificación de diagnósticos prevalentes de la salud mental; psicólogos o psicólogas sociales que se preguntan por las situaciones políticas, sociales y educativas que afectan el desarrollo de la salud mental de las comunidades; y otros, orientados en corrientes como el psicoanálisis, la Gestalt, el cognitivismo, entre otras.

En las discusiones presentadas en el encuentro colectivo de socialización de los grupos focales, dichas diferencias constituyeron el fortalecimiento para el equipo en cuanto a la construcción de un modelo integral de salud

mental. En esta medida, cuando se indagó por la concepción de salud mental a partir de la experiencia en el programa, los participantes concluyeron que para la comunidad educativa, según los profesionales, persiste el imaginario de que la función del psicólogo es para personas que tienen dificultades de orden mental: "todavía se cree que el psicólogo es para locos". Sin embargo, esto se puede considerar por las metodologías de atención psicológica que se han utilizado tradicionalmente, aunque en la actualidad éstas han cambiado significativamente.

Los grupos reflexivos, la escucha atenta y la conversación son estrategias facilitadoras para la atención psicológica, ya sea bajo la modalidad de atención en crisis, asesoría o consejería. Sin embargo, la estrategia de psicoterapia breve o procesos psicoterapéuticos en la escuela, son difíciles de llevar a cabo, por las condiciones físicas, ambientales e institucionales.

Cabe decir que con la perspectiva en que los profesionales conciben la salud mental se pueden identificar nuevas formas de orientar las atenciones psicológicas, a partir de un modelo de atención y su valoración desde una perspectiva psicosocial.

### **El gestor, gestora en salud y el modelo de atención psicosocial.**

"En el modelo de atención psicosocial se identifica un reconocimiento del gestor, pero cuando éste es psicólogo, la figura se pierde y permanece el reconocimiento del psicólogo". (Grupo focal, ICG 01).

Entre las lecciones aprendidas para este año, el equipo de profesionales consideró que las funciones del gestor con formación en psicología no debe contemplar intervenciones psicológicas, pues esta acción generó mayor demanda en la sede educativa por la presencia permanente del profesional y por consiguiente se percibió una sobrecarga de actividades, ya que además de atención psicológica debían desarrollar otras acciones como gestión, articula-

ción, centros de interés creativos, actividades educativas, identificación del riesgo, remisión y seguimiento, entre otras.

Por otro lado, es necesario anotar que los gestores y las gestoras en salud, con formación en otras áreas diferentes a la psicología, consideran que el diseño e implementación del modelo de atención psicosocial no es responsabilidad sólo de los profesionales en psicología. En esta vía, en los significados que atribuyen los profesionales del programa, de manera particular los profesionales gestores de las áreas de trabajo social y salud, se encuentra que: "nadie discute el hecho legal de que los diferentes diagnósticos, patologías, enfermedades mentales de los estudiantes atendidos son privados, sus "historias clínicas" o "formatos de sesiones" son de uso exclusivo de los psicólogos y reserva del sumario, sin embargo, sí es importante y pertinente abrir espacios para la socialización de experiencias, avances y recomendaciones hacia los gestores en salud y las directivas de la institución, los docentes, personal de aulas de apoyo, etc., en algunos casos donde sea posible apoyar los procesos de los estudiantes desde los procesos escolares. Una persona que padece una infección respiratoria, una virosis, Sida, cáncer, requiere de cuidados especiales para su recuperación, en ese caso es el médico quien proporciona la información pertinente al caso y las recomendaciones para su trato especial, así mismo el psicólogo que dedica su labor a la salud mental debe asegurar continuidad en procesos de recuperación de sus pacientes, en este caso estudiantes. En este sentido, el modelo de atención psicosocial no es exclusivo de los psicólogos, en tanto el modelo no puede sesgarse a las atenciones psicológicas." (Grupo focal, ICG 03).

Las expresiones anteriores exponen la realidad del modelo de atención psicosocial implementado, el cual conservó la estructura de UNIRES de años anteriores y centrando sus acciones sólo en las atenciones psicológicas, las cuales son pertinentes pero no suficientes, lo que evidencia la necesidad de un trabajo conjunto, en el cual el gestor o la gestora en

salud, cualquiera fuese su formación disciplinar, debe estar formado para unas acciones conjuntas –además de las atenciones psicológicas– que promuevan de manera integral la salud mental en la escuela.

### Salud mental y determinantes sociales.

Con base al informe final de la línea de salud mental, la coordinación pedagógica del programa desarrolla un análisis de la experiencia con relación a los determinantes de la salud: Los escolares en la mayoría de las oportunidades acuden a la consulta psicológica con una demanda de atención y en el transcurso del proceso de intervención individual se observa otra.

Es así como llama la atención que los motivos de consulta de los escolares están centrados en la vida afectiva, la vivencia del amor y sus avatares son de vital importancia para el logro de su estabilidad emocional.

El escolar puede ser reconocido por el consumo de sustancias psicoactivas, su participación en combos del sector, sin embargo de esto no se habla en consulta, en consulta se habla del amor y sus incertidumbres, lo que se observa es una réplica sistemática de la vivencia de la crianza en el núcleo familiar, la vida amorosa se teatraliza a través de una réplica del amor y sus expresiones, el amor cortés, el amor imposible, el amor despojo, el amor maltrato, todas ellas expresiones en espejo del drama familiar.

Los escolares que se encuentran en el ciclo vital de la adolescencia pueden vivir situaciones complejas familiares y sociales, sin embargo es en la vida afectiva, en el noviazgo y sus bifurcaciones, donde el adolescente centra toda su atención vital, allí se performatiza la violencia, el buen trato, la dependencia y la autonomía vivida y aprendida en el núcleo familiar.

**Las condiciones de vida.** Escenario que no se puede descuidar en la implementación de un modelo de salud mental para escolares. Allí

la escuela es vista como un complejo mundo de relaciones donde la salud y la salud mental están sujetas a varios procesos de la educación, invisibles a miradas desprevenidas, pero que sostienen las prácticas saludables o no saludables.

Tal es el caso de la gobernabilidad e ingobernabilidad en los barrios, consignadas en las palabras citadas de los y las participantes al diagnóstico rápido participativo en la escuela, se evidencian los coletazos de la disrupción de la norma legalmente constituida.

La experiencia de las 65 instituciones muestra que los ambientes escolares se desarrollan en medio del miedo que dejan las balas en los oídos de los escolares y de la comunidad educativa. La ley legítimamente constituida se desvanece ante la imposición de normas impuestas por combos y bandas de la ciudad. Los escolares pueden crear mapas mentales de la guerra en sus barrios, saben cuáles son los combos y sus territorios, las barreras invisibles y acciones que les pueden costar la vida en los barrios.

La ley y la norma puesta por el gobierno legítimamente elegido por los ciudadanos se desdibuja, abriendo una compuerta para la norma ilegalmente constituida, el coletazo es evidente en la salud mental de los escolares, tal es el caso de la aparición de trastornos del comportamiento y la norma, como el trastorno negativista desafiante.

**El modo de vida.** Es la vida social de manera general el marco de comprensión de los procesos de salud mental de una población o una sociedad. La inequidad social sigue siendo un factor determinante para las relaciones saludables entre los seres humanos. Las Instituciones Educativas, no son la excepción a las lecturas macro sociales que intervienen en la vida escolar y, de manera explícita o implícita, retoman elementos de los modelos de desarrollo humano para planear, garantizar y soñar el futuro.

