UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Comprensión e Implementación de la Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior en Colombia

Clara Yamile Duarte Cuervo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2014

Comprensión e Implementación de la Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior en Colombia

Clara Yamile Duarte Cuervo

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister Scientae en Salud Pública

Directora:

M.D., Msc. Alba Emilce Gaviria

Codirectora:

Ph.D. Rosa Julia Suarez

Línea de Investigación:

Promoción de la Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2014

A mi mamá, quien me ha acompañado
en este camino de muchas maneras.

Agradecimientos

A Paulo, por ser mi soporte, mi compañero, por mostrarme que el mundo es pequeño y posible.

A mi familia: Julio, Wilson, Sandra, Carlos, por su amor y su presencia incondicional.

A Nohra Cifuentes, que me invitó a conocer hace ya varios años el camino de la Promoción de la salud.

A mi directora, Alba Emilse Gaviria y a mi codirectora Rosa Julia Suarez, por acompañarme pacientemente y con sabiduría.

A las mujeres y hombres que me acogieron en sus instituciones y compartieron con tanta generosidad sus valiosas historias y experiencias.

A los miembros de REDCUPS, que me permitieron participar en la construcción de su proyecto colectivo.

A mis amigas: Vanesa, Gaby, Erika, Joy, Rocy, Johanna, Angélica, Consuelo, Yinzú, Martha, Aleida y Sol y a mi amigo Israel, por sus aportes, sus respaldo, su impulso para concluir este trabajo y ante todo, por alegrar el recorrido.

A Sara Helena Carrillo, por su comprometido apoyo.

Resumen

La investigación buscó caracterizar la implementación y la comprensión de la Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior en Colombia. Se realiza un estudio cualitativo con enfoque etnográfico en once instituciones de cinco ciudades, usando una encuesta y una entrevista exploratoria, entrevistas a gestores, observación directa, así como revisión documental. La información se analiza a la luz de conceptualizaciones sobre promoción de la salud, entornos saludables y universidades promotoras de la salud. Las instituciones han desarrollado políticas, programas, así como acciones de educación, reorientación de los servicios de salud, participación, intervención sobre el ambiente, investigación y otras con alcance familiar y comunitario. El desarrollo de la promoción de la salud en estas instituciones ha recorrido caminos distintos, coexisten el enfoque preventivo y abordajes intersectoriales con perspectivas amplias. Se presentan como desafíos la formación de los profesionales como gestores de cambio y la promoción como proceso de transformación organizacional.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Educación superior, Entornos saludables, Universidad Promotora de Salud, Universidad Saludable

Abstract

The research aims to characterize the implementation and understanding of health promotion at higher education institutions in Colombia. A qualitative study with ethnographic approach was carried out at eleven institutions selected in five cities. It was conducted through research tools such as an exploratory survey, interviews, direct observation and review of documents. The information was analyzed considering conceptualizations about health promotion, healthy settings, and health promoting universities. These institutions have implemented policies and programs and have undertaken actions like education, reorientation of health services, participation and intervention on the environment, as well as research and activities with family and community outreach. At these institutions, different scopes related to development of health promotion were found, i.e. there is a preventive approach along with an inter-sectorial outlook with broad extent. Some of the main challenges for institutions are the training of professionals as agents of change, and fostering health promotion as a process of organizational change.

K**eywords:** Health Promotion, Higher Education, Settings, Health Promoting Settings, Health Promoting Universities, Healthy University

Tabla de contenido

Resumen V
Abstract VI
Tabla de contenido VII
Lista de Figuras X
Lista de Tablas XI
Lista de Abreviaturas XII
Introducción 1
1. Problema de investigación 3
2. Valoración de la investigación 7
2.1 Propósito 7
2.2 Objetivo general 7
2.3 Objetivos específicos 7
2.4 Supuestos que orientan la investigación 7
3. Marco teórico 9
3.1 Concepto de Promoción de la salud, evolución y polisemia 9
3.2 Entornos de promoción de la salud/ Promoción de la salud basada en los entornos/ Entornos saludables: Enfoques y perspectivas 21
3.3 Universidades y otras IES como promotoras de salud 25
3.4. Para comprender la PS en las IES en Colombia: Una mirada desde el enfoque etnográfico 33
4. Metodología 37
4.1. Tipo de Estudio 37
4.2. Momentos 37
4.2.1 Exploración 38

4.2.2. Trabajo de campo 42
4.2.3. Análisis 45
4.3 Aspectos éticos 49
5. Resultados 51
5.1 Contexto 52
5.1.1 Las Instituciones de Educación Superior en Colombia, algunas clasificaciones y diferencias 52
5.1.2 Las Instituciones de Educación Superior estudiadas 53
5.1.3 El lugar de la Promoción de la Salud en la estructura administrativa de las Instituciones de Educación Superior 59
5.1.4 Antecedentes de la Promoción de la salud en las Instituciones de Educación Superior 62
5.2 ¿Qué se hace en las IES bajo el enunciado de PS? 67
5.2.1 Programas 67
5.2.2 Políticas 74
- Políticas que expresan la voluntad institucional 75
- Generación de acciones como lineamiento desde directivas institucionales 77
- Regulaciones 78
5.2.3 Educación 80
- Sensibilización y provisión de información 80
- Inclusión de contenidos en los currículos 85
- Oferta de opciones de formación en Promoción de la Salud 89
5.2.4 Orientación (o reorientación) de los servicios de salud de las instituciones 91
- Promoción del aseguramiento 94
- Caracterización del perfil y las necesidades de salud de la población 96
- Prestación de servicios preventivos 101
5.2.5 Participación 104
5.2.6 Intervención sobre el ambiente 107
- Señalización 109
- Salud/gestión ambiental 109
- Gestión de seguridad 110
- Disposición, construcción o modificación de la infraestructura 110
5.2.7 Investigación 115

5.2.8 Acciones con alcance familiar y comunitario 117
6. Reflexiones finales y conclusiones 121
Bibliografía 129
Anexo 1. Principales aportes de las declaraciones de las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud posteriores a Ottawa (1986) 139
Anexo 2. Matriz de revisión documental 142
Anexo 3. Guía de entrevista exploratoria 144
Anexo 4. Encuesta exploratoria 145
Anexo 5. Guía de entrevista en profundidad (consolidado) 148

Lista de Figuras

Figura 1. Características en las diferentes interpretaciones de la PS……..18

Figura 2. Características diferenciales de la PS en los entornos. Categorías iniciales……..25

Figura 3. Momentos de la Investigación……..37

Figura 4. Mapeo de IES por ciudad, carácter académico y naturaleza jurídica……..54

Figura 5. Material educativo que acompaña la consulta……..81

Figura 6. Folletos y plegables sobre alimentación y salud sexual y reproductiva……82

Figura 7. Afiches sobre consumo de psicoactivos y autocuidado……..82

Figura 8. Afiche y valla sobre sexualidad y actividad física ……..83

Figura 9. Nota de prensa publicada en un boletín de Bienestar Universitario……..83

Figura 10. Campaña para promover la afiliación al régimen subsidiado……..104

Figura 11. Señalización sobre actividad física, ambientes libres de humo y prácticas de salud ambiental……..118

Figura 12. Mejoras en escenarios para la alimentación y la actividad física……..120

Lista de Tablas

Tabla 1. Momentos en el desarrollo del concepto de Promoción de la Salud 10

Tabla 2. Análisis de los planteamientos de Promoción de la Salud en la Carta de Ottawa 15

Tabla 3. Conceptos de PS después de Ottawa, según Robledo & Agudelo (2011) 16

Tabla 4. Tipos o enfoques de Promoción de la Salud 19

Tabla 5. Perspectivas frente al Concepto de Entornos en PS 23

Tabla 6. Cinco tipos de Promoción de la Salud basada en los entornos 24

Tabla 7. Concepto de UPS/ Saludable de Lange y Vio (2006) 27

Tabla 8. Concepto de UPS de la Carta de Edmonton (2005) 29

Tabla 9. Concepto de UPS de Arroyo (2009), citado por Arroyo y Rice (2009) 31

Tabla 10. Concepto de EPS y UPS de Ippolito Shepherd (2010) 32

Tabla 11. Categorías de análisis 47

Tabla 12. Tipos de IES de acuerdo a su carácter académico 53

Tabla 13. IES en el trabajo de campo por ciudad, carácter académico y naturaleza jurídica 55

Tabla 14. Programas de Promoción de la Salud referidos por los entrevistados y encuestados 72

Tabla 15. Relatos sobre diferentes maneras de inclusión de contenidos en los currículos 87

Tabla 16. Experiencias de participación en las IES 105

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Término
ASCUN	Asociación Colombiana de Universidades
ECNT	Enfermedades crónicas no transmisibles
EPS	Empresa Promotora de Salud
HpV	Habilidades para la Vida
IES	Institución(es) de educación superior
OMS	Organización Mundial de la Salud
PS	Promoción de la Salud
REDCUPS	Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud
RENSIESS	Red Nacional de Servicios de Salud de Instituciones de Educación Superior
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SPA	Sustancias psicoactivas
UPS	Universidad Promotora de Salud
US	Universidad Saludable

Introducción

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el marco de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (PS), aprobó la Carta de Ottawa para la PS, a través de la cual se "desarrollaron y afirmaron una serie de principios y acciones que enmarcan el sistema de valores y la práctica de la PS" (Catford, 2007). La Carta posiciona la PS como un proceso social y político que no abarca solamente el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las acciones orientadas a transformar las condiciones económicas, sociales y ambientales que pueden afectarla (Dempsey, Barry & Battel-Kirk, 2010).

Una de las áreas de acción clave para la PS señaladas en la Carta, es la creación de entornos favorecedores de la salud. Conocido como *Enfoque de entornos* o de *Promoción de salud basada en los entornos*, es actualmente una de las estrategias de PS más usada (Rice & Franceschini, 2007). Este enfoque ha impulsado desarrollos en contextos como las ciudades, los municipios, las escuelas y los lugares de trabajo, y desde hace poco más de 20 años viene siendo adoptado por Instituciones de Educación Superior (IES) en el mundo (Dooris & Doherty, 2010); en el contexto panamericano, alimentados por diferentes experiencias locales, se han concebido algunas conceptualizaciones alrededor del concepto de Universidad Promotora de la Salud (UPS) o Universidad Saludable (US)[1], entre las que sobresalen las de la Carta de Edmonton (2005), Lange & Vio (2006) y Arroyo (2009), que han ejercido influencias sobre la implementación del enfoque en las IES colombianas.

[1] En nuestro país, como en el contexto europeo, los términos se usan de manera indistinta; aun cuando se han formulado cuestionamientos sobre sus diferencias, ahondar en ellas no hace parte de los alcances de esta investigación.

No obstante, en el terreno de la práctica los conceptos de PS y entornos favorecedores de la salud han sido interpretados de maneras distintas, al punto que muchas reflexiones se han publicado tratando de favorecer claridades conceptuales. En las IES, como potenciales entornos promotores de la salud, la situación no ha sido distinta; las realidades contextuales, las formas establecidas de hacer salud para las comunidades educativas, los actores delegados por las instituciones para hacerlo y sus formaciones disciplinares, las dinámicas institucionales de relaciones, entre otras circunstancias, hacen parte del escenario al que llegan esos nuevos enfoques y discursos para ser reinterpretados, reconstruidos, adaptados…, dando entonces lugar a que resulte pertinente preguntarse: ¿Cómo se ha entendido la PS en las IES colombianas?, ¿Qué formas ha tomado en la práctica?,

Para tratar de responder a esos interrogantes, este trabajo parte de valorar las experiencias y voces de los gestores de programas y acciones de PS en IES en el país, y pretende aproximarse a la cultura construida en los procesos de adopción o implementación del enfoque de PS, expresada en parte en las prácticas y las narraciones de algunos de sus protagonistas. Se recurre entonces a una exploración con enfoque etnográfico de las experiencias de PS de once IES ubicadas en cinco lugares diferentes de Colombia, contadas por sus gestores.

El mapa de navegación teórico, más que un modelo para la interpretación predeterminado, emerge del análisis de los planteamientos de varios autores que reconocen el desarrollo y la coexistencia de diferentes enfoques en la teoría y la práctica de la PS y los entornos de PS; de allí, surgen unos *diferenciadores clave* que guían la mirada: lo que se hace y con qué objetivos, el punto de partida para la acción, los conceptos de salud y entorno que subyacen a esas acciones. El centro es el hacer, pero el hacer que se llena de sentido cuando es narrado por quienes lo gestan.

El acercamiento a la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS) constituyó la puerta para identificar y entrar en contacto con las personas e instituciones que hicieron posible este estudio. Los relatos sobre sus experiencias, las visitas a sus instituciones, la revisión de algunas fuentes documentales, analizados a la luz de los referentes conceptuales sobre UPS y los diferentes enfoques sobre entornos promotores de la salud y PS, fueron la base para construir la caracterización de las prácticas de PS en las IES, que el lector encuentra a continuación.

1. Problema de investigación

A partir del reconocimiento de la creación de ambientes favorecedores como una de las estrategias de acción de la PS en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), el enfoque basado en los entornos fue considerado como "punto de partida de los programas de PS de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el compromiso de pasar de un planteamiento que parte del modelo deficitario centrado en la enfermedad al modelo que pone su atención en el potencial de salud inherente a los entornos sociales e institucionales de la vida cotidiana" (Kickbusch 1996, citado por Dooris, 2006).

Así, gracias al soporte de la OMS y de organizaciones internacionales como la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES), la PS basada en los entornos ha tenido desarrollos teóricos y prácticos en contextos como las ciudades, los lugares de trabajo y los entornos educativos, iniciativas que en su mayoría surgieron en el contexto europeo y se extendieron globalmente (Dooris, 2009) con orientaciones diferenciales en los países desarrollados y en desarrollo (Palacio & Sáez, 2001; Restrepo H. E., 2001b) y con aplicaciones y comprensiones particulares para cada contexto que se reflejan, entre otras manifestaciones, en las diferentes guías y lineamientos publicados.

En Colombia, el Ministerio de Salud (antes de Protección Social) ha generado orientaciones para el desarrollo de entornos saludables a nivel de los municipios (1992), las escuelas y las viviendas (2006); la estrategia de entornos saludables se convirtió en política pública en 2007, se incluyó en el plan de desarrollo 2007 – 2010 (Ministerio de Protección Social - OPS, 2006; MPS, MEN, Min. Medio Ambiente, Acción Social, DNP, Min.Agricultura, OPS, 2009) y en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). En el contexto de los entornos de educación superior, en 2011 y 2012 el Ministerio apoyó la publicación de algunas orientaciones ajustadas a este nivel educativo (REDCUPS, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), si bien no existe un programa nacional claramente definido.

Las universidades y otras IES son entornos con un gran potencial para favorecer la salud. Por sus ocupaciones, estudio o trabajo, allí confluyen una gran cantidad de jóvenes y adultos que pasan en estos lugares gran parte de su tiempo y de su vida; la cifra de estudiantes matriculados en IES superaba 1.650.000 en 2010 (Ministerio de Educación Nacional, 2010) esto es, alrededor del 3,7% de la población total del país estimada para ese año. Para estudiantes y trabajadores de las IES, "los determinantes de salud están regidos en gran medida por las condiciones o características sociales en las cuales esas personas viven, estudian o trabajan en la universidad" (Muñoz & Cabieses, 2008, pág. 145).