En consonancia con lo anterior, el programa UNIRES-EECS construyó un prototipo de modelo de atención en salud mental en contextos escolares, que no descuidara la relación del sujeto con el entorno y la incidencia de las macro estructuras sociales sobre la vida escolar. Carecer de salud mental no siempre implica tener una patología o trastorno mental. Para las acciones de una política pública en salud mental, esta se convierte también en un bien público, elevándola a la consideración de derecho humano fundamental de carácter individual y colectivo, con naturaleza simbólica, emocional y relacional, deseable social e individualmente, contribuyendo al desarrollo social y humano y generando capital global y haciendo posible la restitución y ejercicio de derechos" (3).

### **Las necesidades de salud mental en la escuela.**

Las modalidades de atención del modelo de atención psicosocial se determinaron por dos vías, la asesoría psicológica y la atención en crisis. La modalidad que genera mayor demanda en primera instancia es la asesoría psicológica, ya que permite brindar a los estudiantes orientación para la toma de decisiones y la resolución de conflictos que se presentan en las diferentes áreas de su vida diaria. (Grupo focal, ICC 03). Respecto a la atención en crisis, los conflictos son parte de la vida, son cotidianos y de atención contigua por las reacciones inmediatas al impacto del suceso como gritar, llorar, las riñas, las discusiones, la negación, el bloqueo del impacto, el entorpecimiento emocional, en las problemáticas vividas en las instituciones; también se identifican intentos suicidas (episodios depresivos); crisis relacionadas con el ajuste a las transiciones del ciclo vital: ataques de ira por la burla de compañeros, peleas con el novio o amigos, la pérdida de alguien importante para ellos, embarazos no deseados, situaciones relacionadas con violencia intrafamiliar, abuso sexual, entre otras. (Grupo focal, ICG 06).

Las demandas explícitas de consulta psicológica de los y las escolares que se presentan con mayor frecuencia son problemas relacionados con la pareja y pérdida de materias. Explicitan los y las profesionales que la intervención en crisis se evidenció más por la presencia de resolución de duelos, pérdida del padre o de la madre y abuso sexual. El equipo de salud mental llama la atención sobre el análisis cuidadoso de los factores ambientales de los problemas psicológicos, ellos presentan una intersección importante y que no se deben tratar de manera similar. Las consejerías, a pesar de que en la presente ejecución no se tuvieron en cuenta según el criterio de tiempo para definir las, fueron referidas sobre todo al tema de la sexualidad, en donde se resaltan los métodos anticonceptivos folclóricos que utilizan los y las escolares como el limón, el Dolex, el Mejoral, los cuales son utilizados para evitar los embarazos no deseados o planeados.

### **Las cinco principales problemáticas de salud mental en la escuela.**

- **Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital (principalmente en la adolescencia):** Es notorio el conflicto con las figuras de autoridad y la norma, la búsqueda de alternativas para la resolución de los conflictos entre los padres, las madres y los hijos y las hijas, en cuyos casos se ha pedido el consentimiento del consultante para el ingreso de su padre, madre, abuela o figura significativa, para que se construyan estrategias que mejoren la comunicación y la convivencia entre todos los allí involucrados.
- **Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres:** Esto debido a que los padres o madres no asumen con responsabilidad su función presentándose una inadecuada implementación de límites y normas. También hace referencia a las situaciones en que los niños permanecen solos la mayor parte del día, tienen que encargarse de quehaceres que no corresponden a su edad



y asumir el cuidado de sí mismos y de sus hermanos menores. Lo que trae como consecuencia dificultades para adherirse al sistema normativo institucional.

- **Problemas relacionados con la inadaptación educacional y desavenencias con maestros y compañeros:** Se refiere específicamente a situaciones conflictivas que los niños y adolescentes afrontan dentro de su aula de clase (lo que también incluye bullying o acoso escolar), con relación a la dificultad para acatar las normas y para resolver problemas con sus compañeros de manera no agresiva. En algunos casos también hace referencia a la confrontación agresiva que tienen los estudiantes con las figuras de autoridad dentro de la institución.
- **Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia:** Tiene relación con el duelo que vivencia el niño o adolescente por la pérdida de una figura significativa y de los interrogantes sin resolver que le subyacen a dicha pérdida. La emoción de la rabia y los sentimientos de tristeza son aspectos significativos de esta experiencia y en ocasiones aparecen actitudes de desatención, desconcentración o excesiva inquietud dentro del aula de clase, en otras, desmotivación con la vida y retraimiento.
- **Problemas relacionados con el bajo rendimiento escolar:** A este diagnóstico le subyacen otras situaciones, tales como poco acompañamiento de los padres, abandono físico y emocional del niño, dificultades en el aprestamiento de algunas habilidades y falta de adaptación por desplazamiento, entre otras.

Con relación a lo mencionado, las principales necesidades de salud mental se constituyen a partir de las problemáticas contextuales, agravadas por el alto nivel de violencia social, violencia intrafamiliar y falta de acompañamiento familiar, situación que debe ser considerada

por el estado para la constitución de sus planes de desarrollo, incorporados además, en los planes educativos municipales, planes de salud pública, de desarrollo social, de seguridad, entre otras acciones de planificación y gestión; al igual que las comunidades educativas en sus proyectos educativos institucionales como insumos fundamental para la transformación social.

### **Restablecimiento de derechos en la escuela**

Las acciones de restablecimiento de derechos fueron unas de las tareas más importantes de los gestores y las gestoras en salud. En el año 2011, se realizaron mayores procesos de remisión con relación a años anteriores. “Hemos remitido escolares para proceso de restablecimiento de derechos (Violencia intrafamiliar, violencia sexual, consumo de SPA), ha sido efectiva la atención, aunque no siempre, Para dicho proceso, se ha implementado la ruta de Policía de Infancia y Adolescencia y a la línea 106, siendo efectiva la intervención. La población se ha remitido a programas como: La UAI, EPS-S, EPS, Comisarías de familia, personería, Hogares Claret, Gerencia de Moravia, Comisaría de San Cristóbal, Casas de Justicia” (Grupo focal, ICG 01)

El informe final de gestión del programa en la línea de salud mental, describe que la realidad de los servicios de atención primaria en salud que en este momento se ofrecen en la ciudad – como es la naturaleza del presente programa- reporta que existe un gran porcentaje de problemáticas en salud mental que no se resuelven en el primer nivel básico de atención y que por lo tanto necesitan la remisión al SGSSS- Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual aún continúa teniendo dificultades en la atención a los problemas de salud mental de la población.

De igual manera, se manifiesta lo atinente a evaluaciones de tipo psicológico (neuropsicología, neurología, evaluación por psiquiatría, entre otros) y atención en los problemas de salud mental de la población escolar incluyendo

las drogodependencias, los trastornos de ánimo, ansiedad y el estrés postraumático, entre otros, tuvieron múltiples problemas para su atención, que ameritó maniobras de intervención de los gestores de salud o psicólogos clínicos en procesos de restitución de derechos en salud y ciudadanía plena de la infancia y la adolescencia. Se evidenció en una gran proporción de casos que las rutas de atención en la ciudad presentan serias dificultades para la prestación de los servicios y el logro de su fin último que sería la restitución de derechos (5).

De otro lado, es importante analizar que si bien es significativo el posicionamiento del gestor o la gestora en salud para estas acciones de restablecimiento de derechos en la escuela, se identifica una necesidad sentida para el acompañamiento en este proceso por parte de las diferentes organizaciones.

### **La salud mental en el docente**

“Muchas veces los docentes remiten a los estudiantes, cuando finalmente lo que se está haciendo como docente, es proyectando su problema: ‘yo no tengo competencia para el manejo de la autoridad’, entonces es más fácil delegar la responsabilidad en manos del gestor”.(Grupo focal, ICG 03). Los profesionales manifiestan que el proceso de atención psicosocial debe realizarse para toda la comunidad educativa, pues el programa limitó sus acciones a la población estudiantil, cuando son los docentes y las familias quienes requieren de un mayor acompañamiento que les permitan herramientas sólidas para el cuidado de sí y de los otros, de los estudiantes e hijos.

Desde esta perspectiva, vale la pena resaltar aquí, el pensamiento de Foucault: “El hombre está sujeto: sujeto a su conciencia, a un sistema cultural, político y a su propia voluntad. Por ello la importancia del cuidado del sí mismo. Se debe ser un soberano de sí mismo. Ser consciente de las determinaciones históricas de lo que somos para, de este modo, saber lo que hay que hacer. Para el autor francés, somos más libres de lo que creemos, podemos hacer de la libertad un problema estratégico. Con

el cuidado de sí podemos librarnos tanto de tecnologías de poder que nos someten, de las verdades que nos modelan, como liberarnos de nosotros mismos” (6).

En esta dimensión ética del cuidado del cuerpo y del alma, la salud mental debe construirse en la escuela como una herramienta fundante para la generación de ambientes psicosociales saludables, para la construcción de una convivencia escolar armoniosa y sana entre sus miembros, proyectándose hacia el contexto familiar, comunitario y sociocultural.

La escuela debe educar en la salud mental y para ello los docentes deben desarrollar habilidades sociales e interpersonales que permitan el manejo de conflictos, a través de habilidades personales, como la resiliencia, la autoestima, el autoconocimiento, la motivación y la identidad para el cuidado de sí mismos y de los otros.

Las problemáticas político-sociales inciden en la violencia escolar, la falta de proyecto de vida, y las dificultades para la paz y la convivencia. Estas situaciones son desencadenantes principales para que los docentes, manifiesten de manera continua dificultades en el desarrollo de su salud mental, aún más teniendo en cuenta que para este año, el 40% de la población colombiana sufre de algún trastorno mental, en la mayoría, como consecuencia de la realidad social del país.

En los procesos de discusión sobre la percepción y pertinencia de la salud mental, los profesionales consideran que la inversión en programas de promoción de salud mental constituye un avance en el desarrollo de la sociedad, pues cada vez que se fortalezcan los potenciales emocionales de las personas y sus vidas, podrán vivir con plenitud y creatividad, con nuevas y mejores formas de relaciones interpersonales.

En esta medida la salud mental es inherente al desarrollo humano y debe ser prioridad de todos los sectores y no como una responsabi-

lidad determinada por el sector salud, y de igual manera los problemas sociales no son sólo responsabilidad de la escuela.

### **Impacto de la línea de salud mental en las sedes educativas**

Para las comunidades educativas, el trabajo realizado con el programa en la línea de salud mental, ha sido de gran importancia, no sólo para las 65 sedes educativas priorizadas, sino también para las 250 sedes educativas que implementaron esta línea. Sin embargo se hace necesario desde la política pública de salud mental en Medellín consolidar un modelo de atención psicosocial que desarrolle no sólo atenciones psicológicas, sino también el diseño y la implementación de estrategias para fomentar la construcción de ambientes psicosociales saludables para el desarrollo humano de las comunidades educativas.

Como ya se mencionó, la salud mental no es tema exclusivo de los psicólogos, las diferentes áreas del saber (educación, salud, ciencias sociales, ambientales) pueden aportar a la construcción de una opción teórica, metodológica y a una práctica orientada a potenciar la capacidad de agencia de los sujetos, para procurar estructuras, formas de interacción y comportamientos que den lugar a relaciones más equitativas y justas para lograr el desarrollo humano y de este modo crear condiciones para las transformaciones en el ámbito educativo, familiar, social y comunitario.

En las realidades socioculturales que rodean las 315 sedes educativas, en las que se desarrolló la línea de salud mental, prima una necesidad fundante que es la falta de acompañamiento familiar. Esto incide en la presencia de conflictos en la introyección de figuras de autoridad y la norma, ya que los niños se ven expuestos a convivir con diversos patrones de interacción. De ahí que prevalezcan los problemas conductuales al enfrentar la normatividad, la interacción social y los parámetros institucionales.

Entre los aspectos a resaltar se encuentran los

logros que a nivel individual alcanza cada estudiante de acuerdo con sus necesidades particulares. Igualmente, la prevención del abuso sexual, el embarazo temprano y la promoción de estilos de vida saludables, la resolución de conflictos, la toma de decisiones, la construcción del proyecto de vida y la comunicación asertiva se convierten en ejes orientadores de las intervenciones. (Grupo focal, ICG 04).

Todo lo anterior devela la importancia que tiene para toda la comunidad educativa el desarrollo de la línea de salud mental. Tal como se expresó anteriormente en el análisis comparativo de los factores protectores, la comunidad educativa identificó un mejoramiento significativo en las relaciones entre estudiantes y un compromiso por parte de las familias en el proceso educativo de sus hijos e hijas.

Estos significados sobre la salud mental se constituyen en una mirada política del desarrollo humano; en el contexto colombiano y de ciudad, la salud mental es una de las mayores necesidades identificadas en todos los entornos, los cuales como ya se ha mencionado reiteradas veces, son producto de una desigualdad social y una estructura de desarrollo que requiere otras miradas de la política y del desarrollo, retomando a Hannah Arendt, una mirada a la política como la posibilidad de comenzar algo nuevo, con la premisa de que la acción política se constituye en un estar entre nosotros para proteger la subsistencia humana. De esta manera, la salud mental debe ir más allá de la identificación clínica de trastornos mentales.

### **3.2.2. La salud física, una dimensión del desarrollo humano**

La salud física se comprende como el estado de bienestar corporal, en el cual se identifique un equilibrio entre los equipamientos biológicos que componen el cuerpo humano. Cabe anotar que este estado no es separable de las dimensiones del desarrollo humano (mental, ética, política, moral, estética, social, educativa, entre otras). El programa UNIRES-EECS,

en esta línea, tuvo como propósito el mejoramiento de la salud física de la población escolar; para ello se realizaron acciones de identificación de riesgo respecto a la salud visual, auditiva, del lenguaje y nutrición como parte de un enfoque preventivo de la salud.

### **Identificación del riesgo**

La experiencia del programa en el proceso de identificación del riesgo es significativa en la medida en que se detectaron trastornos de la salud física que posibilitaron intervenciones al sistema de salud para dar continuidad en el proceso de atención. Entre las interpretaciones que hacen las y los profesionales respecto a esta línea es que, si bien estas actividades se conciben como acciones preventivas y de atención en salud, el proceso de identificación del riesgo debe ser competencia de los profesionales de la salud en su área respectiva (medicina, enfermería, nutrición, optometría, odontología, fonoaudiología, psicología, entre otras) para el proceso de atención específica.

Si bien se habla de una responsabilidad del profesional de cada área, es de gran importancia que el gestor o la gestora en salud identifique claramente los factores de riesgo que atentan contra el bienestar integral de la población escolar. Lo mismo se puede decir para los docentes y directivos, quienes consideran esta acción como responsabilidad directa de los profesionales con formación en salud física.

En este caso, en el marco de la promoción de la salud, la comunidad educativa debe conocer los factores del riesgo de la población en edad escolar, los docentes y las familias, con el propósito de identificar qué situaciones de índole físico, mental y sociocultural determinan la calidad de vida de las poblaciones y así realizar las acciones educativas de promoción de la salud que promuevan el bienestar físico, como proceso de corresponsabilidad de la escuela.

Uno de los aspectos a resaltar en esta línea, es la fortaleza por parte de los docentes en la identificación de riesgo en fonoaudiología.