Conscientes de ese potencial, algunas IES del país, y en particular algunos profesionales y docentes vinculados a los programas de bienestar de las mismas, se han acercado a los planteamientos de la PS y están en el camino de implementarlos para hacer que sus instituciones sean promotoras de la salud. La literatura revisada (Granados, Alba, & Becerra, 2009) y algunas indagaciones iniciales, coinciden en ubicar las primeras aproximaciones a la implementación de la PS en las IES colombianas en el año 2003. Este interés compartido ha derivado en la conformación de la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS), que desde el año 2010 convoca actores de cerca de 50 IES del país (REDCUPS, 2011b), el tema ha captado además la atención de otras redes y organizaciones de IES como la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN) y las Red Nacional de Servicios de Salud de Instituciones de Educación Superior (RENSIESS), y de entidades gubernamentales de los niveles local y nacional, particularmente del Ministerio de Salud.

No obstante, como lo señalan Rice & Franceschini (2007), es poca la documentación existente acerca de las maneras de traducir o convertir la PS en las Américas en acciones locales, aun cuando se sabe que los diferentes países han ganado una considerable experiencia en este campo. Así, en lo que se refiere a la PS en las IES colombianas, pocas han documentado sus experiencias y son escasos los análisis que dan cuenta de las construcciones teóricas y conceptuales derivadas de las aproximaciones singulares en la práctica, del estado actual de la implementación, así como de las transformaciones que la adopción de este enfoque han significado para el Bienestar Universitario.

De otra parte, mi trabajo en Bienestar Universitario y el acercamiento a experiencias de diferentes IES, me han permitido percibir diversas interpretaciones del discurso de la PS,

particularmente el encuadre de las prácticas de PS en la modificación de los denominados *estilos de vida* de los estudiantes, mediante acciones de información y educación, así como un solapamiento práctico y conceptual de la PS y la prevención de la enfermedad. A este respecto, autores como Kickbush (1984), Terris (1996), Chapela y Jarillo (2001), Bunton y MacDonald (2002), Carmona, Rozo y Mogollón (2005), Czeresnia (2006), Chapela (2006), Eslava (2006) y Cardaci (2011), entre otros, señalan la existencia de enfoques, perspectivas e interpretaciones diversos e incluso divergentes en la teoría y la práctica de la PS. Adicionalmente, Wenzel (1997) y Green, Poland, y Rootman (2000) identifican tendencias similares frente al concepto de Entorno en PS, en tanto Whitelaw y otros (2001) llaman la atención sobre la brecha entre los ideales teóricos de la PS en los entornos y las diversas realidades en la práctica.

Partiendo de lo anterior, este trabajo de investigación se orienta a partir de las siguientes preguntas:

¿Qué políticas, programas y actividades se han desarrollado en las IES colombianas en el marco de la implementación de la PS desde 2003 hasta el presente?

¿Cómo interpretan los gestores de acciones de PS en las IES, los principios y estrategias de PS señalados en la Carta de Ottawa?

¿Qué concepciones, lineamientos y estrategias de PS pueden identificarse en el discurso y las prácticas de PS narradas por los gestores de acciones en las IES?

2. Valoración de la investigación

2.1 Propósito

Dado que la comprensión de las instituciones de educación superior como entornos promotores de la salud, es un campo incipiente en construcción, este trabajo aspira a ampliar su base de conocimiento.

2.2 Objetivo general

Caracterizar la implementación y la comprensión de la Promoción de la Salud en las Instituciones de Educación Superior en Colombia.

2.3 Objetivos específicos

- Describir las políticas, programas y actividades que han sido desarrollados por las IES bajo el enfoque de PS.
- Identificar concepciones, lineamientos y estrategias que sobre PS han construido los actores clave en las IES.
- Contrastar estas construcciones con algunas conceptualizaciones internacionales sobre PS y UPS.
- Proponer recomendaciones para fortalecer el proceso de implementación y construcción de la promoción de la salud en las IES.

2.4 Supuestos que orientan la investigación

- La PS esbozada en la carta de Ottawa, señala unas líneas de acción o estrategias y unos valores que han sido incorporados en la práctica y desarrollados teóricamente de maneras distintas.

- La PS en la IES se construye de acuerdo a las características contextuales. Los sujetos y grupos en quienes se delega la gestión de los mismos, interpretan la PS al convertirla en políticas, programas o acciones en las instituciones para las que trabajan.
- Las IES como ámbito en que se desarrolla la vida cotidiana de las personas y como instituciones, tienen características particulares pero también aspectos que las diferencian entre sí (su carácter académico, su naturaleza jurídica, su infraestructura y organización física, sus estrategias de formación, sus orientaciones pedagógicas y filosóficas), estas características influyen sobre la manera en que se implementan e interpretan las estrategias y valores de la PS.

3. Marco teórico

3.1 Concepto de Promoción de la Salud, evolución y polisemia

El concepto de Promoción de la Salud (PS) se ha construido y transformado a través del tiempo, dando lugar a la aparición de diferentes interpretaciones y tendencias. Rice & Franceschini (2007), Catford (2004) y Robledo y Agudelo (2011), entre otros autores, han identificado períodos o momentos en esta construcción que se resumen en la Tabla 1.

Partiendo de los momentos identificados por estos autores, y como introducción al asunto de las corrientes o tendencias en la definición y comprensión de la PS, aquí se presentan las diferentes definiciones de PS organizadas en cuatro momentos: antecedentes, primeras definiciones, consolidación del concepto en la Carta de Ottawa y desarrollo del concepto a partir de Ottawa.

Más allá de la Fase de antecedentes trazada por Robledo y Agudelo (2011), Restrepo (2001 a) señala otros antecedentes históricos de la PS tales como las creencias y prácticas mágico religiosas para evitar enfermarse, así como el pensamiento y las prácticas sobre la vida sana, la higiene y el gozo por la vida de los griegos; la exaltación del trabajo como fuente de salud de Plutarco, los ideales de desarrollo de los niños de Ateneo y los prerrequisitos para la salud "libertad de pasión e independencia económica" de Galeno en el imperio Romano.

Las primeras alusiones al concepto de PS se atribuyen a Winslow (1920), Sigerist (1946) y Levell y Clark (1965) (Buss, 2006; Czeresnia, 2006; Restrepo, 2001a; Terris, 1996; Eslava, 2002). Winslow afirma que la PS "es un esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore su salud personal, así como para el

desarrollo de una "maquinaria social" que asegure todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y el avance de la salud" (Winslow, 1920, citado por Buss, 2006, pág. 22).

Tabla 1. Momentos en el desarrollo del concepto de Promoción de la Salud

<table>
<tr><th>Autores</th><th colspan="5">Momentos</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Catford (2004)</td><td rowspan="2"></td><td>70s</td><td>80s</td><td>90s</td><td>2000 en adelante</td></tr>
<tr><td>Inicia la lucha contra las enfermedades prevenibles y los comportamientos de riesgo.</td><td>Se enfatiza la importancia de intervenciones complementarias.</td><td>Valoración de los entornos (ciudades, escuela, lugares de trabajo) como escenarios para la PS.</td><td>Paso en el discurso y la acción al abordaje de los determinantes sociales de la salud.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Rice y Franceschini (2007)</td><td rowspan="2"></td><td>70s</td><td colspan="2">80s y 90s</td><td>2000 en adelante</td></tr>
<tr><td>Enfoque en la prevención de las enfermedades</td><td colspan="2">Reconocimiento de la necesidad de intervenciones complementarias, políticas públicas saludables, acción intersectorial y creación de ambientes saludables.</td><td>La PS se centra en el abordaje de los determinantes de la salud.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Robledo y Agudelo (2011)</td><td>Antecedentes (1920 - 1973)</td><td colspan="2">Fase Fundacional (1974-1986)</td><td colspan="2">Fase de Consolidación (1987-2008)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Predominio de la teoría morbicentrista. La PS se reduce a la educación en salud de los individuos, a cargo de la misma institución dedicada a atender enfermos.</td><td colspan="2">La PS adquiere el estatus de política pública poblacional. Informe Lalonde (1974), Canadá; Informe Gente Sana (1979), Estados Unidos.</td><td colspan="2">Desarrollo de la PS basada en los entornos.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Propuesta de salutogénesis de Antonovsky
Enfoque educativo de Green (1979)</td><td colspan="2">Desarrollo de las líneas de acción trazadas en la Carta de Ottawa a través de las experiencias locales y consolidación en el escenario de las Conferencias internacionales.</td></tr>
<tr><td>Aportes de Winslow (1920) - educación y desarrollo social- , Sigerist (1946) - condiciones que determinan la salud-, McKweon (…)- efecto de las transformaciones económicas y sociales en la salud de la población-, Laframboise (1973) - campo de la salud-.</td><td colspan="2">Grupo de trabajo de la OMS (1984) y Carta de Ottawa (1986)</td><td colspan="2">Desarrollo de la investigación en los aspectos metodológicos, los campos de la PS y los escenarios.
Interés y avances en la evaluación (métodos, experiencias, investigación).
Interés en avanzar en el análisis y abordaje de los determinantes.</td></tr>
</table>

Elaboración propia a partir de las contribuciones de los autores.

Más adelante, Sigerist la identificó como una de las cuatro tareas esenciales de la Medicina: la PS, la prevención de la enfermedad, la recuperación de los enfermos y la rehabilitación, y afirmó que "la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de ocio y descanso" (Sigerist, 1946, citado por Buss, 2006, pág. 21).

Para 1965, Leavell y Clark usaron el término PS para identificar un nivel de atención en salud, el primer subnivel de la prevención primaria, que tendría lugar durante el período prepatogénico de la historia natural de las enfermedades. Para estos autores, este nivel de atención incluía "medidas destinadas a desarrollar una salud global óptima (…) no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, sino que sirven para aumentar el vigor o el bienestar generales" y destacaban la educación y la estimulación sanitarias como importantes para lograrlo. Entendido como nivel de prevención primaria, la PS se centraba en el individuo y se proyectaba a la familia o los colectivos (Buss, 2006, pág. 23).

En estas primeras aproximaciones al concepto de PS, pueden distinguirse cuatro elementos que posteriormente irán explicitándose en los debates sobre el desarrollo teórico y conceptual de la PS, estos son: la identificación con una concepción positiva de la salud, el reconocimiento de pre-requisitos o condicionantes de la salud, la relación de la PS con la prevención y la educación, y la acción más allá del ámbito de la salud.

Un segundo momento en el desarrollo del concepto de PS tiene lugar en la década de los setenta, en la que destacan el Informe Lalonde (1974) y el Informe Gente Sana (1979). El informe: Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses, conocido como Informe Lalonde (1974), toma como marco de referencia el concepto de Campo de la salud desarrollado por Laframboise, para asegurar que las condiciones de la salud de la población no se derivan sólo de la atención sanitaria; propone entonces cinco estrategias para mejorarlas, una de ellas la PS, orientada fundamentalmente a la modificación de los estilos de vida (Terris, 1996).

Siguiendo el esquema del Informe Lalonde, en 1979 el Departamento de Salud de Estados Unidos genera el informe Gente Sana: Informe del Cirujano General sobre la PS y la PE, en el que se señala la necesidad de implementar y fortalecer acciones para reducir los índices de enfermedad y muerte causadas, en su mayoría, por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). El informe señala que la PS "parte de personas sanas y busca el desarrollo de medidas individuales y comunitarias que les ayuden a desarrollar estilos de vida que puedan mantener y mejorar el estado de bienestar", en tanto la prevención de la enfermedad "parte de una amenaza para la salud – una enfermedad o peligro ambiental – y busca proteger a tantas personas como sea posible de las consecuencias nocivas de esa amenaza" (U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979, págs. 10-1). De acuerdo con Terris (1996), al diferenciar la PS de la prevención de la enfermedad, el Informe dio lugar a las

múltiples interpretaciones sobre la misión de la PS y su diferencia y relación con la prevención de la enfermedad, pero siguió la línea de asociación de la PS con estilos de vida específicos y la prevención de la enfermedad con los factores de riesgo del ambiente.

El principal aporte de los dos informes antes mencionados, está en configurar la PS como una propuesta específica para la acción en salud (Eslava, 2002) y elevarla al nivel de política pública (Robledo y Agudelo, 2011; Eslava, 2002; Restrepo, 2005; Buss, 2006); además, esbozan la necesaria intervención de otros sectores en el abordaje de los asuntos relacionados con la salud.

En la misma década, resalta el concepto propuesto por Green (1979): "PS es cualquier combinación de educación para la salud con intervenciones relacionadas bien de tipo organizacional, económico o político, diseñadas para facilitar cambios comportamentales o ambientales conducentes a la salud"; esta definición, propuesta desde el campo de la educación para la salud, centra la acción en PS en la educación para la salud y señala otros escenarios de la acción promocional.

Como lo plantean Restrepo y Málaga (2001), resulta entonces evidente que "durante la mayor parte del siglo XX, el concepto de PS estuvo dominado por la educación sanitaria dentro del enfoque biomédico de la salud pública" (pág.11).

Para la década de los ochenta, el concepto de PS se concreta y difunde ampliamente con el impulso de la OMS. Dos aproximaciones destacan en esta década: la construcción del grupo de trabajo reunido por OMS en 1984 y la Carta de Ottawa (1986).

Producto de una labor que venía gestándose desde 1981, en Enero de 1984 la oficina regional de la OMS para Europa estableció el primer programa de PS de la OMS. Como parte del desarrollo del programa, la organización llamó a un grupo de trabajo que se reunió en Copenhague en 1984 para avanzar en la definición del concepto y las acciones de la PS (OMS/Europa, 1984); para el grupo, la PS representaba un "concepto unificador para aquellos que reconocían la necesidad de cambiar las formas y condiciones de vida, con el fin del promover la salud" (OMS/Europa, 1984, pág. 1).

Las discusiones del grupo de trabajo tuvieron como marco conceptual el enfoque socio ecológico de la salud, partiendo del reconocimiento del vínculo entre las personas y el ambiente (OMS/Europa, 1984). Ilona Kickbush, una de sus integrantes, plantea en ese

entonces definir la PS como un proceso social y no como una iniciativa médica, lo cual implica "desmedicalizar la salud" (Kickbush, 1984, pág. 8). El grupo define la PS como el "proceso de habilitar a la gente para aumentar el control sobre su salud y mejorar su salud" (pág.20) y señala que tal perspectiva se deriva de una concepción de salud en la que esta se entiende como "el grado en que un individuo o un grupo sea capaz, por un lado, de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y por otra parte, de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud es, por lo tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, sino que es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas" (OMS/Europa, 1984, pág. 20).

Adicional a la noción antes enunciada, este grupo de trabajo traza como principios de la PS los siguientes:

- *"La PS involucra a la población como un todo en el contexto de su vida diaria, en vez de centrarse en personas en riesgo de enfermedades específicas*"
- *"La PS está dirigida hacia la acción sobre los determinantes o causas de la salud".* A este respecto se llama la atención sobre la necesidad de la acción intersectorial y la responsabilidad gubernamental de asegurar un ambiente "total" conducente a la salud.
- *"La PS combina métodos o enfoques diversos pero complementarios.* Incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizacional, desarrollo de la comunidad y actividades locales espontáneas contra los peligros para la salud."
- *"La PS apunta particularmente a la participación pública efectiva y concreta.* Este enfoque requiere el ulterior desarrollo de habilidades para la definición de problemas y la toma de decisiones de manera individual y colectiva."
- "Dado que la PS es básicamente un movimiento en los campos social y de la salud, y no un servicio médico, *los profesionales de la salud – particularmente en la atención primaria- tienen un rol importante en nutrir y hacer posible la PS*. Los profesionales de la salud deben trabajar hacia el desarrollo de sus especiales contribuciones en educación y abogacía en salud" (OMS/Europa, 1984, pág. 20).