“En el caso de nutrición, requiere un mayor acercamiento a la identificación de factores de riesgo, pues había niños que llegaron al proceso de detección por voluntad propia, por ello se debería hacer la identificación a todos los estudiantes, por parte de un profesional en el área”. (Grupo focal, ICR, 01)

### **Proceso de detección, remisión y seguimiento.**

Con relación al proceso de detección, realizado por la profesional especialista en cada área, se pudo identificar que: “El proceso de detección se realizó de forma individual, en fonoaudiología, optometría y nutrición, se realizó el tamizaje y diagnóstico de todos los estudiantes identificados por jornada, y posteriormente se ingresa los datos a la base de información y se elaboran las remisiones”. (Grupo focal, ICR 01)

Entre los procesos exitosos de la línea de salud física se encuentran que:

- Fue posible evaluar la población identificada.
- Aplicación de los test necesarios para cada estudiante identificado según su necesidad.
- Comunicación efectiva entre los profesionales que realizan el proceso y los gestores y las gestoras en salud.
- Asesoría y acompañamiento a los gestores y las gestoras frente a la ruta de remisión para la atención de los casos detectados con riesgo real.

### **La remisión y el seguimiento, la mayor dificultad.**

La remisión y el seguimiento fue el proceso que más dificultades generó en las sedes educativas. Nuevamente se identifica el poco acompañamiento de las familias para el cuidado de la salud física de sus hijos, sin embargo esta situación es coyuntural a las realidades económicas, sociales y culturales de los grupos familiares, sumado a ello:

Esta situación también es una realidad que se visibiliza en el sistema de salud en Colombia,

tal como se menciona en el capítulo Aproximación diagnóstica a las realidades educativas de la ciudad. Las comunidades han perdido la credibilidad en el acceso a los servicios de salud, a lo cual las entidades territoriales, si bien han realizado múltiples esfuerzos por garantizar la cobertura, aún se encuentra débil en la permanencia, pertinencia y eficacia de los mismos.

Por otro lado es importante resaltar que el proceso de detección, remisión y seguimiento está íntimamente relacionado con la experiencia en procesos de salud que han vivenciado las comunidades, pues una vez se realiza el proceso de remisión y seguimiento para el acceso a servicios de salud, prevalece otra situación que interfiere con el establecimiento de un satisfactor en salud.

En esta medida, vuelve y se refleja la necesidad de comprender la cultura de la salud en nuestros contextos, que propicie la generación de conocimiento hacia nuevas alternativas que fomente nuevos significados de la salud, orientados al cuidado de sí y de los otros.

### **Principales problemáticas de la salud física en la escuela**

Con relación al proceso de detección del riesgo, las profesionales que realizaron dicha labor consideran que “en nutrición, aunque se ha identificado mejoramiento en los indicadores de retraso en talla y delgadez, persiste la prevalencia de trastornos de sobrepeso, obesidad y riesgo de delgadez”.

“En salud visual, lo que mayor se identifica en menores de 5 años son los defectos por refracción; los problemas de salud visual más prevalentes en la población escolar son el astigmatismo y la hipermetropía”. “En fonología, las dificultades en procesos de lectura y escritura y del habla”. (Grupo focal, ICR, 01)

### **Implicaciones de la salud física en la escuela**

La salud física no puede verse desligada de la salud cuando esta es comprendida como esta-

do pleno de bienestar integral. Sin embargo, las comunidades educativas persisten en el imaginario de que salud solo está relacionada con la ausencia de enfermedad física. En este sentido, la promoción de la salud debe fomentar procesos educativos que posibiliten el reconocimiento de la salud desde una perspectiva integral.

Entre las experiencias significativas de esta línea de acción vale la pena resaltar la labor de las profesionales en fonología, nutrición y optometría, las cuales consideran que, en fonología, un niño que presenta problemas de lectoescritura, habla o auditivo, además de ser retraído, se aísla de sus grupos y muestra no sólo desmotivación escolar, sino también baja autoestima y es así como se afecta su vida socioafectiva con sus compañeros, en algunos casos con sus maestros y su entorno en general.

En optometría, un niño con baja visión o con síntomas a las actividades visuales afecta su rendimiento escolar, reflejándose en su autoestima y comportamiento. En nutrición, las complicaciones que sufre un niño con desnutrición, no sólo se reflejan en el retraso de la estatura y el peso, sino también en retrasos en el aprendizaje y mayor prevalencia de enfermedades. Y el sobrepeso y la obesidad infantil se asocia a mayor riesgo de fracturas e hipertensión, presencia de marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. (Grupo focal, ICR, 01).

Es de anotar que la presencia del gestor o la gestora en salud contribuyó con darle otro sentido a las representaciones de salud que tienen en general las comunidades educativas, en la medida en que sus roles y funciones se orientaron desde una atención social y educativa en la salud y porque el rol del gestor o la gestora en salud no estuvo constreñida por una figura médico-clínica.

### **Valoración del proceso de identificación, detección, remisión y seguimiento**

Los gestores y las gestoras de la salud que participaron en la gestión de la línea de salud física dan significado a este proceso con sus aportes. Se puede concluir que la línea de salud física representó significados en los profesionales y la comunidad educativa como una actividad preventiva y de atención en salud, más que de promoción de la salud, por lo cual, partiendo de esta experiencia, se pueden proyectar otras acciones de carácter intersectorial para mejorar la salud física desde el empoderamiento de las entidades responsables de este proceso, acorde a la Resolución 412 de 2000, el Decreto 3039 de 2009, la Ley 1122 de 2007, la Resolución 425 de 2008 y otras disposiciones legales.

Un aspecto importante a analizar es que las acciones de demanda inducida y atención específica están relacionadas con un aspecto que ya se había mencionado anteriormente y es el cuidado de sí.

En el marco de la promoción de la salud, el cuidado de sí parte de habilidades como el autorreconocimiento y la autoestima; cuando el sujeto ha desarrollado estas habilidades para la vida busca también los mecanismos para cuidar la salud propia y la de los otros. En esta medida, la promoción de la salud debe buscar mecanismos para transformar los significados de la salud que tienen las poblaciones, generar habilidades que propendan por el cuidado de sí, en las realidades contextuales que habitan, y finalmente generar mecanismos de empoderamiento para la exigibilidad en el acceso, la permanencia y la pertinencia de la salud y en el cumplimiento de los deberes.

### **3.3. De actividades educativas en salud hacia un enfoque de educación para la salud**

Las actividades educativas de promoción de la salud planteadas en el programa UNRES-EECS, se rigieron por un tiempo determi-

nado de dos horas por cada una de las cinco temáticas (habilidades para la vida, proyecto de vida, nutrición, derechos y deberes, salud oral) para todos los grados y grupos de las 65 sedes educativas; por lo tanto se dificultó evidenciar rigurosamente un proceso pedagógico en los estudiantes frente al desarrollo de habilidades para el cuidado de la salud; de igual manera porque sólo se tuvo en cuenta a la población escolar y no a todos los actores de la comunidad educativa (docentes, familia y comunidad).

#### **3.3.1. Pertinencia de guías metodológicas**

Como se especificó anteriormente, para el desarrollo de la línea de educación para la salud se diseñaron guías metodológicas. Con relación a la experiencia de implementación de las actividades educativas, estas guías cobraron otro significado en la práctica. En este sentido, la implementación de actividades educativas en salud deben pensarse hacia procesos formativos y hacia el desarrollo de habilidades en salud relacionadas con las competencias académicas que se plantean en los diferentes grados y grupos, teniendo en cuenta un conocimiento de carácter conceptual, actitudinal y procedimental. A ello, González de Haro, advierte que “educar en la dirección del compromiso a favor de la salud es una tarea permanente, profunda y abierta a la vida que, desde los primeros años predisponen a los niños y las niñas a ser agentes activos en la búsqueda del bienestar individual y social” (9).

Esta necesidad identificada al inicio del programa ha posibilitado pensar en la proyección de un modelo integral de educación para la salud, el cual deberá realizarse con expertos en el diseño y la implementación de planes de área en la escuela que posibiliten la inclusión de un enfoque de educación para la salud en todas las instituciones educativas como orientaciones y lineamientos de política desde el sector educativo con asesoría y acompañamiento de los sectores Salud, Bienestar Social, Ambiente, Seguridad y otros que incursionan en el entorno escolar.

### 3.3.2. Implicaciones de las actividades educativas en Salud para la escuela

A pesar de la dinámica de trabajo generada en los productos contractuales, los profesionales identificaron procesos significativos en la implementación de la línea. Cabe anotar que esta línea fue implementada por los gestores y las gestoras en salud y un equipo de apoyo, conformado por profesionales de psicología, pedagogía reeducativa y trabajo social.

El desarrollo de las actividades educativas realizadas por los gestores y las gestoras en salud fueron consideradas como un aspecto significativo en tanto les permitió acercarse a los estudiantes y conocer de cerca las necesidades educativas en salud, situación que fue identificada también por el equipo de apoyo. Esta línea también permitió identificar la percepción que tiene la población estudiantil de los servicios en salud y frente a la concepción de salud.

Con relación a los significados identificados por los profesionales, se hace importante pensar en una posible indagación sobre lo que para la comunidad educativa significa un estado saludable.

“Así mismo en los grados de tercero algunos niños expresaron que están bien cuando consumen alcohol, expresaron que la pasan bien y que lo hacen cuando sus padres están ebrios o en fiestas”. (Grupo focal, ICP 01). “En los adolescentes la salud está más relacionada con lo físico, para ellos estar bien, es no estar “enfermos” algunos y algunas dan cuenta de que se cuidan haciendo deporte, alimentándose bien -aunque reconocen que no lo hacen bien ya que predomina la comida chatarra-, también haciendo buena higiene personal, no consumiendo drogas y no trasnochando. Sin embargo estos conceptos no se trasladan a la escuela y a su diario vivir, es decir en los ambientes saludables escolares, en el manejo de las basuras, en el aseo de los baños, en las relaciones que establecen con los demás compañeros y los docentes encargados. Poca conciencia existe de lo saludable en la institución, algunos

expresan que de esto poco hablan en el colegio cuando les dan conferencias con personas profesionales de otras partes”. (Grupo focal, ICP 01).

En las actividades educativas, vuelve y surge la necesidad de conocimiento con relación al tema de los derechos sexuales y reproductivos y de los derechos y deberes en general, pese a los múltiples esfuerzos relacionados con estas temáticas. “Solo algunos cuantos conocen de los servicios amigables, pero estos no han sido lo suficiente promocionados o por el contrario no asisten por miedo a que sus padres se enteren de una vida sexual activa”. (Grupo focal, ICG 01).

En los significados que identifican los profesionales sobre las actividades educativas en salud, se visibiliza la necesidad de diseñar e implementar un enfoque de educación para la salud; estos temas son inherentes a la vida de toda la comunidad, y en esta medida se constituyen en factores de protección para la vida y el disfrute de la misma.

### 3.3.3. Valoración de la línea de educación para la salud

Como bien se mencionó, las actividades educativas en salud se constituyeron en un aporte importante para identificar los imaginarios, los conceptos y las aptitudes que los estudiantes tienen de estos temas, de igual manera se proporcionaron conocimientos que lograron cambiar necesidades específicas de salud en nutrición, asesoría y remisión a programas de servicios amigables para jóvenes, resolución de conflictos y acceso a otros servicios de salud. Una barrera evidente en esta línea, sin embargo, estuvo relacionada con las condiciones necesarias para la cabal ejecución de la agenda programada:

Por el contrario, un acierto a destacar fue la ejecución de los talleres en salud mental, los cuales se trabajaron a partir de historias reales de situaciones difíciles que viven los niños y adolescentes, posibilitando la discusión mediante la generación de dilemas morales.

La experiencia de las actividades educativas para el año 2011 se resignificó como una estrategia para pensar en un modelo de enfoque de educación para la salud para vigencias futuras, el cual debe planearse en conjunto con la comunidad educativa y plantearse como un proyecto a largo plazo, para que esta nueva propuesta que arroja la experiencia sea acogida e implementada. En palabras del equipo de profesionales:

“La transversalidad de los componentes de salud en el PEI es una actividad fundamental que debe realizar el gestor en salud y que requiere de la articulación con la gestora educativa, de manera efectiva. En mi institución, esto se logró a través de la articulación de los proyectos de educación para la sexualidad y el comité gestor, los cuales se incorporarán al PEI, luego de la revisión por el consejo directivo. Se requiere la disposición de las directivas y los docentes, hay que tener muy claro cuáles son las acciones, cuáles son las problemáticas; por ejemplo aquí es el consumo de sustancias psicoactivas”. (Grupo focal, ICG 03).

### 3.4. Salud bucal en preescolar, primero y tercero

La guía metodológica de salud bucal en los grados de preescolar, primero y tercero, para la actividad educativa, contribuyó con el proceso de aprendizaje de los estudiantes. Se realizaron actividades lúdicas, las cuales motivaron a los estudiantes, convirtiéndose en una actividad significativa para la comunidad.

Con lo anterior, se puede decir que la actividad educativa es fundamental en todos los procesos de salud bucal. Aún en las acciones de seguimiento, la labor pedagógica tiene el reto principal de generar en la población escolar, incluso en los docentes, el gusto e interés por el cuidado de la cavidad bucal, mediante el cepillado y uso de seda dental.

#### 3.4.1. El cepillado y los kit escolares

Las profesionales que realizaron este proceso manifestaron que, en la entrega de los kit de

salud bucal, hubo un compromiso con todos los niños acerca del cepillado diario en la institución, ya que muchos de los niños sólo se cepillaban una sola vez al día y no tenían conocimiento del uso de la seda dental.

De igual manera, en las sedes educativas se crearon muchas expectativas con esta actividad, ya que al observar la metodología del componente de salud bucal se hicieron ciertos compromisos por parte de la sede educativa. Sin embargo, se planteó la dificultad que genera la entrega de este material sólo para la población de preescolar, primero y tercero. Con lo anterior, las actividades educativas en salud bucal son parte inherente al enfoque de educación para la salud desde la infancia.

### 3.5. Centros de interés creativos

“Los centros de interés son maravillosos, las mejores cosas que pude hacer como gestora en salud”: Gestora en Salud de la Institución Educativa Sor María Luisa Courbin.

Para el programa, en especial para los gestores y las gestoras en salud, los centros de interés creativos se constituyeron en una propuesta que resignifica todos los sentidos de la salud, lo humano y la vida; se crearon centros de interés creativos que lograron la reconstrucción de vínculos familiares y sociales, la generación de un ambiente protector en el grupo de interés, mejores maneras de relacionarse, aumento de la autoestima y el reconocimiento; para muchas instituciones educativas esta estrategia generó una idea de cambio y novedad.

Esta estrategia permitió reconocer las necesidades reales de los estudiantes, sus intereses y habilidades, lo cual generó transformación en la manera de ser y estar en la escuela.

Una de las dificultades expuestas por los gestores y las gestoras es que la convocatoria generó una demanda inicial de entre 50 y 100 estudiantes, pero luego, en el proceso de constitución, quedaron grupos de 15 estudiantes y en otras ocasiones se debió volver a realizar



la convocatoria. No obstante, este proceso es propio a la construcción de identidades grupales y a las condiciones individuales y colectivas que se necesitan para la conformación y permanencia de un grupo de interés, en el cual la motivación, generación de vínculos y adecuación a las normas grupales son concomitantes para su conformación.