Varios de los conceptos antes enunciados, posteriormente harían parte del texto de la Carta de Ottawa; así mismo, las reflexiones y documentos que resultaron del trabajo del grupo, fueron insumos para ésta (Saan, 2007).

La Carta de Ottawa es producto de la Primera Conferencia Internacional de PS organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar

Social del Canadá, llevada a cabo en esa ciudad canadiense en Noviembre de 1986. Indistintamente, la literatura en PS consultada señala la Carta de Ottawa como hito en el desarrollo de la teoría y la práctica de la PS; los principios y valores, así como las estrategias o líneas de acción que allí se definen, se reconocen como marco de referencia (Restrepo & Málaga, 2001; Buss, 2006) y guía para la práctica de la PS (Eslava , 2006).

Como se mencionó previamente, la Carta de Ottawa adopta la definición de PS que emergió del grupo de trabajo convocado por OMS- Europa en 1984: "la PS consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (pág.1). Además de definir la PS, la Carta desarrolla una serie de principios, traza sus objetivos, las cinco estrategias o líneas de acción de la PS para lograrlos, y subraya la acción intersectorial coordinada como requisito para la PS (ver Tabla 2 para ampliar los planteamientos de la Carta).

Con posterioridad a la Primera Conferencia Mundial de PS realizada en Ottawa, hasta 2013 siete encuentros más de este tipo han sido convocados por la OMS, los cuales han derivado respectivos pronunciamientos. En ellos, se reiteran los planteamientos de la Carta y pueden identificarse algunos aportes conceptuales alimentados por las experiencias locales y regionales; no obstante, la configuración general de la Carta de Ottawa se ha mantenido (Catford, 2004; Chapela, Jarillo, Consejo, & Cerda, 2003; Eslava, 2006). Estos pronunciamientos, además han contribuido a impulsar la implementación de estrategias o enfoques tales como el de Entornos, el de Políticas públicas saludables y recientemente el de Salud en todas las políticas, tema central de la reciente Conferencia realizada en Helsinki, Finlandia, en Junio de 2013. Los principales aportes de las declaraciones de esas conferencias, se recogen en el Anexo 1.

Después de la consolidación del concepto de PS en la Carta de Ottawa, múltiples desarrollos e interpretaciones se han derivado; buena parte de ellos retoman alguna de las cinco estrategias allí definidas (elaboración de políticas públicas saludables, creación de entornos favorables para la salud, reforzamiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud), o centran su interés en los aspectos metodológicos más que en los aspectos teóricos (Chapela, Jarillo, Consejo, & Cerda, 2003; Robledo & Agudelo, 2011). Dichas interpretaciones según Chapela, Jarillo, Consejo, & Cerda (2003), obedecen a los valores, significados y prácticas de quienes los interpretan.

Tabla 2. Análisis de los planteamientos de Promoción de la Salud en la Carta de Ottawa

Principios	**Concepto de salud**	**Pre requisitos de la salud y condiciones que la afectan**	**Foco/objetivo**	**Actores (papel)**	**Estrategias - Acciones**
Para alcanzar la salud un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.	La salud se percibe, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social.	Paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad.	El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones (los pre requisitos) sean favorables para poder promocionar la salud.	La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.	Acción coordinada de todos los implicados.
Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud.	Una dimensión importante de la calidad de la vida.	Factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos.	Alcanzar la equidad sanitaria: reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades.	Los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas. Las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están implicadas en tanto que individuos, familias y comunidades.	Elaboración de una política pública sana.
Las estrategias y programas de PS deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos.	Concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.	El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe de contribuir a la creación de una sociedad saludable.	Conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de hacer para los responsables de la elaboración de los programas.		Creación de ambientes favorables.
La protección tanto de los ambientes naturales como de los artificiales, y la conservación de los recursos naturales, debe formar parte de las prioridades de todas las estrategias de PS	El concepto de salud como bienestar transciende la idea de formas de vida sanas.		Favorecer el desarrollo personal y social	A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.	Reforzamiento de la acción comunitaria.
El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la PS	Es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.		Incrementar las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.		Reorientación de los servicios de salud.
Los responsables de la puesta en práctica y evaluación de las actividades de PS deben tener presente el principio de la igualdad de los sexos en cada una de las fases de planificación.					Desarrollo de las aptitudes personales.
Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en los prerequisitos.			Proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.		
La PS no concierne exclusivamente al sector sanitario.					

Elaboración propia a partir de los planteamientos de la Carta de Ottawa.

Robledo y Agudelo (2011), señalan tres grupos de conceptos que han surgido después de 1986, como aporte de las corrientes de pensamiento en PS. En el primer grupo ubican aquellos que "proponen opciones de desarrollo instrumental de la PS o la reenfocan de manera unilateral en alguno de sus componentes"; en el segundo, aquellos que "reafirman el papel de los determinantes de la salud"; en tanto el tercero se centra en "la articulación de lo que hace la gente por su salud con las acciones del Estado y la sociedad" (pág.1045). Los conceptos incluidos por estos autores en cada grupo se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Conceptos de Promoción de la Salud después de Ottawa, según Robledo & Agudelo (2011)

Grupo/Foco	Autor/año	Definición de PS
1. Instrumental o unilateral en uno de los componentes	Goodstadt (1987)	"A través de la instrumentación de programas, servicios y políticas efectivas el mantenimiento y mejoramiento de los niveles existentes de salud".
	Kar (1989)	"…y prevenir los riesgos de salud para lograr niveles óptimos en los determinantes de salud ambientales, sociales, de conducta y biomédicos el progreso del bienestar"
	O´Donnell (1989)	"La ciencia y el arte de ayudar a la gente a escoger su estilo de vida para conducirlos hacia un estado de salud óptima"
	Green y Kreuter (1991)	"La combinación de apoyos educativos y del entorno para las acciones y condiciones de vida…que conduce a la salud"
2. Determinantes	Labonté y Little (1992)	"Cualquier actividad o programa diseñado para mejorar las condiciones de vida social y ambiental de tal manera que aumente la experiencia de la gente acerca del bienestar"
	Kickbusch (1994)	"PS no es el trabajo social de la medicina, por el cual puede conseguirse unos dólares extras. Realmente se trata de la nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud"
3. Articulación	OPS (1990)	"La PS es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva"

Adaptado a partir de la propuesta de Robledo y Agudelo, 2011

El recorrido antes descrito, refleja la diversidad de enfoques, interpretaciones y tendencias que coexisten en el campo de la PS. Así, ya desde 1984 Kickbush señalaba la existencia de diferentes tipos y enfoques en PS; después de Ottawa, otros autores han identificado y clasificado tal diversidad. Para esta investigación se toman como referencia las clasificaciones expuestas por Kickbush (1984), Sutherland y Fulton (1992), Eslava (2002) y Carmona, Rozo y Mogollón (2005), en tanto permiten identificar algunas características que marcan diferencias entre las tendencias existentes (ver resumen en la Tabla 4).

Kickbush (1984) presenta una tipología exhaustiva y aporta como variables clarificadoras el "punto de partida" y el "foco u objetivo", poniendo de manifiesto que las diferencias entre concepciones se encuentran en lo que se considera debe ser abordado por la PS y en consecuencia, en lo que se prioriza como foco u objetivo para la acción. Así, los tipos 2, 3 y 3A parten de enfermedades, y en consecuencia su foco está en reducir la morbilidad y la mortalidad, acudiendo al control de los factores de riesgo que se atribuyen principalmente al comportamiento de las personas; de otra parte los tipos 5 y 6 parten de conceptos de salud positiva y holística y ponen el foco en el logro del bienestar y de una salud ideal; el tipo 7 alude a un enfoque relacional, en tanto el 1 se centra en los pre-requisitos para la salud y en consecuencia, en la reducción de las inequidades. La tipología de Kickbush no describe las estrategias o acciones que se realizan en el marco de cada enfoque, adicionalmente, los límites entre uno y otro tipo pueden resultar difíciles de establecer (ver Tabla 4 para ampliar las características de cada tipo).

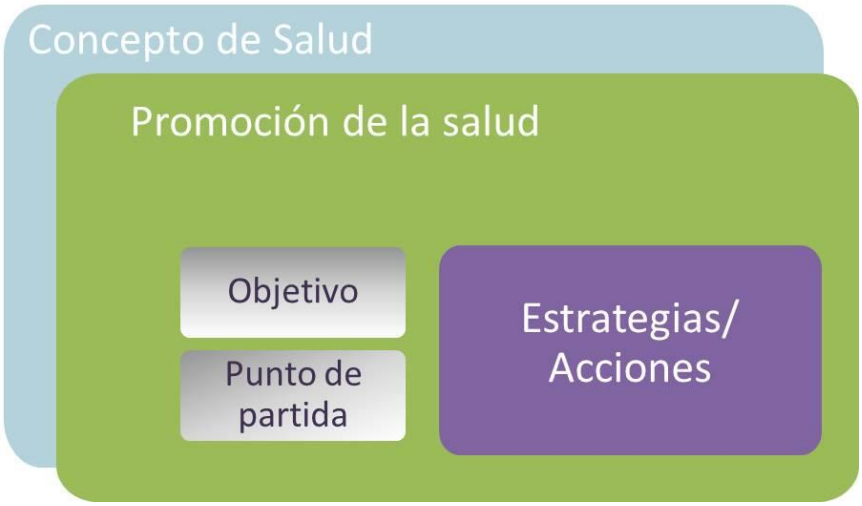
De otra parte, las clasificaciones de Sutherland y Fulton (1992), Eslava (2002) y Carmona, Rozo y Mogollón (2005), diferencian dos tipos de PS, una centrada en los factores de riesgo del comportamiento y los estilos de vida y otra en los determinantes de la salud. Sutherland y Fulton aportan como variable diferenciadora las estrategias y acciones que se implementan en cada enfoque y señalan que el énfasis de las acciones en el primero está en la educación, mientras en el segundo lo está en la gestión política y de los entornos, y en el empoderamiento. Eslava (2002) y Carmona, Rozo y Mogollón (2005), agregan como elemento diferenciador que en la primera perspectiva el foco de la PS está en la transformación de los comportamientos individuales, en tanto en la segunda lo está en la transformación social. Las tipologías de estos autores establecen categorías claramente diferenciables, no obstante en la práctica podrían encontrarse abordajes intermedios que combinen la preocupación por el comportamiento de los individuos con aproximaciones al análisis y el abordaje de determinantes de salud fuera del control de los individuos (ver Tabla 4 para ampliar las características de cada tipo).

Estas tipologías, permiten entonces identificar los elementos que marcan diferencias entre las interpretaciones de la PS, estas son:

- El foco u objetivo hacia el que se dirige,
- El punto de partida para la acción, y
- Las estrategias/acciones que realiza para alcanzar sus objetivos.

Adicional a estos elementos, otros autores subrayan que los enfoques en PS responden a las concepciones de salud que les subyacen (Chapela, 2006; Chapela & Jarillo, 2001; Chapela, Jarillo, Consejo, & Cerda, 2003; Carmona, Rozo & Mogollón, 2005; Czeresnia, 2006 y Eslava, 2006). Esta característica, sumada a las enumeradas en el párrafo anterior, se toman entonces como categorías que guían esta investigación y se resumen en la Figura 1.

Figura 1. Características en las diferentes interpretaciones de la PS



Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Tipos o enfoques de Promoción de la Salud

Autores	Denominación		Punto de partida	Foco u objetivo	Estrategias o acciones
Kickbush (1984)	Tipología de conceptos de PS	1	Condiciones de vida, pre-requisitos para la salud. PS principio básico de la política social y la salud pública	Reducción de las inequidades (en salud).	
		2	Categorías de enfermedades y datos epidemiológicos	Reducción de morbilidad/mortalidad (centrado en los principales problemas de salud en la sociedad "major killers"), proveer condiciones y oportunidades para el comportamiento saludable antes que reducir las inequidades.	
		3	"Major killers" (principales causas de muerte), factores de riesgo clásicos y cambio del comportamiento individual.	Eliminar las prácticas de salud negativas con fuertes componentes educativos.	
		3A	Con el mismo punto de partida aunque tiene en cuenta las influencias ambientales como factores reguladores.	Expansión del modelo médico	
		4	Síntesis entre la responsabilidad social y el comportamiento individual. Condiciones de trabajo o vivienda y las enfermedades relacionadas con las mismas.	Empoderamiento y participación de las personas.	
		5	Salud positiva y holística	Mejorar la salud y el bienestar hacia un estado de salud ideal.	
		6	Acción en la salud positiva.	1. Capacidad (power) para definir (posibilidad de participar, involucrarse y definir los problemas) 2. El principio del compartir (sharing), 3. El principio del cuidado.	
		7	Interacción entre los factores ambientales e individuales	Soportes y estructuras que median entre estos factores.	
Autores	Denominación		Punto de partida	Foco	Estrategias o acciones
Sutherland y Fulton (1992)	Grupos de conceptos	Grupo 1	Comportamientos de riesgo susceptibles de cambio, de control por parte de los individuos.	Transformación de los comportamientos de los individuos (estilos de vida) en el seno de las familias y las comunidades en las que se encuentran.	PS como actividades y programas concentrados en educación.
		Grupo 2	Papel de los determinantes sobre las condiciones de salud	Control sobre los determinantes de la salud	Políticas públicas, entornos favorables para el desarrollo de la salud, empoderamiento de individuos y comunidades

Autores	Denominación		Punto de partida	Foco	Estrategias o acciones
Eslava (2002)	Dos posturas en debate	1		Énfasis en acciones dirigidas a la transformación de los estilos de vida	
		2		Privilegio de acciones dirigidas a la transformación social y la lucha política.	
Autores	Denominación		Punto de partida	Foco	Estrategias o acciones
Carmona, Rozo y Mogollón (2005)	Diferentes paradigmas, enfoques y estrategias	Versión Estilos de vida saludables	Enfermedades no trasmisibles, factores de riesgo asociados a las formas de vida, a los comportamientos y actitudes de los individuos	Modificación de la conducta individual para dominar las enfermedades no trasmisibles	
		Capacidad de potenciar el desarrollo humano	Efecto de las condiciones sociales, ambientales y económicas en el ámbito público e individual	Permitir a los ciudadanos ejercer mayor control sobre sus procesos de salud y eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al bienestar	PS proceso político y social. Desarrollar potencialidades, conciliar intereses diversos y gestar la voluntad y el compromiso de una colectividad para movilizarse y destinar recursos en función de los propósitos principales.

Elaboración propia a partir de las contribuciones de los autores.

3.2 Entornos de promoción de la salud/ Promoción de la salud basada en los entornos/ Entornos saludables: Enfoques y perspectivas

Este trabajo, se centra en la PS en un entorno específico, el de las IES. Por esa razón, se desarrolla a continuación el enfoque de PS basado en los entornos, más adelante se hace alusión específica a las universidades/IES, entendidas como tales.

La creación de ambientes favorables a la salud, es una de las cinco estrategias o líneas de acción de la PS señaladas en la Carta de Ottawa; adicionalmente allí se declara que "la salud es creada y vivida por las personas en los entornos de su vida diaria; donde ellos aprenden, trabajan, juegan y aman" (OMS, 1986, pág. 1). De acuerdo con Dooris (2005, 2009), el enfoque de entornos para la PS -settings[2] approach to health promotion- está enraizado en tal afirmación.

A su enunciación en 1986, sigue un despliegue de iniciativas, desarrollos y espacios de socialización de experiencias que consolidan a los entornos favorables para la salud como movimiento global y dan lugar al enfoque de PS basado en los entornos, considerado punto de partida de los programas de PS de la OMS (Dooris, 2006). En Latinoamérica, resalta el movimiento de municipios saludables, que en medio de los procesos de descentralización de finales de los ochenta e inicios de los noventa, marcó al contexto local como el más apropiado para desarrollar los principios de la PS, configuró propuestas creativas con enfoque intersectorial y un fuerte componente de participación social (Restrepo, y otros, 1995).

En consecuencia, varias de las Conferencias Internacionales de PS que siguieron a la primera realizada en Ottawa (ver Anexo 1), definieron y resaltaron el papel de los entornos para llevar a la práctica el ideario de la PS: la III Conferencia Internacional de PS realizada en Sundsvall, Suecia, en 1991, se celebra en torno a esta línea de acción, enfatiza la interdependencia entre salud y ambiente e instala una definición amplia de este último, que incluye las dimensiones social, económica, política y cultural (Buss, 2006). Posteriormente,

[2] En inglés settings, en español se usan de manera indistinta los términos escenarios o entornos para hacer referencia a este concepto.

las conferencias internacionales de Yakarta (1997) y Bangkok (2005), apoyan este enfoque y resaltan su potencial para articular las diferentes estrategias de PS (Dooris, 2006).

Para comprender el enfoque de entornos, resulta pertinente enunciar primero la manera como estos son concebidos en el campo de la PS. Goodstadt (2007), por ejemplo, define escenario como "el contexto dentro del cual y a través del cual la salud tiene lugar" (pág. 209). Dando mayor especificidad, el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS define los entornos/escenarios como:

> El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la *salud.* Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa. Las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes, que a menudo consisten en algún tipo de modificación organizativa, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración y de la gestión. Los escenarios también se pueden utilizar para promover la *salud* llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interaccionen con la *comunidad*. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, las poblaciones y las ciudades. (OMS, 1998, pág. 30)

La definición de la OMS señala que en la práctica la PS en los entornos toma formas distintas; pero más allá de la diversidad de acciones, Green, Poland, & Rootman (2000), así como Wenzel (1997), señalan la existencia de dos perspectivas claramente diferenciadas frente al concepto de Entorno en PS. De los planteamientos de estos autores, puede resumirse que desde las perspectivas instrumental y mecanicista, los entornos se conciben como pasivos – recipientes, y como tal, con poca importancia en la determinación de la salud, pero ideales para el desarrollo de intervenciones de salud; por el contrario, las perspectivas ecológicas y crítica, ven el entorno como complejo, singular, permeable, permeado, relacional, con capacidad de influir en los individuos y las comunidades y de ser influenciados social y culturalmente por ellos (ver Tabla 5 para ampliar los planteamientos de estos autores).

De la diversidad de perspectivas frente a los entornos y a la PS en sí misma, se derivan en consecuencia prácticas de PS en los entornos igualmente disímiles. Al respecto, Whitelaw y

otros (2001) diferencian cinco modelos de PS basada en los entornos que transitan por las perspectivas antes presentadas (Tabla 6). Los modelos pasivo y activo de Whitelaw y otros (2001), coinciden con los enfoques de PS que ponen énfasis en el comportamiento de los individuos y el estilo de vida, y solo el segundo reconoce en alguna medida el papel del

Tabla 5. Perspectivas frente al Concepto de Entornos en PS

Autores	Denominación	Características
Green, L.W.; Poland, B.D.; Rootman, I. (2000)	Instrumental	Los entornos son concebidos como "arenas de práctica", "contenedores o recipientes" de "audiencias cautivas - objetivo" a las que se puede llegar fácilmente con programas de modificación del comportamiento; los entornos se conciben desde esta óptica como homogéneos, auto-contenidos, y neutrales respecto a la agenda del profesional de salud. Ubicaciones en el espacio - tiempo, en los cuales las personas desarrollan actividades específicas.
	Ecológica y crítica	"Los entornos son heterogéneos, aun entre sí (diversidad de ambientes de trabajo) y permeables -en tanto las personas se mueven en diferentes escenarios en su vida diaria- ; adicionalmente, desde esta perspectiva se reconoce que "las relaciones sociales pre-existentes en el entorno (por ej. Las relaciones laborales) pueden influenciar la manera como las iniciativas de PS son construidas y percibidas por diferentes actores, qué tanto apoyo reciben (y de quién) y cuál será su impacto en el corto y el largo plazos." (p.22). Entornos como medio y producto de una interacción social humana.
Wenzel, E. (1997)	¿Entornos? (Mecanicista)	"El entorno, como sistema, puede considerarse que tiene un "input" (clientes), un proceso de producción (cuidado y tratamiento) y un output (ganancia en salud de los clientes). La principal variable en esta ecuación es la diferencia en los clientes de acuerdo a su preparación y capacidad para afrontar y manejar sus problemas de salud (input), que resulta en diferencias en la ganancia en salud (output), siempre y cuando el proceso esté estandarizado y optimizado (es decir, el mejor disponible)" Basado en una comprensión "médica" de la salud.
	¡Entornos! (Basada en los entornos de comportamiento y los planteamientos sobre ecología del desarrollo humano de Bronfrenbrenner (1979)	"Los entornos pueden definirse como dominios espaciales, temporales y culturales de interacción cara a cara en la vida diaria. En lo que a la PS se refiere, estos dominios son cruciales para el desarrollo de los estilos de vida y las condiciones de vida conducentes a la salud".
		Entorno se refiere a: "1.Un área física y geográfica definida social y culturalmente, de interacción social factual, y 2. Un conjunto de patrones de interacción definidos social y culturalmente, que se siguen mientras se está en ese escenario. Un escenario representa un marco de interacción social cara a cara entre seres humanos, el significado de lo que se comparte social y culturalmente dentro del grupo particular de personas es una parte del entorno en un período de tiempo determinado. Esto es, el significado particular del entorno puede variar entre grupos sociales diferentes en diferentes momentos, este puede incluso no existir para otros grupo sociales en el mismo momento. Si se habla de entornos, se está hablando de lugares de interacción definidos social y culturalmente los cuales obtienen su significado solo con respecto a aquellos que se suscriben a tal definición y que interactúan en esos entornos.

Elaboración propia a partir de los planteamientos de los autores.

entorno en dichos comportamientos; los modelos vehículo, orgánico y comprensivo/ estructural, si bien no hacen alusión específica a los determinantes de la salud, se aproximan más a los enfoques que buscan transformaciones sociales y estructurales y acuden para ello al empoderamiento y la acción política, reconociendo en diferentes grados el papel del entorno en la determinación de la salud y el logro de las transformaciones a las que apuntan.

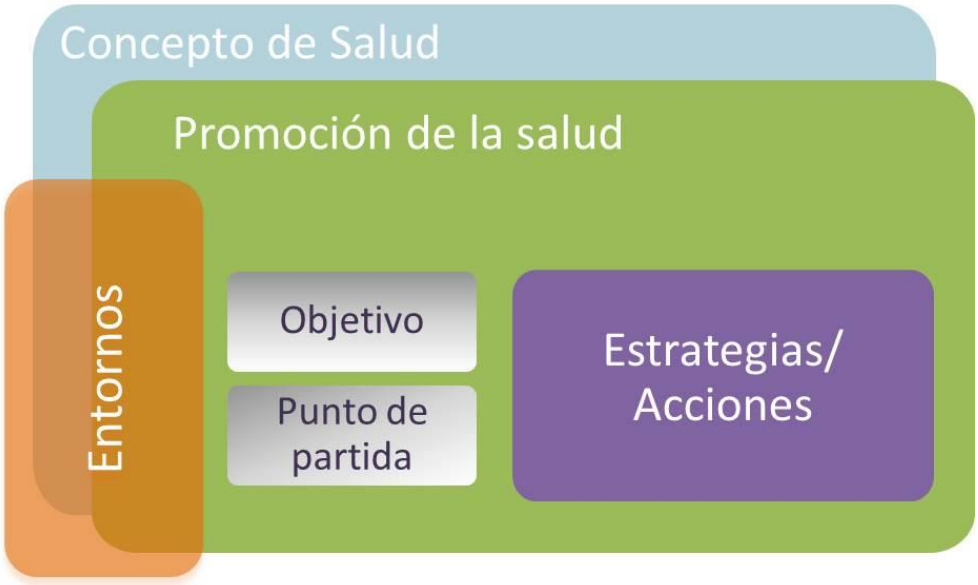
Tabla 6. Cinco tipos de Promoción de la Salud basada en los entornos

Tipo	Perspectiva central/ análisis problema-solución	Relación entre la PS y el entorno	Enfoque práctico de la actividad	Disciplinas que contribuyen – Indicativas	Indicadores
Modelo "pasivo"	El problema y la solución radican en el comportamiento y las acciones de los individuos.	El entorno es pasivo, solo provee acceso a los participantes y es el medio para la intervención; la PS ocurre en el entorno independiente de sus características.	Medios masivos y comunicación, educación individual.	Enfoque educativo/ psicología tradicional	Indicadores individuales tradicionales (por ej. Conocimiento, actitud, comportamiento)
Modelo "activo"	El problema se encuentra en el comportamiento de los individuos, parte de la solución está en el entorno.	El entorno provee recursos "activos" y comprensivos para cumplir los objetivos de PS; la PS utiliza recursos del entorno.	Medios masivos y comunicación, educación individual; además, trabajo complementario en el desarrollo de políticas y el cambio estructural alrededor del área temática específica.	Enfoque principal: educativo/ psicología tradicional; enfoque complementario: ciencias políticas y organizacionales, estudios políticos.	Los anteriores más los resultados finales; además, valoración de proceso de las contribuciones al entorno más amplio.
Modelo "vehículo"	El problema está dentro del entorno, la solución en aprender de los proyectos de base individual.	Las iniciativas de PS proporcionan un medio apropiado para destacar la necesidad de desarrollo de un entorno más amplio; PS es vista como vehículo para el cambio del entorno.	Foco principal en el desarrollo de políticas y en provocar el cambio estructural, usando actividades que lo nutran en los medios masivos y la comunicación, educación individual.	Principalmente ciencias políticas y organizacionales, estudios políticos; enfoque complementario: educativo/psicología tradicional.	Una mezcla de indicadores contextuales y de proyecto (interés particularmente en la interacción y la asociación entre proyectos discretos y desarrollos más amplios).
Modelo "orgánico"	El problema está dentro del entorno, la solución en las acciones de los individuos.	Los procesos del entorno orgánico que involucran la comunicación y la participación están inherentemente vinculados a la salud y por lo tanto son "promotores de la salud".	Facilitación y fortalecimiento de la acción comunitaria/colectiva.	Sociología, antropología, principios de desarrollo comunitario.	Indicadores de entorno orgánico (por ej. Niveles de comunicación y participación, grado de desarrollo del equipo de trabajo, etc.).
Modelo "comprensivo/ estructural"	El problema y la solución están en el entorno.	Las estructuras y culturas generales del entorno están inherentemente vinculadas a la salud y por lo tanto son "promotoras de la salud"; la PS es el componente central del desarrollo del entorno comprensivo.	Foco en el desarrollo de políticas y en provocar el cambio estructural.	Ciencia política y organizacional, estudios políticos.	Indicadores de "desarrollo" del entorno comprensivo (por ej. Impacto político y ambiental).

Traducción propia del original elaborado por Whitelaw y otros (2001, pág. 346)

Así, sumando los planteamientos sobre las diversidad de comprensiones respecto a los entornos, a los que aluden a la diversidad de perspectivas en PS, puede señalarse que a las características que permiten diferenciarlas - Foco u objetivo hacia el que se dirige, punto de partida para la acción, estrategias/acciones que realiza para alcanzar sus objetivos, y concepto de salud subyacente -, en el contexto de los entornos, se suma la forma como ese entorno y su relación con la salud y la PS son entendidos. De esta manera, las diversas perspectivas frente al entorno, así como frente a la PS, se manifiestan en la práctica en puntos de partida, objetivos, estrategias y acciones particulares (Figura 2). Estos serán en definitiva, los elementos que guían esta investigación.

Figura 2. Características diferenciales de la PS en los entornos. Categorías iniciales.



Fuente: Elaboración propia

3.3 Universidades y otras IES como promotoras de salud

Las primeras experiencias de IES como entornos promotores de la salud en el mundo, se ubican en la década de los noventa en Europa y la Región de las Américas (Tsouros, 1998; Arroyo & Rice, 2009). Como pioneras, se reconocen dos iniciativas en el Reino Unido, la de la University College of St Martin, que nace entre 1993 y 1994 (Beattie, 1998) y la de la Central Lancashire University, que en 1995 da inicio a la implementación del enfoque (Dooris & Martin, 2002). También en el Reino Unido, se celebró en 1996 la Primera Conferencia Mundial de Universidades Promotoras de la Salud (UPS), organizada por la Lancaster University y la

Oficina Regional de la OMS para Europa. Para ese momento el principal referente para la implementación del enfoque en el contexto de las universidades europeas, fue el movimiento de ciudades saludables que venía siendo impulsado por la OMS (Tsouros, 1998).

Por su parte en la región de las Américas, para los años noventa "se dan los primeros pasos para formalizar el enfoque de universidades promotoras de salud" y en el año 2003 se realiza en Chile la Primera Conferencia Internacional de UPS (Arroyo & Rice, 2009, pág. 1).

En lo que respecta a los fundamentos de la iniciativa de UPS en las Américas, la literatura subraya la influencia de experiencias en otros entornos. Así, Ippolito-Shepherd (2010) identifica como principal referente conceptual la iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud, Lange & Vio (2006) señalan como base los principios de las ciudades saludables, en tanto la Carta de Edmonton (2005) reconoce la influencia de los movimientos de ciudades, lugares de trabajo y escuelas saludables, así como del trabajo y experiencia de la Red Europea de Universidades Promotoras de Salud, cuyo trabajo venía gestándose desde 1997 (Tsouros, Dowding, Thompson, & Dooris, 1998).

Alrededor de la iniciativa de UPS/US se han venido formulando varias conceptualizaciones, impulsadas por las experiencias prácticas y las redes de IES. En el contexto latinoamericano se destacan cuatro; las tres primeras, son especialmente citadas como referencia, estas son: la de la Carta de Edmonton para UPS e IES, declaración emanada en 2005 del Segundo Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud; la de la Guía para Universidades Saludables y Otras Instituciones de Educación Superior, elaborada por Lange & Vio en el contexto chileno en el año 2006, y que contó con el auspicio de la OPS, la Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud – Vida Chile; la de Arroyo (2009), retomada por Arroyo & Rice en un documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud que se realizaría en Pamplona, España, en Octubre de 2009; y la de Ippolito-Shepherd, adaptada a partir del concepto de Escuelas Promotoras de la Salud y desarrollada en el libro Promoción de la Salud: Experiencias Internacionales en escuelas y universidades, publicado en 2010.

Las conceptualizaciones de la Carta de Edmonton (2005), Lange & Vio (2006) e Ippolito-Shepherd (2010), desarrollan en mayor detalle los objetivos, estrategias y acciones que realizan las IES, y dan luces acerca de los conceptos de salud y entorno que les subyacen. Tienen en común la referencia al desarrollo de políticas, la promoción de la participación/

empoderamiento y la educación como enfoques estratégicos de las actividades. De otra parte, el planteamiento de Arroyo (2009) se centra en los aspectos organizativos y estratégicos generales, distintivos de las UPS.