Existe una manifestación generalizada en los gestores y las gestoras en salud, y es que sin acompañamiento a los estudiantes no se podrán consolidar los grupos y los avances realizados perderán sentido. Con relación a las expresiones manifestadas por los gestores y el equipo de profesionales que apoyó la estrategia, los centros de interés se pueden consolidar a mediano y largo plazo, si las instituciones educativas lo incorporan como parte de los proyectos de enseñanza obligatoria y proyectos escolares.

Es de anotar que en el análisis final de los factores protectores en la dimensión educativa, los centros de interés se constituyeron como estrategia fundamental para aumentar los factores protectores en el rendimiento académico y en el aprovechamiento del tiempo libre como proyecto de enseñanza obligatoria.

Los centros de interés creativos cobraron sentido en la implementación del programa como una estrategia pedagógica fundamentada en el modelo de atención psicosocial y, a partir del enfoque de educación para la salud, allí converge un grupo reflexivo donde se pueden identificar todas las necesidades y potencialidades de un grupo humano en particular, los centros de interés como proyecto de vida, como espacio para la construcción de identidad y la cultura, como lo plantea Serrano, citado en González de Haro (2002), "la salud hoy se juega en lo cultural".

### **1.10. Articulación intersectorial, una estrategia clave**

Como función principal del gestor y la gestora en salud, la articulación se desarrolló como

un medio para la gestión de programas y proyectos que dirijan sus acciones hacia el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población. Con relación a esta línea los profesionales manifestaron que los procesos de articulación se han concebido como la acción mediante la cual las organizaciones sociales, en común acuerdo, orientan sus programas y proyectos acorde a una realidad social. Con relación a las experiencias mencionadas, se puede decir que el proceso de articulación intersectorial depende básicamente de un plan de gestión estructurado desde una visión intersectorial e interinstitucional, de tal manera que las acciones de intervención estén orientadas a las necesidades y potencialidades reales de las comunidades educativas.

En esta vía, los procesos de gestión intersectorial obedecen a la voluntad y responsabilidad política de quienes toman las decisiones; en este aspecto la Secretaría de Educación Municipal -SEM- apoyó a las sedes educativas y al programa UNIRE-EECS, a través del acompañamiento de alrededor de 12 profesionales universitarios, bajo la figura de gestores educativos.

En la gestión pública, la intersectorialidad es un tema que ha cobrado gran relevancia en los últimos años; uno de los elementos claves que se aborda en la intersectorialidad es el trabajo mancomunado, esto refiere a compartir recursos y responsabilidades. Se puede inferir que la premisa de intersectorialidad empieza a ser parte de la agenda política de la ciudad; actualmente ha sido la Secretaría de Salud del Municipio, la que ha liderado las acciones de promoción de la salud en la escuela; no obstante, esta alternativa debe trascender, de una voluntad política, a unos procesos de responsabilidad política que involucre todas las instancias en las que se toman las decisiones que afectan a la ciudad.

Las realidades de la escuela, la violencia escolar y los desencadenantes de los problemas sociopolíticos del país y de la ciudad son asuntos que sobrepasan el quehacer de la escuela. Así

mismo, la salud, como el bienestar y la calidad de vida de las comunidades educativas, es un aspecto que no es únicamente del sector salud.

Como ya se mencionó, los proyectos y programas de ciudad se están realizando en intervenciones por segmento y lo que finalmente se está visibilizando en los entornos es una serie de actividades aisladas, en la cual cada sector da cuenta de sus intervenciones, pero no de la integralidad en el desarrollo de las comunidades. Retomando a Cunill (2005) “los problemas de carácter transversal corresponden típicamente a esta situación. De hecho, por una parte, la necesidad de la intersectorialidad está asociada a políticas transversales, tales como, por ejemplo, las políticas de género, edad y diversidad (...) Por otra parte, la reconceptualización que se está produciendo en términos de la multidimensionalidad de la pobreza y la exclusión, de los cuidados de la primera infancia, o del bienestar, o de muchos otros asuntos sociales que no se explican con arreglo a una sola causa” (16).

En este sentido, la lógica de las organizaciones sociales en sus propósitos misionales y visionales deberán centrarse en un enfoque que va más allá de las acciones locativas, un cambio de paradigma en la intervención social que deviene del diseño de un plan de gestión que trascienda la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el marco del desarrollo humano integral en los entornos familiar, escolar y comunitario. Es el nacimiento de la acción política que instaure mecanismos de seguimiento y control en el ejercicio de la corresponsabilidad. A esta premisa se le podría denominar un ejercicio político de la promoción de la salud.

### **1.11. El gestor, la gestora en salud, un agente que acompaña**

El gestor o la gestora en salud, en palabras del equipo de trabajo, se percibió en las sedes educativas como una “figura salvadora”, alguien de “salud”, aparentemente ajeno a la educación que podía escuchar sus miedos, sus dolores, sus éxitos, pero más que eso, se quedó

en la escuela todo el año para contribuir con el ser, saber y quehacer en la realidad educativa.

Y los gestores y las gestoras en salud se quedaron en la escuela, vivieron lo que allí se vive, comprendieron que la escuela no es siempre lo que dicen los textos en materia educativa, se apropiaron y se identificaron como miembros activos, se vincularon y aprendieron de ella, cada uno a partir de su experiencia. Como dice Jorge Larrosa, “la experiencia es eso que nos pasa, o lo que nos acontece, o lo que nos llega. No lo que pasa, o lo que acontece, o lo que llega, sino lo que nos pasa, o nos acontece, nos llega” (17).

El gestor y la gestora en salud es una figura que fue reconocida en las sedes educativas, se concibió como alguien que sabe y conoce de la institución educativa, que acompaña los procesos educativos y contribuye al desarrollo humano de las comunidades desde la promoción de la salud, lo que permitió dar credibilidad en el desarrollo del programa.

### **1.12. Formación y dominios conceptuales, una búsqueda hacia la transdisciplinariedad**

Con relación a los procesos formativos, las gestoras y los gestores con su experiencia en el trabajo comunitario y en educación fueron impregnando desde sus saberes disciplinares una construcción del perfil de un gestor o una gestora en salud. Con ello, vale resaltar que los perfiles de los profesionales deben construirse de manera amplia, teniendo en consideración las distintas áreas del conocimiento que pueden aportar a una mejor promoción de la salud en la escuela, como es el caso de gestores con formación en las áreas sociales, pedagógicas y de educación

Con relación a los significados del deber ser del gestor y la gestora en salud, se puede decir que la formación de estos profesionales es un campo novedoso en la salud y en la educación; el gestor en salud debe perfilarse por sus capacidades, conocimientos y aptitudes en

contextos sociales y educativos que permitan constituirse desde la transdisciplinariedad. Esta nueva interpretación de la relación del gestor en salud, con su disciplina y el modelo de atención psicosocial, invitan a pensar en una nueva perspectiva de comprensión de la promoción de la salud en la escuela bajo una perspectiva transdisciplinar en el enfoque de educación para la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aignerren, Miguel. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Centro de Estudios de Opinión {Sitio de internet}. Consulta 13 de noviembre de 2011.
2. Aignerren, Miguel. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Universidad de Antioquia. Óp., cit. p.2.
3. Empresa Social del Estado Metrosalud. Informe de gestión final del programa UNIRES -EECS, Diciembre 30 de 2011. Documento de trabajo. Medellín, 2011.
4. Empresa Social del Estado Metrosalud. Informe de gestión final del programa UNIRES -EECS. Óp., Cit.
5. Empresa Social del Estado Metrosalud. Informe de gestión final del programa UNIRES -EECS. Óp., Cit.
6. Sossa Rojas, A. Michael Foucault y el cuidado de sí. Cnnhisremi, Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico, Vol. 6, No. 2, 2010. {Sitio de internet}. Consulta el 13 de noviembre de 2011.
7. Corvalán Bustos, María Isabel. La realidad escolar cotidiana y la salud mental de los profesores. Departamento de Educación, Universidad de Chile. 2005. p. 75. {Sitio de internet}. Consulta el 13 de noviembre de 2011.
8. Corvalán Bustos, María Isabel. La realidad escolar cotidiana y la salud mental de los profesores. Óp. Cit., p. 77.
9. González de Haro, María Dolores. La educación para la salud: "asignatura pendiente" para la escuela. Universidad de Huelva. XXI Revista de Educación, Vol. 10. 2008. p.126 {Sitio de internet}. Consulta el 13 de noviembre de 2011.
10. González de Haro, María Dolores. La educación para la salud: "asignatura pendiente" para la escuela. Óp., cit. p.126.
11. González de Haro, María Dolores. La educación para la salud: "asignatura pendiente" para la escuela. Óp., cit. p.126.
12. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 del 10 de Agosto de 2007, por el cual se adopta en Plan Nacional de Salud Pública. Línea de Política Numero 1. {Sitio de internet}. Consulta el 16 de noviembre de 2011.
13. Cunill Grau, Nuria. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. X Congreso Internacional del Clad sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005. p. 2. {Sitio de internet}. Consulta el 18 de noviembre de 2011.
14. Cunill Grau, Nuria. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. Óp, cit. p. 2
15. Cunill Grau, Nuria. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. Óp, cit. p. 3.
16. Cunill Grau, Nuria. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. Óp, cit. p. 4.
17. Larrosa, Jorge, Experiencia y alteridad en Educación, 2007 {Sitio de internet}. Consulta el 18 de noviembre de 2011
18. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Facultad de Ciencias Sociales. Atravesando Disciplinas. Documento de trabajo. Bogotá. {Sitio de internet}. Consulta el 19 de noviembre de 2011

## CAPITULO 4

### Conclusiones y Recomendaciones



La implementación del Programa ha resignificado la promoción de la salud; desde que la Secretaría de Salud Municipal articuló sus programas en el entorno escolar, como plantea Hancocck (1994) “es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder” (4).

Se resignifica el ejercicio político de la promoción de la salud, cuando la dependencia de Salud Pública de Municipio decide “afinar mecanismos de concertación y negociación entre los sectores sociales e institucionales para llevar a cabo actividades de Promoción de la Salud, con miras a avanzar hacia el logro de bienestar, propiciando la transferencia de recursos de inversión” (5).

El acompañamiento de la Secretaría de Educación Municipal, como un ejercicio de voluntad política, permitió planear, desarrollar y evaluar el programa en conjunto, con el fin de comprender las realidades educativas de la ciudad y coordinar las acciones en vía de mejorar la calidad de la educación en las áreas de gestión administrativa, directiva, académica, y comunitaria.

Las acciones de gestión y de articulación son el fundamento de escuelas saludables como una "estrategia de promoción y protección de la salud en el ámbito escolar y un mecanismo articulador de intereses, voluntades y recursos multisectoriales (especialmente, aunque no de manera exclusiva, de los sectores salud, educación y ambiente), orientados a aumentar las capacidades y oportunidades de todos los miembros de las comunidades educativas para mejorar la salud, el aprendizaje, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo humano integral y sostenible". (6)

La propuesta de construir la figura del gestor y la gestora en salud, como una forma de hacer presencia permanente en la escuela, fue la estrategia fundante para que las instituciones educativas recuperaran la credibilidad de los programas y los proyectos, un gestor o gestora en salud que llegó a la escuela para quedarse, para acompañarlos y para mostrarles un nueva mirada de la salud.

Se ha resignificado la promoción de la salud en la escuela cuando las y los profesionales que hicieron parte de UNIRES-EECS, contribuyeron con el diseño y la implementación del programa y con la valoración de su experiencia, lo que les generó una visión diferente de salud, en el reconocimiento de su saber específico y su quehacer desde las diversas disciplinas, en el campo de la salud y la escuela.

Se resignificó la promoción de la salud cuando los diferentes actores de las comunidades educativas identificaron en el gestor o la gestora en salud, una figura de orientación en la exigibilidad de sus derechos, en especial en los derechos y deberes en salud.

Se identificaron y reconocieron las problemáticas institucionales y las realidades de contexto; actividad que generó gran impacto en el análisis general de los determinantes de la salud en la escuela. En este sentido, cabe retomar la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1992), donde las organizaciones y entes territoriales se comprometen a "estimular la

investigación en Promoción de la Salud, para generar ciencia y tecnología apropiada y disseminar el conocimiento resultante de forma que se transforme en instrumento de liberación, cambio y participación" (7); labor que en este proceso se realizó no sólo con el diagnóstico de realidades educativas de la ciudad, sino también con la sistematización de esta experiencia que se constituye en un fundamento de construcción de conocimiento, frente al ejercicio de promoción de la salud en la escuela, el cual es insumo para la toma de decisiones políticas y públicas en la formulación de programas, proyectos y estrategias que buscan el desarrollo integral de las comunidades educativas.

Las acciones de prevención y atención que se realizaron (Atenciones psicológica y detección del riesgo físico y mental) posibilitaron nuevas alternativas para el diseño de un modelo de atención psicosocial que trabaje por el favorecimiento de ambientes psicosociales y se consolide un trabajo mancomunado para toda la comunidad educativa, a partir de una convivencia sana y saludable.

De igual manera, la realización de las acciones educativas en salud, con enfoque diferencial, permitió abrir nuevas perspectivas de fortalecimiento de las actividades pensadas hacia un enfoque de educación para la salud, articulado a los proyectos educativos institucionales.

Las sedes educativas han comenzado a ser conscientes de la inclusión de las temáticas de salud en el espacio escolar como acciones propias del ámbito educativo y que son fundamentales para promocionar la salud en los aspectos que intervienen de manera directa en los procesos de enseñanza-aprendizaje y en las dinámicas cotidianas de la escuela.

Se reconocen las acciones de la promoción de la salud en la escuela cuando se desarrollaron propuestas que parten de los intereses, las motivaciones, los deseos y las potencialidades de los estudiantes; en este caso los centros de interés creativos se construyeron como una estrategia clave para el fomento del desarrollo

humano integral, desde una perspectiva de atención psicosocial y orientada desde el enfoque de educación para la salud.

Se promocionó la salud en la escuela cuando las instituciones educativas reconocieron las acciones claves para aumentar el bienestar escolar, cuando identificaron que los niños y las niñas se cepillan los dientes y usan la seda dental, cuando los adolescentes buscaron por sus propios medios la atención psicológica para cuidar su vida, cuando las familias se acercaron más a la escuela y el consumo de sustancias psicoactivas disminuyó, los programas y proyectos reconocieron las necesidades de la escuela y se articularon y se percibió una convivencia más sana y saludable.

En este sentido, resignificar la promoción de la salud, con la experiencia del Programa, parte de una apuesta política que orienta sus acciones en el mejoramiento continuo, en cumplir cada vez más con las metas del milenio, en fomentar un modelo de salud pública y de desarrollo que busque el desarrollo humano, integral y sostenible de las comunidades educativas.

Con la implementación de UNIRES-EECS, se demostró que existen otras maneras de desarrollar los proyectos, otras maneras de fomentar el cuidado de sí y de los otros, otras maneras de ver el mundo, otra manera de “convocar las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de Promoción de la Salud, supeditando los intereses económicos a los propósitos sociales, a fin de crear y mantener ambientes familiares, físicos, naturales, laborales, sociales, económicos y políticos tendientes a promover la vida, no a degradarla” (8).