En la Carta de Edmonton, la Guía de Lange y Vio y la definición de Arroyo, es evidente que las UPS priorizan iniciativas dirigidas al entorno, más que las estrategias de cambios de hábitos de las personas; esto coincide con lo planteado por Dooris (2002), cuando formula que "la iniciativa de UPS rechaza el punto de vista según el cual la PS debe dirigirse a persuadir a la gente para adoptar ciertos comportamientos "saludables". Por el contrario, basado en la Carta de Ottawa, busca desarrollar un contexto político adecuado y proveer un ambiente de soporte que permita a los estudiantes ganar conocimiento y comprensión para explorar posibilidades, experimentar seguridad y tomar sus propias decisiones informadas" (p.20).

En términos de las categorías iniciales definidas para esta investigación, los planteamientos centrales de estas conceptualizaciones se presentan en las tablas 7, 8, 9 y 10. La revisión de los textos permite además distinguir las categorías actores involucrados y creencias y principios orientadores como relevantes en la caracterización de las UPS, si bien no se desarrollan en todas las propuestas.

Tabla 7. Concepto de UPS/ Saludable de Lange y Vio (2006)

Autor(es)	Lange y Vio (2006)
Fuente	Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior (2006).
Denominación	Universidad saludable/Institución Educativa saludable o promotora de salud.
Texto de la definición	"Las IES promotoras de salud son aquellas que se comprometen con la creación de un entorno y una cultura que fomente la salud y el bienestar integral de los miembros que la componen: estudiantes, académicos y funcionarios" (p.10).
Concepto de salud	Salud biopsicosocial, espiritual y ambiental.
Entornos (Relación entre la PS y el entorno universitario)	El entorno es "el estímulo para que las personas emprendan cambios positivos en su conducta" (p.10).
	Mejora en el estilo de vida como facilitador del bienestar social y emocional rendimiento académico y laboral, el aprendizaje, la satisfacción en el trabajo.
	Entornos entendidos como físicos, culturales, psicosociales.
	Mejorar y facilitar el acceso a un medio ambiente atractivo como forma de influir en la calidad de vida.
	Entorno como estructuras y procesos.
Creencias, principios	Promoción de la cooperación, la comunicación abierta y directa, las oportunidades para la innovación y la recreación, mediación y resolución de conflictos, igualdad de oportunidades, participación.

Tabla 7. Concepto de UPS/ Saludable de Lange y Vio (2006) (Continuación)

Autor(es)	Lange y Vio (2006)		
Objetivos/ Foco	"Construir ambientes físicos, psíquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria, más que concentrarse en modificar estilos de vida individuales" (p.10).		
	Foco principal en los estudiantes, pero con alcance a docentes y funcionarios.		
	Temas prioritarios: alimentación, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y drogas, factores psicosociales (estrés, violencia, seguridad) y factores ambientales.		
	Prevención del consumo de drogas.		
	Fomento de la alimentación saludable y la actividad física.		
	Promoción de una buena convivencia (solidaridad, diálogo, resolución de conflictos).		
	Prevención de ECNT.		
	Mejorar el rendimiento y la satisfacción académica y laboral.		
Punto de partida	Estilos de vida (hábitos y comportamientos individuales respecto a la alimentación, actividad física, consumo de sustancias psicoactivas, manejo del estrés, sueño, conducta sexual, relaciones interpersonales).		
	Principales causas de enfermedad en la población (ECNT) y factores de riesgo asociados a ellas (alimentación poco saludable, sedentarismo, consumo de tabaco).		
	Factores de riesgo para la salud en la comunidad universitaria.		
	Factores protectores.		
Enfoque práctico de la actividad	Desarrollo de políticas y cambio estructural	**Estrategias/acciones**	Política institucional para la creación de un entorno y una cultura que fomenten la salud y el bienestar integral. Plasmada en el plan educativo institucional.
			Modificación de reglamentos internos.
			Incorporación del concepto de vida sana en los diferentes procesos de toma de decisiones.
			Destinación de recursos (internos y externos).
			Existencia de un organismo - estructura que coordine y articule acciones de los diferentes estamentos e instancias.
			Acción coordinada desde diferentes instancias de la institución para contribuir al fomento de la salud integral y en el logro de objetivos específicos.
			Mallas curriculares explícitas e implícitas.
			Incorporación de contenidos transversales en distintas asignaturas, cursos específicos o electivos.
			Fomento de actividades de recreación y abordaje de barreras de acceso a ellas (ej. Tiempo disponible, costo, transporte).
			Becas y bonos de alimentación para facilitar acceso a alimentación saludable.
			Promoción del reemplazo de los contenidos de los refrigerios en actividades propias de la institución (reuniones, actividades de extensión).
			Fomento de actividades formativo-recreativas que estimulen la actividad física.
			Ofrecer créditos académicos por actividad física sistemática.
			Políticas para inhibir el consumo al interior de las universidades.
			Disminución de propaganda y marketing para la promoción del consumo de psicoactivos.
			Promoción y fiscalización del cumplimiento de las normas sobre ambientes libres de humo.
Enfoque práctico de la actividad	Educación	**Estrategias/ Acciones**	Sensibilización, información, motivación, demostración de beneficios, educación y convencimiento para lograr participación de los diferentes estamentos de las instituciones.
			Educación en estilos de vida saludables.
			Sensibilización, generación de conciencia y educación a través de medios de comunicación y difusión.
			Campañas educativas y entrega de contenidos educativos.
			Talleres educativos de prevención del consumo de psicoactivos .
			Aumentar información sobre las áreas deportivas para estimular su uso.
			Formación en Habilidades para la vida (HpV).
			Consejería y asesoría (sexualidad) en los servicios de salud estudiantil o en combinación con centros de salud del sector.

Tabla 7. Concepto de UPS/ Saludable de Lange y Vio (2006) (Continuación)

Enfoque práctico de la actividad	Modificación y mejoramiento de aspectos ambientales	**Estrategias/ Acciones**	Incentivar uso de escaleras, ciclo vías, senderos, estacionamientos para bicicletas.
			Promoción del consumo de agua en las unidades académicas.
			Construcción de infraestructura (ej. Senderos y ciclo vías).
			Destinación de recursos para señalética.
			Facilitar el acceso y velar por la seguridad (ej, mobiliario ergonómico, pasamanos, disposición adecuada de basuras, eliminación de barreras arquitectónicas y señalética para personas con discapacidad).
			Provisión de un entorno agradable para alimentarse y tiempo suficiente para almorzar.
			Promoción de disponibilidad y acceso a alimentos saludables (variados, sabrosos, atractivos) en las cafeterías, quioscos, máquinas expendedoras.
			Negociación con proveedores de alimentos.
			Vigilancia de higiene de cafeterías y casinos.
			Campañas de retiro de ceniceros.
			Programas de recuperación de espacios físicos usados para el consumo.
	Atención		Redes de orientación, tratamiento y remisión en casos de abuso y dependencia alcohol, tabaco y otras drogas.
			Programas para la integración a terapias de cesación tabáquica.
			Campañas de sensibilización con participación activa de estudiantes.
	Participación/ Empoderamiento		Información y discusión con la comunidad de las decisiones sobre menús saludables en las cafeterías.
			Empoderamiento de no fumadores para exigir el cumplimiento de la normativa.
	Diagnóstico/ Investigación		Desarrollo de docencia e investigación en el tema.
			Estudios epidemiológicos sobre consumo y percepción de riesgo.
			Tener información actualizada sobre experiencias exitosas.
Actores involucrados	Rector, presidente, alta dirección.		
	Facultades o departamentos del área de la salud.		
	Centros de salud locales, redes regionales, otros centros de educación, ONGs (para realizar la educación en estilos de vida saludables cuando no existan facultades de salud).		
	Servicios de salud estudiantil.		
	Vicerrectoría académica.		
	Servicios de bienestar.		
	Asociación de funcionarios.		
	Administración del campus.		
	Bienestar del personal.		

Elaboración propia a partir de los planteamientos de (Lange & Vio, 2006)

Tabla 8. Concepto de UPS de la Carta de Edmonton (2005)

Autor	Segundo Congreso Internacional de UPS (2005)
Fuente	Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación Superior
Denominación	Universidades promotoras de salud, instituciones de educación superior promotoras de salud.
Texto de la definición	"Las Universidades Promotoras de la Salud/ Instituciones de Educación superior revisan sus propios sistemas, procesos y cultura internos y su influencia sobre la salud y bienestar individual y organizacional. También asumen la responsabilidad de contribuir a mejorar la salud y bienestar de la sociedad en general, a través de la colaboración y el trabajo en redes. Como instituciones académicas, ellas tienen procesos colegiados de gobierno que son únicos en relación a otras organizaciones".
Concepto de salud	Concepto positivo, incluyente, determinante de la calidad de vida, que engloba también el bienestar mental y espiritual.

Tabla 8. Concepto de UPS de la Carta de Edmonton (2005) (Continuación)

Entornos (Relación entre PS y entorno universitario)	Entorno como cultura y estructura, con influencia y alcance a entornos más amplios.		
Creencias, principios	Procesos colegiados de gobierno. Compromiso individual/comunitario/cívico. Alianzas y trabajo en red. Procesos participativos. Abogacía. Empoderamiento. Respecto por justicia social, inclusión y equidad. Sustentabilidad ambiental y social. Políticas públicas y organizacionales saludables.		
Objetivo/ Foco	Modelar institucionalmente una cultura promotora de salud y un ambiente sustentable para trabajar, vivir y aprender.		
	Tomar acciones para mejorar los entornos donde se vive, trabaja y aprende abarcando toda la comunidad universitaria.		
	Facilitar y apoyar a las personas para vivir una vida significativa y optar por estilos de vida saludables.		
	Mejorar los servicios de salud para funcionarios y estudiantes.		
	Estimular a los funcionarios y estudiantes a asumir su responsabilidad por su propia salud y bienestar.		
	Comprometer a los alumnos a abogar por los conceptos de promoción de la salud e involucrarse en la vida universitaria.		
	Preparar a los estudiantes como ciudadanos del futuro para que promuevan la salud en sus instituciones y comunidades.		
	Apoyar la promoción de la salud en la comunidad local, nacional y global.		
Punto de partida	No se precisa.		
Enfoque práctico de la actividad	Desarrollo de políticas y cambio estructural	Estrategias/ Acciones	Asignar recursos y comprometerse a actuar en la PS institucional e individual.
			Incorporar la PS en los planes estratégicos institucionales.
			Nombrar un Comité Ejecutivo encargado de determinar las estrategias, procesos y resultados.
			Proveer de recursos y de una estructura organizacional para apoyar los procesos de PS y sus iniciativas.
	Diagnóstico/ investigación		Evaluar, medir y diseminar resultados a autoridades y miembros de redes.
			Lograr una mayor comprensión de la problemática de salud y bienestar de estudiantes, funcionarios y autoridades.
			Estimular el interés y compartir los resultados de las investigaciones sobre PS dentro de las comunidades locales, regionales y globales.
	Participación/ empoderamiento		Adoptar procesos participativos, colaborativos e incluyentes para modificar y desafiar políticas, sistemas, procesos y prácticas que dificultan la creación de entornos saludables para aprender, trabajar y vivir.
			Comprometer a las personas de todos los niveles de la institución a participar en forma significativa.
			Asumir un rol de liderazgo, local, regional y globalmente en PS.
Actores involucrados	Su público objetivo es: Internamente: Estudiantes, funcionarios (académicos, investigadores, administradores, personal técnico y de apoyo), ex alumnos, proveedores de servicios, organizaciones institucionales. Externamente: La comunidad promotora de la salud; otras Universidades e Instituciones de Educación Superior; políticos, autoridades gubernamentales y tomadores de decisiones; comunidades de influencia (locales, regionales y globales).		

Elaboración propia a partir de los planteamientos de Carta de Edmonton (2005)

Tabla 9. Concepto de UPS de Arroyo (2009), citado por Arroyo y Rice (2009)

Autor	Arroyo (2009) - Arroyo y Rice (2009)		
Fuente	Documento de trabajo: Una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas.		
Denominación	Universidad promotora de salud.		
Texto de la definición	"El concepto de Universidades Promotoras de la Salud hace referencia a las entidades de Educación Superior que han desarrollado una cultura organizacional orientada por los valores y los principios asociados al movimiento global de la Promoción de la Salud con apoyo constatado a través de una política institucional propia para el fomento y la permanencia de las acciones de Promoción de la Salud ".		
Concepto de salud	No se especifica.		
Entornos (Relación entre PS y entorno universitario)	Se infiere: Entorno como creador de una cultura organizacional potencialmente promotora de la salud.		
Creencias, principios	No se especifican.		
Objetivo/ Foco	No se especifica.		
Punto de partida	No se especifica.		
Enfoque práctico de la actividad	Desarrollo de políticas y cambio estructural	Estrategias/ Acciones	Política institucional para el fomento y permanencia de las acciones de PS.
			Desarrollo de normativa y políticas institucionales para propiciar ambientes favorables a la salud.
			Formación académica profesional en PS y educación para la salud y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria.
	Diagnóstico/ Investigación		Investigación y evaluación en PS.
	Educación		Educación para la salud, alfabetización y comunicación en salud.
	Atención		Servicios preventivos de cuidado y atención a la salud.
	Participación/ Empoderamiento		Desarrollo de opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderato y abogacía en salud de los miembros de la comunidad universitaria.
			Desarrollo de acciones con alcance familiar y comunitario.
			Otras instancias institucionales y sociales de Promoción de la Salud, basadas en el reconocimiento e imperativos del enfoque de los determinantes sociales de la salud, que contribuyan a la salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y el ambiente externo.
Actores involucrados	Se infieren: alta dirección, docentes, estudiantes, servicios de salud universitarios, familias, comunidades del área de influencia, otras instancias relacionadas con la salud y los determinantes sociales de la salud.		

Elaboración propia a partir de los planteamientos de Arroyo (2009) y Arroyo & Rice (2009).

Tabla 10. Concepto de Escuelas y Universidades promotoras de salud de Ippolito Shepherd (2010)

Autor	Ippolito Shepherd (2010)		
Fuente	Estrategias de PS y desarrollo de ámbitos académicos saludables y sostenibles. En: Promoción de la Salud: Experiencias internacionales en escuelas y universidades.		
Denominación	Promoción de la salud en el ámbito académico: Escuelas y universidades promotoras de salud.		
Texto de la definición	"Las universidades y escuelas promotoras de salud constituyen un mecanismo articulador de esfuerzos y recursos multisectoriales, orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, ampliando así las oportunidades de para el fortalecimiento institucional, el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano sostenible de todos los integrantes de la comunidad educativa" (p. 37).		
Concepto de salud	La salud es un recurso para la vida y no un objetivo en sí mismo.		
	Salud es ante todo un producto social.		
	Salud como fuente de bienestar y desarrollo sostenible y no como simple ausencia de enfermedad.		
Objetivo/ Foco	Fortalecer la capacidad (empoderamiento individual y comunitario) para transformar las condiciones determinantes de la salud, identificar problemas e implementar soluciones para mejorar la calidad de vida.		
	Promover el desarrollo y conservación de ambientes escolares saludables.		
	Desarrollar y fortalecer habilidades psicosociales (Habilidades para la vida).		
	Promoción de la resiliencia.		
	Facilitar el desarrollo humano sostenible.		
	Aspectos críticos para una vida sana: Consumo de tabaco, alcohol y drogas, prevención de violencia y accidentes, salud sexual y reproductiva, salud mental y emocional.		
Punto de partida	Factores protectores de la salud.		
	Prácticas y factores de riesgo.		
	Conocimientos, actitudes, valores y habilidades necesarias para el desarrollo de estilos de vida saludable.		
Enfoque práctico de la actividad	Desarrollo de políticas y cambio estructural	**Estrategias/acciones**	Desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de políticas saludables.
			Creación y mantenimiento de culturas académicas armónicas, libres de cualquier forma de violencia o discriminación, equitativas y que faciliten los procesos de enseñanza y aprendizaje.
			Desarrollo e implementación de currículos de educación para la salud que trasciendan la transmisión didáctica de información y fomenten el aprendizaje participativo de las actitudes, los valores y las habilidades necesarias para vivir una vida saludable y contribuir al cuidado de la salud.
			Integrar y actualizar los contenidos y metodologías de enseñanza de la salud ambiental en el currículo y colaborar con entidades dedicadas al tema.
			Refuerzo transcurricular.
			Educación física y actividades recreativas.
	Modificación y mejoramiento de aspectos ambientales		Creación y mantenimiento de entornos físicos seguros y saludables.
	Participación/ Empoderamiento		Fortalecimiento de la participación social y el respecto de los derechos y libertades fundamentales.
			Fomentar redes de apoyo social para estimular actitudes y comportamientos saludables.
			Involucrar a los miembros de redes comunitarias en la evaluación de necesidades y para ser coautores de la planificación de acciones para mejorar el bienestar y la calidad de vida.
			Identificación de líderes.
	Atención		Acceso oportuno a servicios de calidad para la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Tabla 10. Concepto de EPS y UPS de Ippolito Shepherd (2010) (Continuación)

Autor	Ippolito Shepherd (2010)		
Enfoque práctico de la actividad	Educación	**Estrategias/ Acciones**	Capacitación en habilidades para la vida (HpV) y aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva.
			Enseñanza de principios y valores fundamentales de convivencia, solidaridad, democracia y participación social.
			Alfabetización en salud.
			Educar para una vida saludable a partir del conocimiento y apropiación de los derechos humanos y libertades fundamentales.
			Educación entre pares.
			Preparación de material didáctico.
			Formación, capacitación y actualización de docentes.
	Diagnóstico/ Investigación		Diagnóstico de necesidades.
			Investigación.
			Entendimiento de los patrones comunitarios.
			Identificación de grupos de alto riesgo.
Creencias, principios	Respeto de los derechos humanos, la equidad y los valores solidarios.		
Entornos (Relación entre PS y entorno universitario)	Entorno como cultura y estructura, con potencial articulador con otras instancias.		
	Como comunidades saludables tienen gran potencial para contribuir al logro de objetivos de diferentes sectores sociales, particularmente de salud y educación.		
Actores involucrados	Estudiantes, docentes, funcionarios, redes. ONGs. Entidades relacionadas con salud ambiental.		

Elaboración propia a partir de los planteamientos de Ippolito-Shepherd (2010).

3.4. Para comprender la Promoción de la Salud en las IES en Colombia: Una mirada desde el enfoque etnográfico

Esta investigación no se formula como una etnografía, ni pretende serlo, ante todo porque como investigadora carezco de la formación, la experiencia y el conocimiento para lograr hacer una etnografía con todo lo que implica. No obstante, siendo que mi interés es la comprensión de la PS en las IES en Colombia, y que reconozco las respuestas a los asuntos de la salud, -en este caso, la PS - como construcciones humanas atravesadas por visiones e intereses disciplinares e institucionales, así como por valores individual y culturalmente construidos, determinadas por los contextos sociales, culturales, políticos y económicos en los que se producen, y situadas geográfica e históricamente –en este caso, las IES colombianas-, mis búsquedas han encontrado en las aproximaciones cualitativas, y en el enfoque y los métodos etnográficos en particular, medios adecuados para acercarme a eso que quiero descubrir y describir.

La elección del camino cualitativo para este trabajo, siguiendo a Sandoval (1996), responde a "asumir que el acceso al conocimiento de lo específicamente humano se relaciona con un tipo de realidad epistémica cuya existencia transcurre en los planos de lo subjetivo y lo intersubjetivo y no solo de lo objetivo" (p.34). Así, si bien la PS ha sido objetivada en documentos conceptuales y lineamientos, también es un hecho que como construcción y respuesta social, es centro de reelaboraciones e interpretaciones en la práctica (Whitelaw, y otros, 2001) y que, aún más en el contexto de las IES, está en plena construcción (Arroyo & Rice, 2009).

Dentro de las aproximaciones cualitativas, el enfoque etnográfico implica una acercamiento descriptivo/ interpretativo a la cultura (Guber, 2001), es decir que los asuntos que son objeto de este tipo de abordaje son entendidos como parte de la cultura – o como cultura en sí-.

Para Clifford Geertz (2003), en un concepto resumido por Giménez (s.f.), "la cultura designa pautas de significados históricamente transmitidos, y encarnados en formas simbólicas (que comprenden acciones, expresiones y objetos significantes de la más variada especie), en virtud de los cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias, concepciones y creencias" (pág.5). Es este el concepto de cultura que se toma como referencia en este estudio; desde esta mirada, se busca descubrir y describir las pautas de significado representadas en las acciones y las decisiones que se han diseñado e implementado en las IES con el objeto de promover la salud, y en lo que sus gestores dicen acerca de ellas.

Ahora bien, Guber (2005) afirma que en el enfoque etnográfico "lo real se compone de fenómenos observables y de la significación que los actores le asignan a su entorno y a la trama de acciones que los involucra; en él se integran prácticas y nociones, conductas y representaciones" (pág.47); en consecuencia, en esta investigación cobran importancia, no solo lo que se hace en las IES bajo el enunciado de PS, también las nociones y representaciones atribuidas a aquello que se hace, lo que Giddens denomina las "pre-interpretaciones"[3] (Giddens, 1987, citado por Guber, 2005, pág. 78), a partir de las cuales la PS en las IES ha venido siendo construida. En esta investigación se reconoce a los gestores de acciones de PS como actores clave, en tanto constructores de esa realidad.

[3]"Los significados desarrollados por los sujetos activos entran en la constitución práctica del mundo" y por eso se trata de un "mundo preinterpretado"" (Giddens, 1987, citado por (Guber, 2005, pág. 78).

Además de los dominios a los que accede el investigador, el de las acciones y las prácticas y el de las nociones y representaciones (Guber, 2005), resulta claro que la mirada del otro es central en el enfoque etnográfico. Definido por Guber (2001) como "una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como "actores", "agentes" o "sujetos sociales)" (pág.5), este enfoque implica entonces que se reconoce al sujeto como reflexivo frente a sus acciones, que sus acciones tienen propósitos que responden a valores, creencias, bagajes ideológicos y culturales, determinados a su vez socialmente, y ubicados espacial y temporalmente (Guber, 2005).

De lo anterior se deriva que la realidad de la PS en las IES se entiende aquí como construida por los gestores con sus valores, formaciones disciplinares, experiencias; en sus contextos personales e institucionales; en un momento específico en el tiempo (de desarrollo de la PS, del Bienestar Universitario, de las IES, de las políticas y realidades de la salud en el país) y objetivado en prácticas (políticas, programas, acciones). Se concibe la PS en un ciclo de creación continuamente transformado por los sujetos, determinados a su vez por su entorno, su cultura, y se reconoce a su vez a los entornos como "lugares de interacción definidos social y culturalmente los cuales obtienen su significado solo con respecto a aquellos que se suscriben a tal definición y que interactúan en esos entornos" (Wenzel, 1997), y en los que "las relaciones sociales pre-existentes (…) pueden influenciar la manera como las iniciativas de PS son construidas y percibidas por diferentes actores, qué tanto apoyo reciben (y de quién) y cuál será su impacto en el corto y el largo plazos" (Green, Poland, & Rootman, 2000, pág. 22).

4. Metodología

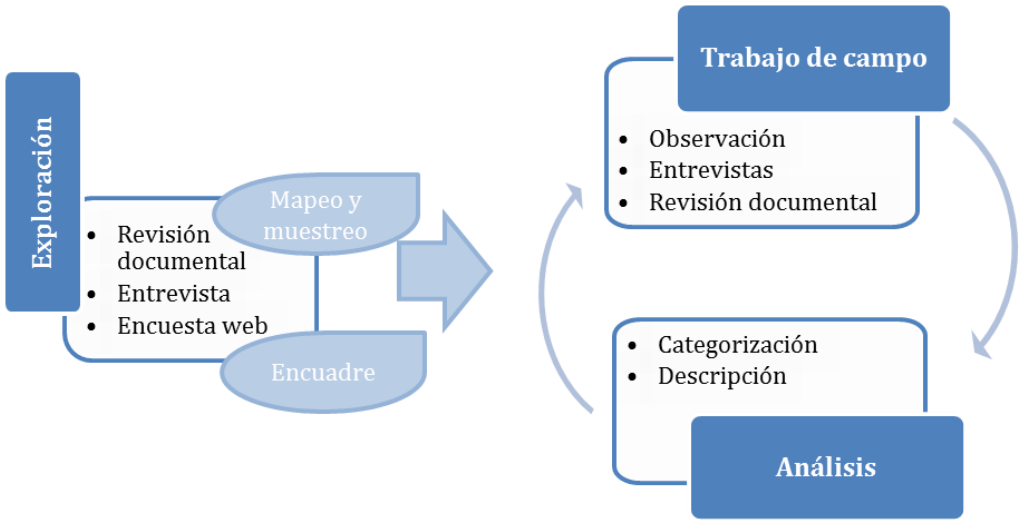
4.1. Tipo de Estudio

En coherencia con lo planteado previamente, para aproximarse a las prácticas y la comprensión de la PS en las IES colombianas, se realiza un estudio cualitativo con enfoque etnográfico.

4.2. Momentos

El estudio se realiza en tres momentos centrales: exploración, trabajo de campo y análisis (Figura 3). El momento exploratorio da lugar al mapeo y al encuadre, los cuales facilitan el trabajo de campo y el análisis; estos últimos ocurren de manera circular, y se realimentan en el proceso de indagación y descubrimiento. Las estrategias de aproximación elegidas para cada momento, se señalan en la Figura 3 y se amplían más adelante.

Figura 3. Momentos de la Investigación



Fuente: Elaboración propia.

4.2.1 Exploración

Sandoval (1996) afirma que "el rigor de un proceso de investigación cualitativo tiene, como uno de sus puntos de partida, un acercamiento previo a la realidad que va a ser objeto de análisis" (p.118). Considerando lo anterior, este estudio contempla una primera fase orientada a identificar instituciones y actores clave que están implementando acciones de PS, así como a obtener algunos indicios del estado de esa implementación y la forma cómo se aborda el asunto en las instituciones. Tal exploración apunta a elaborar un mapeo de instituciones y actores y a hacer el encuadre para la entrada al campo.

Como puerta de entrada ideal para iniciar esta exploración, se elige a la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS), en tanto agrupa a las IES colombianas interesadas en la implementación de la PS, y específicamente a los profesionales que adelantan el trabajo de PS en esas instituciones. Las estrategias para indagar a partir de la red fueron la revisión documental, la realización de una entrevista exploratoria y la aplicación de una encuesta vía web.

La revisión documental en esta fase, cubre la información organizada y publicada por la coordinación de REDCUPS, así como los artículos y otros textos que dan cuenta de experiencias de implementación de PS en IES colombianas.

A los documentos de REDCUPS se accede a través de su página web. Para ubicar documentos de IES, se realiza una búsqueda de literatura científica en la Scientific Electronic Library Online (Scielo) y en el buscador Google académico, primero se usan los descriptores: Universidad Promotora de Salud, Universidad Saludable y el booleano Promoción de la salud AND Universidad y luego se filtran los resultados seleccionando aquellos generados desde IES colombianas.

Por último, se consultan las páginas web de IES que, de acuerdo a la entrevista exploratoria y la encuesta vía web, han avanzado en la implementación de la PS; allí se busca literatura gris (informes, notas de prensa, boletines, etc.) en las secciones relacionadas con Bienestar Universitario.

De los documentos encontrados y revisados, se extrae información sobre actores e instituciones que alimenta el mapeo, estos también aportan indicios que guían la indagación

posterior, orientan la observación y contribuyen a la construcción de las guías de entrevista (exploratoria y en profundidad). Algunos documentos descubiertos en esta fase aportan información valiosa en momentos posteriores de la investigación. La información revisada se sistematiza en una matriz en Excel (Anexo 2).

Una segunda estrategia exploratoria es la entrevista a la coordinadora de REDCUPS. Este encuentro se encamina a identificar IES y actores, que por la riqueza de sus experiencias, pueden ser informantes clave, y a gestionar el contacto con ellos; en esa conversación también se indagan, a manera de contextualización, los antecedentes y el desarrollo de la PS en las IES en el país, la visión de la entrevistada acerca de los avances y dificultades de ese proceso, así como los orígenes y la dinámica de funcionamiento de la Red.

De conformidad con lo propuesto por Taylor & Bogdan (1992), esta entrevista se desarrolla como una conversación entre iguales, más que como un intercambio formal de preguntas y respuestas; a manera de recordatorio se usa una guía de entrevista que contempla los temas a abordar, estos se van cubriendo de acuerdo a la dinámica de la conversación (Anexo 3). Para facilitar la posterior transcripción, el análisis y la extracción de datos, el encuentro se registra en una grabadora digital de audio, previo consentimiento de la entrevistada.

La tercera estrategia de aproximación preliminar utilizada, es la aplicación de una encuesta vía web a posibles informantes clave. Sandoval (1996) señala que "la encuesta etnográfica se orienta a identificar algunos temas culturales de base, que van a facilitar el trabajo de mapeo de situaciones y el inventario de actores. Este, a su turno, va a servir como soporte al ulterior proceso de recolección de información, en forma focalizada o selectiva" (p.138); así, en esta investigación la encuesta tiene por objeto:

- Cualificar la información disponible sobre los posibles informantes (información de contacto y relación con la PS en sus instituciones).
- Orientar la selección de IES y actores potencialmente ricos en información por sus experiencias y la proximidad con las acciones de PS en las IES.
- Identificar, por referencia de los encuestados, otros posibles informantes.
- Establecer, a través del conocimiento de los encuestados, un primer panorama de políticas, programas y actividades que se están realizando en las IES. Esta información sirve como base para la profundización y orientación durante el trabajo de campo.

Los propósitos antes descritos son la base para el diseño de la encuesta. Dada la cantidad y dispersión de los actores identificados en la base de datos de REDCUPS, y por su intención exploratoria, se opta por diseñar una encuesta web usando la herramienta Survey Monkey ®, esta se envía por correo electrónico a las personas que asistieron en 2010 al encuentro de constitución de REDCUPS. La encuesta consta de cuatro apartados (páginas), cada uno de los cuales indaga sobre aspectos específicos (vea el formulario completo en el Anexo 4):

- Información general: Contextualización sobre la investigación y consideraciones éticas. Identificación, datos de otros posibles informantes y conocimiento sobre si en la IES a la que está vinculado se está implementando PS.
- Políticas de PS implementadas en la IES.
- Programas de PS implementados en la IES.
- Actividades de PS implementadas en la IES.