Entre las recomendaciones que se recogen en este proceso de sistematización, a partir de las voces de las comunidades educativas, los sectores de educación y salud, las gestoras y los gestores en salud y los profesionales de programa, se encuentran:

Plantear el programa desde el Plan de Desarrollo Municipal, así como en el Plan Decenal de Salud Pública, en el Plan Educativo Municipal y en los Proyectos Educativos Institucionales y otros planes de acción de los diferentes entes territoriales.

Construir, en el marco del programa, un plan de gestión intersectorial e interinstitucional, donde se planteen de manera clara las funciones y responsabilidades de los sectores gubernamentales y no gubernamentales en la implementación de los programas y proyectos que apunten a las problemáticas sociales y educativas, y a las necesidades y fortalezas institucionales identificadas en el diagnóstico institucional de las sedes educativas.

Diseñar y orientar desde la Secretaría de Salud, a partir de las directrices nacionales y departamentales, lineamientos, enfoques teóricos y metodológicos que dirijan las acciones de salud pública en la línea política “Promoción de la Salud y Calidad de Vida”, fomentando la participación social y comunitaria en los diversos entornos, a través de un trabajo articulado entre dependencias y líderes de programa de la Secretaría de Salud.

Para continuar con la consolidación de UNIRES-EECS en el marco de Entornos Saludables como Política Pública Nacional, se hace necesario incluir en el desarrollo de la propuesta a todos los actores de la comunidad educativa, como participantes activos del programa. Los docentes y las familias fueron los menos beneficiados en este proceso, siendo estos actores claves para el desarrollo y bienestar de niños, niñas y adolescentes; por consiguiente, se deben diseñar estrategias orientadas a potenciar desde las dimensiones del desarrollo humano su ser, saber, hacer y saber hacer.

Realizar un proceso de restablecimiento de derechos en salud, donde se garantice el aseguramiento y los servicios de atención en salud (identificación, detección, remisión y seguimiento), así como los programas de vacunación, crecimiento y desarrollo, joven sano

y demás programas que son responsabilidad de las EPS y EPS-S, a partir de los diagnósticos prevalentes identificados y las necesidades planteadas en el acceso y permanencia a los servicios de salud.

Fortalecer el diagnóstico institucional con base en el instrumento de línea base propuesto por el Ministerio de Protección Social, haciendo énfasis en las metas del desarrollo (Autoestima, Autonomía, Creatividad, Felicidad, Solidaridad, Salud y Resiliencia).

Establecer indicadores de proceso y evaluación en el desarrollo del Programa para analizar la transformación de las comunidades educativas a largo plazo.

Fundamentar el Programa desde el desarrollo humano integral y sostenible, el enfoque de derechos, de género, de inclusión, de población diferencial y territorial; en especial construir el enfoque de educación para la salud, la articulación en el Proyecto Educativo Institucional, proyectos obligatorios, pedagógicos e institucionales y realizar acompañamiento y seguimiento a esta nueva propuesta que surge a partir de la experiencia de este año.

Reconstruir el modelo de atención psicosocial, donde se incluyan acciones orientadas hacia el mejoramiento de ambientes psicosociales, que propenda por el desarrollo de habilidades para la vida, proyecto de vida, democracia escolar, la convivencia y la participación social, involucrando no sólo a estudiantes, sino también a docentes y familia. Para la construcción de este modelo de atención psicosocial se debe partir de las principales problemáticas identificadas en salud mental y las necesidades expresadas en el capítulo 6: Analizando la experiencia.

Consolidar los centros de interés creativos como una estrategia pedagógica institucionalizada en el marco de los proyectos de enseñanza obligatoria y en el programa de servicio estudiantil, según los intereses y necesidades identificados en cada centro de interés de cada

sede educativa. De igual manera se recomienda fortalecer los grupos que se consolidaron en el año 2011 y gestionar su acompañamiento desde otras secretarías como Educación, con los proyectos de jornada complementaria, Bienestar Social y Cultura, el Inder, al igual que con las organizaciones comunitarias del sector con el fin de proyectar y fomentar sus habilidades hacia proyectos de vida.

Consolidar la figura del gestor en salud, respecto a su formación y competencias, siendo la principal función la gestión en el trabajo con comunidades. De igual manera, se recomienda fortalecer los conocimientos en salud, promoción de la salud, derechos y deberes en salud, Sistema de Seguridad Social en Colombia, Salud Pública, conocimientos acerca de la organización de sistema educativo, el proyecto educativo institucional, al igual que la Ley de infancia y adolescencia y los procesos de restablecimiento de derechos en la ciudad. Un gestor en salud, líder en la articulación de programas y proyectos que se realicen teniendo en cuenta las problemáticas institucionales y que respondan a las demandas que beneficien el desarrollo humano en la escuela.

Recuperar los comités gestores institucionales, articulado a una mesa o comité de la institución, liderado y acompañado por el gestor en salud, de modo que las responsabilidades en el desarrollo del programa no se queden en una persona, sino en un colectivo de la comunidad educativa que piensa y actúa por la salud de la escuela y para la escuela.

Se debe trabajar bajo el principio de corresponsabilidad, a partir de la gestión intersectorial y con apoyo de la Secretaría de Educación; de igual manera se propone realizar un proceso de empoderamiento desde la gestión directiva de las sedes educativas para garantizar la institucionalización del programa UNIRES-EECS.

Fomentar el conocimiento de promoción de la salud a través de encuentros de ciudad y socialización de experiencias en promoción de la

salud, con la participación de las comunidades educativas.

En la resignificación de la promoción de la salud, también se hace necesaria la identificación de las necesidades de conocimiento que apunten a lograr la salud de las comunidades; para ello, se presentan futuras propuestas que den lugar a la investigación a través de la sistematización de experiencias como generación de conocimiento en promoción de la salud, en el saber y saber hacer. Entre éstas se proponen los siguientes tópicos:

- Los imaginarios de las comunidades educativas frente a la salud.
  - La concepción de convivencia sana y saludable vs violencia escolar.
  - ¿Cómo se pueden generar transformaciones para el cuidado de sí?
  - La experiencia de promoción de la salud en el trabajo con los docentes.
  - ¿Cómo se transforman los factores de riesgo en factores protectores?
  - Experiencia de implementación del enfoque de educación para la salud en la escuela.
  - Caracterización de problemáticas de salud pública en la escuela.
  - Experiencias desde la promoción de la salud en la escuela para el empoderamiento de las familias.
  - Sistematización de la experiencia de articulación intersectorial a partir de un análisis de redes sociales.
  - Sistematización del diseño y la implementación del modelo de atención psicosocial, una apuesta de política pública por la salud mental de las comunidades educativas.
2. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Colombia. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en América Latina. Santa Fe de Bogotá, noviembre de 1992. {sitio en internet} consulta el 1 de diciembre de 2011.
  3. Ministerio de la Protección Social. Colombia. Decreto 3039 de Agosto 10 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Línea de Política Número 1. {Sitio de internet}. Consulta el 16 de noviembre de 2011.
  4. Jiménez, Fabiola. Promoción de la salud: Base teórica. Red Peruana de alimentación y nutrición. Publicación virtual 009. Lima, Perú. 2005. {Sitio de internet}. Consulta el 16 de noviembre de 2011.
  5. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Colombia. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en América Latina. Compromisos. Óp., cit. p. 4
  6. Ministerio de la Protección Social, Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de Estrategias de Entornos Saludables, Escuelas Saludables y Vivienda Saludable. Bogotá D.C., Diciembre de 2006, p. 51. {Sitio en internet} consulta el 16 de septiembre de 2011.
  7. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Colombia. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en América Latina. Compromisos. Óp., cit p.4.
  8. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud de Colombia. Óp., cit p.3.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, 1986. {sitio en internet} consulta el 1 de noviembre de 2011.