Antes de ser administrada a sus destinatarios reales, se realiza un pilotaje de la encuesta. Este consiste en enviarla por correo electrónico a tres personas con perfiles similares a los de los destinatarios reales (profesionales que trabajan en el medio universitario), quienes la diligencian y hacen comentarios sobre la claridad de las preguntas, la extensión del cuestionario y la facilidad de acceso y manejo de la herramienta web. Se verifica también el funcionamiento del envío y del almacenamiento de las respuestas.

Una vez implementados los ajustes necesarios, la encuesta se envía por correo electrónico a los asistentes al encuentro de conformación de REDCUPS realizado en 2010 (103 destinatarios) y a cinco actores clave más identificados en el proceso exploratorio. La encuesta permanece abierta a respuestas por cinco meses (Junio a Octubre de 2011), durante ese lapso se hacen dos reenvíos a personas que no la habían respondido, exceptuando a aquellas que solicitaron ser excluidas de la lista (2).

Al cerrar la recepción de respuestas, estas se extraen y analizan usando el programa Excel para Windows. A través del filtrado de datos, este programa facilita identificar y agrupar las IES que están implementando acciones de PS, los actores vinculados a esas IES que por su posición y su relación con lo implementado resultan informantes clave. Las respuestas sobre políticas, programas y actividades de PS que se están realizando en las IES se agrupan en categorías temáticas, a partir del análisis de estas respuestas, se elaboran también algunas

aproximaciones iniciales al significado que, en el contexto de las IES, cobran estos tres conceptos.

Como productos de este momento exploratorio, se obtienen un mapeo de la situación y un primer muestreo de IES y actores, los cuales facilitan el encuadre, es decir, la toma de decisiones sobre las rutas para entrar al campo de estudio. A continuación, algunas precisiones sobre estas elaboraciones.

Sandoval (1996) define mapeo como la "identificación de los lugares físicos, los actores o participantes, los eventos o situaciones en los que interactúan el objeto de la investigación" (199). Así, en esta fase exploratoria el mapeo se orienta a identificar ciudades, IES y actores (entendidos estos como gestores de acciones, pero también como dependencias a cargo de la PS); para construirlo, se parte de la base de datos de participantes del encuentro de conformación de REDCUPS y se amplía con la información obtenida en la entrevista exploratoria, la revisión documental y la encuesta; esta última, además de dar primeros indicios sobre lo que se hace en el marco de la PS, aporta datos sobre la relación de los actores con las acciones de PS y las dependencias administrativas involucradas en el asunto.

A partir de un mapa denso como partida, resulta necesario seleccionar dónde y a quién indagar durante el trabajo de campo; a este proceso, Sandoval (1996) y Valles (1999) lo denominan muestreo cualitativo. Para esta investigación, los criterios de selección de las ciudades, IES y actores con quienes realizar el trabajo de campo son, siguiendo a Valles (1999), su relevancia, heterogeneidad y accesibilidad. La relevancia, se refiere al potencial de aportar, a partir de la experiencia, a la construcción de un panorama de las formas como se comprende e implementa la PS en las IES; en ese sentido, se prefieren aquellos sujetos con un mayor acercamiento a la implementación de la PS (coordinadores de programas, encargados de ejecutar acciones, defensores de la implementación ante instancias decisorias en las IES) y que estén vinculados a IES que han ya dado pasos en la implementación y que, de acuerdo a las exploraciones iniciales, son considerados casos de interés o referentes de esa implementación. La heterogeneidad hace alusión a la necesidad de recoger la diversidad de las IES en el país, esto en concordancia con el supuesto de que las características diversas de esas instituciones, influyen sobre las maneras como se implementa y comprende la PS; en consecuencia, se busca incluir ciudades distintas y diferentes tipos de instituciones (públicas y privadas; universidades e instituciones universitarias; diurnas y nocturnas; presenciales y a

distancia). Por último, se tuvo en cuenta el criterio de accesibilidad, pues considerando los recursos disponibles para la investigación, se busca incluir ciudades distintas en las que se concentren varias experiencias relevantes.

Si bien como cierre del momento exploratorio se realiza una primera selección de IES y actores, a partir de las reflexiones y referencias a otras experiencias que surgen durante el trabajo de campo, se identifican y contactan otros; ello corresponde a lo que Sandoval (1996) identifica como característica sobresaliente del muestreo cualitativo: que es progresivo.

De lo anterior, sobreviene la decisión necesaria sobre el número de entrevistas a realizar y cuándo parar de hacerlas; en este estudio, esa decisión se basa en el criterio de saturación o redundancia, pero también obedece a razones pragmáticas. La saturación o redundancia, se refiere al momento en el que en las entrevistas ya no aparecen datos nuevos o distintos a los que se han recogido (Valles, 1999; Sandoval, 1996); las consideraciones pragmáticas en este caso se refieren a las limitaciones de tiempo y recursos que impedían aumentar el número de experiencias indagadas, particularmente fuera de Bogotá.

1.2.2. Trabajo de campo

Con las primeras rutas trazadas en el momento exploratorio, se emprende el trabajo de campo. Acorde con el enfoque etnográfico, se utilizan como estrategias para la recogida de datos la entrevista, la observación y la revisión documental. En este estudio, en tanto se valoran las perspectivas de los gestores de la PS en las IES como actores fundamentales de la experiencia y principales informantes, es la entrevista la principal fuente de información; los datos obtenidos de esta manera se complementan con revisión documental y observación.

En cada una de las ciudades seleccionadas se visitan varias IES en las que, tras concertar citas, se realizan entrevistas en profundidad con uno o varios gestores de PS. La observación se lleva a cabo antes y después de cada entrevista, lo observado sirve como base para la indagación durante los encuentros cara a cara con los informantes y a su vez, lo dicho en las entrevistas orienta y se contrasta con la observación posterior (Taylor & Bogdan, 1992; Yuni & Urbano, 2005). Por último, se revisan algunos documentos suministrados por los entrevistados para complementar información.

En lo que se refiere a las entrevistas cualitativas en profundidad, Taylor & Bogdan (1992) las definen como "encuentros (…) dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respectos de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (p.100); así, el centro de las conversaciones con los gestores es la práctica de la PS en la IES, vista y atravesada por su propia experiencia en ese proceso.

Para emprender tales encuentros, Sandoval (1996) y Taylor & Bogdan (1992) proponen partir de una pregunta general que desencadene la conversación de manera espontánea, para que a partir de lo puesto sobre la mesa por el informante, se extraigan las preguntas posteriores a través de las cuales seguir profundizando. Acorde con ese planteamiento, las entrevistas empiezan por indagar sobre lo realizado en la IES en el marco de la PS, con la participación o desde el conocimiento del actor; de acuerdo a las respuestas, en cada caso se profundiza en aspectos particulares de la experiencia.

Aun así, para asegurar el cubrimiento de las categorías orientadoras de la investigación y siguiendo la recomendación de los mismos autores, se utiliza como apoyo una guía de entrevista. La guía contienen un listado de preguntas tipo que se usan como temas a indagar y no como un cuestionario estandarizado (Anexo 5), esta se modifica y enriquece con el avance del trabajo de campo; cabe aclarar entonces que lo que se observa en el Anexo 5 es un consolidado que integra las múltiples versiones de la guía de entrevista. Adicionalmente, para facilitar el posterior análisis de la información obtenida, se hacen registros de audio de cada encuentro, previo consentimiento de las personas entrevistadas.

En cuanto a la observación como herramienta investigativa en este estudio, por razones prácticas no corresponde plenamente a lo que se plantea en etnografía como observación participante, no obstante, toma algunos elementos de ella. Guber (2001), refiere que "la observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población" (pág. 57); en el caso de la PS en las IES, las oportunidades de observación y participación son numerosas, dado que esta se relaciona con la vida universitaria, es decir, con la relación del entorno (promotor de salud) con los sujetos y sus actividades cotidianas, de manera que breves inmersiones en esa cotidianidad pueden ser muy ricas en información; no obstante, las posibilidades para "aprender a realizar ciertas

actividades y a comportarse como uno más" (Guber, 2001, pág. 57) en las diferentes IES estudiadas, se limitan por el tiempo en que se permanece en ellas durante la investigación. En consecuencia, se decide centrar la observación en algunas de las acciones que se realizan desde PS, en el entorno y la vida universitaria y, en la medida de las posibilidades, acercarse parcialmente a la vivencia de estar allí (comiendo, caminando, leyendo en la biblioteca, estudiando en la cafetería…) , para ello se solicita a los entrevistados autorización para presenciar algunas actividades en calidad de observadora, configurándose lo que Gold (1958), citado por Kawulich (2005) denomina una postura de observador como participante.

Adicionalmente y como se mencionó previamente, la observación está orientada en esta investigación a complementar y contrastar la información recogida a través de entrevistas, considerando con Guber (2001) que "la presencia directa es, indudablemente, una valiosa ayuda para el conocimiento social porque evita algunas mediaciones -del incontrolado sentido común de terceros- ofreciendo a un observador crítico lo real en toda su complejidad" (p.61); a la observación llevada a cabo de esta manera, Werner y Schoepfle (1987), citado por Kawulich (2005), la denominan "enfocada". En consecuencia, durante el trabajo de campo en cada una de las IES estudiadas se observan:

- Las acciones que se hacen desde salud/bienestar: Lo que hace la universidad para bienestar de sus estudiantes y trabajadores, lo que se menciona como acciones y temas abordados en PS, referidos en el marco teórico y en las entrevistas.
- El espacio construido: La infraestructura, los espacios para estudiar, comer, divertirse, hacer actividad física, realizar las actividades cotidianas.
- Lo que hacen los estudiantes: Las actividades cotidianas, la vivencia de la diversidad, la inclusión, la apropiación y uso del espacio construido, la participación de la comunidad universitaria en las actividades de bienestar que se les ofrecen.

Lo observado y las reflexiones que se derivan de esta observación, se describen en un diario de campo, las notas se toman inmediatamente después de terminar las observaciones y en algunos casos, durante las mismas. El diario de campo se usa durante el análisis para corroborar información y emular lo observado, pero también en lo inmediato, sirve para formular inquietudes que surgen de la observación y que en ocasiones se incluyen en las entrevistas.

Para finalizar, como última estrategia para la recolección de datos y particularmente para complementar lo obtenido a través de las entrevistas, se realiza revisión documental. En este momento de la investigación, los documentos revisados son los suministrados o referenciados por los entrevistados, entre los cuales se cuentan informes de ejecución y planeación de actividades y material dirigido a las poblaciones que se abordan. Como lo refiere Sandoval Casilimas (1996), "los documentos son una fuente bastante fidedigna y práctica para revelar los intereses y las perspectivas de comprensión de la realidad, que caracterizan a los que lo han escrito" (pág. 138), en ese sentido, dicho material enriquece el panorama de la forma como se comprende y se convierte en prácticas la PS.

Después de cada visita a una institución, los documentos suministrados o referenciados por los entrevistados se revisaron en una primera lectura general y se identificaron los temas o categorías para las cuales aportaban datos relevantes. En el caso del material divulgativo o informativo (folletos, afiches, plegables, etc.) se tomaron fotografías y se archivaron junto a los audios de las entrevistas para su posterior análisis.

1.2.3. Análisis

En los apartados anteriores se enuncia que el análisis es un proceso que ocurre de manera permanente durante la investigación; previamente se ha descrito el análisis realizado durante el momento exploratorio, de manera que este apartado contiene el que se basa en los datos obtenidos en el trabajo de campo. Dicho análisis, puede sintetizarse en dos actividades centrales: categorización y descripción.

Siguiendo las recomendaciones metodológicas de Mora (2010), Porta & Silva (2003) y Taylor & Bogdan (1992), el análisis parte de la escucha de las grabaciones de las entrevistas, continúa con su transcripción literal y la organización de estos registros por ciudades e IES, para pasar posteriormente a su categorización como tal. Para las transcripciones se realizan en el procesador de texto Word para Windows, con apoyo del programa SoundScriber.

Al tiempo que se hace la lectura y relectura de los relatos de los entrevistados y con el apoyo de la herramienta "códigos" del Software Atlas Ti, se van descubriendo en los datos las primeras categorías temáticas, que emergen en algunos casos directamente de sus palabras y en otras sintetizan en una descripción o concepto lo dicho por los entrevistados al referirse a un mismo asunto con diferentes palabras (Ver categorías descriptivas en la Tabla 11).

Simultáneamente y con el uso de la herramienta "memos" del software, se van consignando las reflexiones analíticas y conceptuales que despiertan los textos y que posteriormente servirán como insumo durante la escritura del informe. El software facilita extraer listados de las categorías identificadas en cada entrevista; con estas listas como base se buscan elementos comunes o asociaciones, lo que permite ordenarlas y agruparlas en categorías relacionales (Ver Tabla 11). Estas categorías de segundo nivel, son contrastadas con el marco teórico, lo que lleva a una nueva clasificación de estas en categorías temáticas centrales, de carácter más abstracto, que las engloban (Tabla 11, categorías analíticas). El software hace posible reunir todos los apartes de las entrevistas asociados a cada categoría, la lectura de estos textos así ordenados se usa para comprobar la calidad de la clasificación; algunas categorías descriptivas y relacionales, con esta nueva mirada, son entonces reubicadas de manera que la estructura comprensiva en general cobre más sentido y coherencia.

Con estas categorías centrales – analíticas- como base, se revisan los diarios de campo y los documentos referenciados por los entrevistados, buscando allí información que complemente, amplíe o muestre incongruencias con lo dicho por los entrevistados. Los apartados de los relatos asociados a cada categoría se agrupan, releen, contrastan y complementan con lo revelado por los diarios de campo y los documentos; con esto se logra la triangulación de fuentes que como lo describen Gaviria, Castrillón, Trujillo, Uribe, & Peñaranda (2007), sirve para clarificar los significados y verificar la repetitividad de una observación y una interpretación desde múltiples perspectivas.

Así, articulando y contrastando las diferentes fuentes de información y en diálogo con los referentes teóricos, se van construyendo alrededor de las categorías centrales aproximaciones a la comprensión de la PS en las IES que se representan en mapas mentales y descripciones.

Tabla 11. Categorías de análisis

Descriptivas	Relacionales	Analíticas
Recursos institucionales Diferencias entre tipos de IES	Estructura IES	Contexto
Estructura y actividades del Bienestar Universitario Fragmentación de funciones en las IES Posición institucional	Ubicación PS en IES	
Políticas de voluntad institucional Lineamientos para generación de acciones Regulaciones Abogacía	Políticas	Estrategias y acciones de Promoción de la Salud
Información y comunicación Fortalecimiento de habilidades para favorecer comportamientos Opciones de formación en PS Transversalización	Educación	
Acciones en los servicios de salud universitarios Relación con el sistema de salud Promoción del aseguramiento Consultas preventivas	Orientación de los servicios de salud	
Asistencia a actividades Opinión sobre problemas de salud y cómo solucionarlos. Apoyo a acciones dirigidas por profesionales. Diseño de acciones en cooperación con profesionales. Liderazgo de acciones. Formación de multiplicadores - pares	Participación	
Acciones para influir sobre el entorno de comportamiento Disposición de espacios para el bienestar Gestión de seguridad Señalización Gestión ambiental	Intervención sobre el ambiente	
Caracterización de la población Comprensión de los fenómenos de salud Evaluación Apoyo para toma de decisiones	Investigación	
Extensión: actividades dirigidas a la comunidad Actividades de bienestar con alcance a las familias Aporte a políticas públicas Aporte en generación de conocimiento	Acciones con alcance familiar y comunitario	
Actividad física Alimentación y nutrición Sexualidad Consumo de psicoactivos Salud mental Desempeño académico y deserción Cultura y uso del tiempo libre Condiciones de vivienda Inclusión social (género y discapacidad)	Temas	

Tabla 11. Categorías de análisis (Continuación)

Descriptivas	Relacionales	Analíticas
Estudiantes Trabajadores Docentes	Población	Actores
Servicios médicos universitarios Unidades académicas (nutrición, fisioterapia, medicina, enfermería) Bienestar Universitario Desarrollo Humano Deportes y Recreación Recursos físicos Gestión ambiental Planeación Salud ocupacional	Gestores y ejecutores internos	
EPS ARS Industria farmacéutica	Colaboradores externos – Alianzas	
Ministerio de Salud Secretarías de salud OPS Redes (dinamización del conocimiento)	Orientadores - Alianzas	
HpV, Carta de Ottawa, Guía Chilena, Carta de Edmonton, modelo de mantenimiento de la salud , escuela saludable, enfoque de riesgo Antecedentes Proceso de conceptualización Proceso de Implementación	Marcos de referencia	Conceptualización
PS como Bienestar Universitario PS como reorientación o reorganización del Bienestar Universitario PS como cambio en el funcionamiento institucional (articulación-acción intersectorial) Objetivos y orientación de las acciones de PS PS como cambio cultural PS relacionada con hábitos de vida saludables /Comportamiento Cuidado (de sí, de otros, del ambiente) Relación entre PS y prevención de la enfermedad PS como empoderamiento de la población para actuar sobre DS Relación con prevención de ECNT PS como acciones para fortalecer habilidades	Concepto de PS	
Salud no enfermedad Salud integral Salud como medio para, no como fin Salud positiva Salud relacionado con atención clínica Salud como relacionada con factores sociales Desarrollo humano Calidad de vida	Concepto de salud	

Fuente: Elaboración propia

4.3 Aspectos éticos

De acuerdo a lo contemplado en la Resolución N° 008430 (Ministerio de Salud, 1993), esta investigación no implica riesgo en tanto "no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio"(p.2).

Aun así, en tanto se recogen y utilizan opiniones y relatos de personas, y se hace referencia a IES en particular, en este informe se guarda el anonimato de los actores e IES participantes. Esto se advierte y enuncia explícitamente a los participantes tanto en la encuesta exploratoria como al inicio de las entrevistas. De otro lado, para la grabación de las entrevistas, se solicita previamente el consentimiento de las personas consultadas.

5. Resultados

El camino metodológico antes enunciado, lleva entonces a descubrir y describir las acciones y las decisiones que para promover la salud en las comunidades educativas, se han diseñado e implementado en las IES como entornos, relatadas y significadas en los relatos de sus gestores.

Los resultados expuestos a continuación, se construyen a partir de algunas pistas recogidas durante el trabajo exploratorio, pero sobre todo de la revisión documental, la observación y las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo. Los hallazgos, organizados en categorías, se sustentan por excelencia en las voces de los gestores, al tiempo que se contrastan con los referentes teóricos, sugiriendo puntos de encuentro. Para cada categoría, se incluyen las reflexiones particulares que surgen durante su análisis.

Se parte entonces de describir el contexto de las IES, enfatizando en elementos que marcan diferencias entre ellas y en los antecedentes que dan sentido a la forma que la PS ha tomado en estas instituciones. Posteriormente se presentan los apartados relacionados con la descripción del hacer en sí, empezando por los Programas, en tanto dan cuenta de la integración de acciones y estrategias de diferente tipo, las Políticas, clasificadas a su vez a partir de lo relatado por los gestores; Educación, que recoge y organiza una diversidad importante de hallazgos; Orientación de los servicios de salud, que refleja el hacer con mayor trayectoria en las IES y sus tendencias recientes; Participación, categoría que da cuenta de los alcances logrados en diferentes niveles; Intervención sobre el ambiente; en la que se muestran aproximaciones recientes más allá de la esfera de los individuos; Investigación; y Acciones con alcance familiar y comunitario, en estas dos últimas, se presentan algunas experiencias que conectan la PS con funciones sustantivas de las IES, extendiendo su potencial como entorno promotor de la salud.

5.1 Contexto

Desde la perspectiva ecológica y crítica planteada por Green, Poland, & Rootman (2000), se reconoce la heterogeneidad y permeabilidad de los entornos; Bronfrenbrenner (1979), (citado por Wenzel, 1997), entre tanto, resalta que estos se construyen social y culturalmente. Las IES, como cualquier otro entorno, son el reflejo de tal construcción; así, si bien se podría tratar de exponer la maraña de determinaciones que dan lugar a que una IES sea como es, este trabajo no apunta a abarcar ese asunto; en su lugar, se intenta presentar, a partir de las instituciones estudiadas, una aproximación contextual que ilustre algunas de las dinámicas que determinan sus características y su diversidad y que sirva como telón de fondo para la comprensión de las prácticas de PS que allí se desarrollan.

1.1.1 Las Instituciones de Educación Superior en Colombia, algunas clasificaciones y diferencias

Según cifras del Ministerio de Educación Nacional, para finales de 2012 Colombia contaba con 288 IES (Ministerio de Educación Nacional, 2013). Este Ministerio clasifica las IES, de acuerdo a su carácter académico y a su naturaleza jurídica.

Según su naturaleza jurídica, las IES pueden ser públicas o privadas, lo cual atañe al origen de los recursos que garantizan su funcionamiento. En cuanto a su carácter académico, las leyes 30 de 1992 (Congreso de Colombia, 1992) y 749 de 2002 (Congreso de Colombia, 2002) definen cuatro tipos de IES: Instituciones técnicas profesionales, Instituciones tecnológicas, Instituciones universitarias o escuelas tecnológicas, y Universidades; esta clasificación guarda relación con los programas que están facultadas para ofertar y toca aspectos relacionados con las actividades que desarrollan, como se describe en la Tabla 12.

Además de las clasificaciones antes enunciadas, las IES colombianas se diferencian entre sí por características como su infraestructura, las modalidades de formación que usan, las jornadas de estudio de sus estudiantes, entre otras. Así, respecto a su infraestructura, pueden encontrarse IES que funcionan en edificios o agrupaciones de edificios, en campus o en varias sedes. En lo atinente a las modalidades de formación, algunas ofrecen exclusivamente programas presenciales, en tanto otras los combinan con opciones a distancia, en donde la asistencia de los estudiantes a la institución es ocasional, y la mayor parte de las actividades

académicas usan la virtualidad como medio. Por último, las IES pueden ofrecer programas diurnos, nocturnos o una combinación de ambas opciones.

Tabla 12. Tipos de IES de acuerdo a su carácter académico

Tipo de IES	Oferta académica
Instituciones técnicas profesionales	"Programas de formación en ocupaciones de carácter operativo e instrumental y de especialización en su respectivo campo de acción, sin perjuicio de los aspectos humanísticos propios de este nivel" (Art. 17, Ley 30 de 1992) También "podrán ofrecer y desarrollar programas de formación hasta el nivel profesional, solo por ciclos propedéuticos y en las áreas de las ingenierías, tecnología de la información y administración, siempre que se deriven de los programas de formación técnica profesional y tecnológica que ofrezcan, y previo cumplimiento de los requisitos señalados en la presente ley" (Art. 1, Ley 749 de 2002).
Instituciones tecnológicas	"se caracterizan por su vocación e identidad manifiestas en los campos de los conocimientos y profesiones de carácter tecnológico, con fundamentación científica e investigativa. (…) podrán ofrecer y desarrollar programas de formación hasta el nivel profesional, solo por ciclos propedéuticos y en las áreas de las ingenierías, tecnología de la información y administración, siempre que se deriven de los programas de formación tecnológica que ofrezcan, y previo cumplimiento de los requisitos señalados en la presente ley"(Art. 2, Ley 749 de 2002).
Instituciones universitarias o escuelas tecnológicas	"Programas de formación en ocupaciones, programas de formación académica en profesiones o disciplinas y programas de especialización" (Art. 18, Ley 30 de 1992).
Universidades	"las reconocidas actualmente como tales y las instituciones que acrediten su desempeño con criterio de universalidad en las siguientes actividades: La investigación científica o tecnológica; la formación académica en profesiones o disciplinas y la producción, desarrollo y transmisión del conocimiento y de la cultura universal y nacional. (…) están igualmente facultadas para adelantar programas de formación en ocupaciones, profesiones o disciplinas, programas de especialización, maestrías, doctorados y post-doctorados" (Art. 19, Ley 30 de 1992).

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley 30 de 1992 y la Ley 749 de 2002

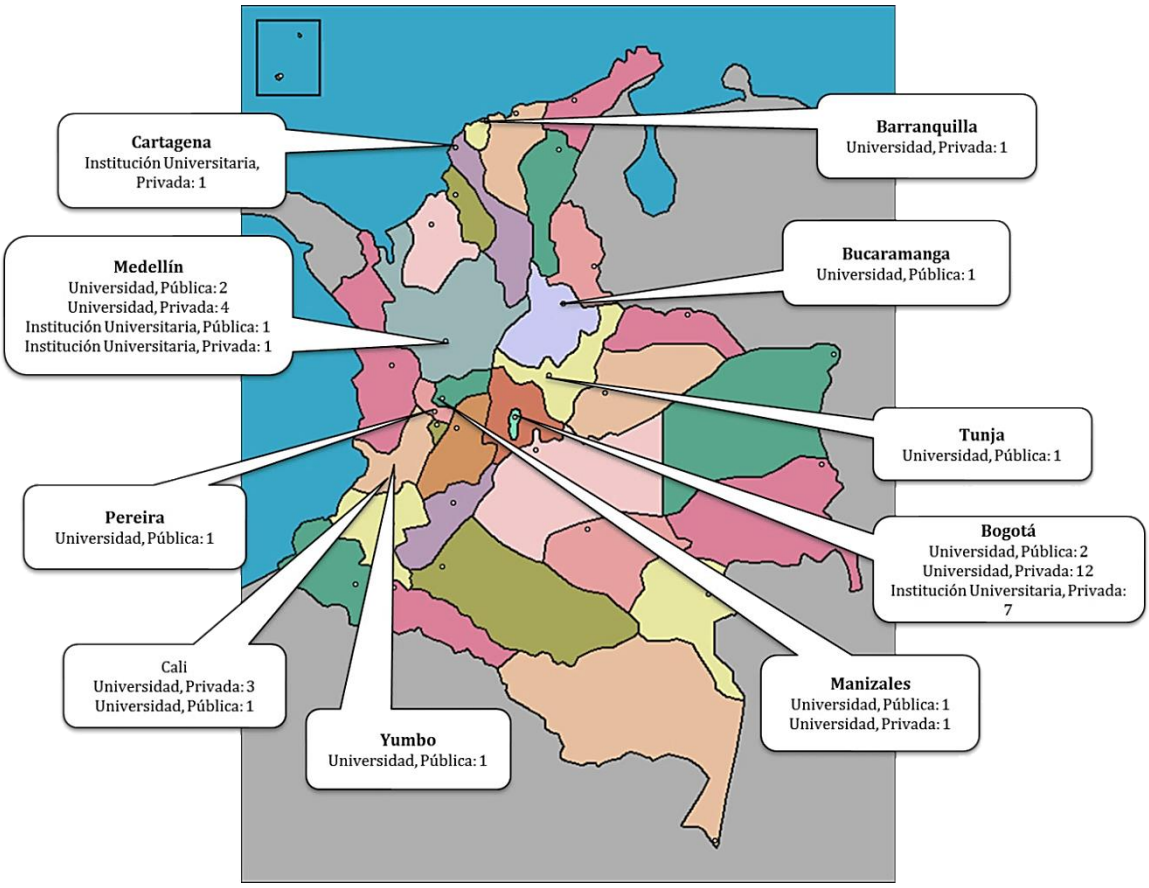
5.1.2 Las Instituciones de Educación Superior estudiadas

Durante el mapeo realizado para esta investigación, se identificaron 41[4] IES interesadas o en curso de implementar acciones de PS. Tales instituciones, ubicadas en diferentes ciudades del país, incluyen universidades e instituciones universitarias, públicas y privadas. Si bien REDCUPS es un colectivo abierto a todo tipo de IES, en el listado de participantes en el 1er Encuentro para la Conformación de REDCUPS (celebrado en 2010), no se identificaron instituciones técnicas ni instituciones tecnológicas, tampoco en la etapa exploratoria, se

[4] En este estudio, las sedes (seccionales) de una IES, ubicadas en ciudades diferentes, se identifican cada una como una institución; esto en virtud de que las estructuras físicas y administrativas, los actores y las acciones de PS que realizan, son distintas en cada sede.

identificaron IES de estos tipos inmersas en la implementación de acciones de PS. La Figura 4 ilustra la distribución de las instituciones identificadas.

Figura 4. Mapeo de IES por ciudad, carácter académico y naturaleza jurídica



Fuente: Elaboración propia. Imagen de fondo: www.luventicus.org/mapas/colombia.html

Las IES abordadas durante el trabajo de campo, 11 en total, son entonces instituciones universitarias y universidades, públicas y privadas. Estas instituciones están ubicadas en Bogotá, Medellín, Cali, Pereira y Yumbo; la tres primeras ciudades, en ese orden, concentran el mayor número de IES y de población en el país; entre tanto, la ciudad de Pereira y el Municipio de Yumbo alojan instituciones que, por sus características, resultan de interés en esta investigación (ver Tabla 13).

Tabla 13. IES en el trabajo de campo por ciudad, carácter académico y naturaleza jurídica

Ciudad	**Institución universitaria**		**Universidad**		**Total**
	Pública	**Privada**	**Pública**	**Privada**	
Medellín	1		1	1	**3**
Cali			1	1	**2**
Bogotá		1	1	2	**4**
Yumbo			1		**1**
Pereira			1		**1**
Total	**1**	**1**	**5**	**4**	**11**

Fuente: Elaboración propia

La ciudad de Medellín, capital del Departamento de Antioquia, tiene una población proyectada para 2013 de 2.386.233 habitantes (DANE, 2011); allí funcionan 35 IES en las cuales, para el 2010, estaban matriculados alrededor de 170.000 estudiantes y trabajaban más de 17.000 docentes y 6.000 administrativos (Ministerio de Educación Nacional, 2013). En esta ciudad se estudiaron tres IES: una institución universitaria pública y dos universidades, una pública y otra privada.

Institución universitaria pública: Es una IES de orden departamental que tiene su sede principal en la ciudad de Medellín, donde funciona en un campus universitario (allí se realizó el trabajo de campo), aunque también cuenta con sedes en otros municipios del Departamento de Antioquia. Su oferta incluye programas de formación técnica profesional, tecnológica, profesional, especialización y maestría en las jornadas diurna, nocturna y mixta. De acuerdo al funcionario entrevistado, su población estudiantil es cercana a los 13.000 estudiantes, la mayoría de ellos tienen entre 16 y 25 años de edad y pertenecen a los estratos socioeconómicos 2 y 3; desde hace algunos años también ofrece programas para adultos mayores; según datos de la institución, se estima que cerca de una tercera parte de los estudiantes trabaja de manera paralela con sus estudios. En 2010 contaba con cerca de 500 docentes, la mayor parte de ellos con dedicación de cátedra, y con 92 miembros en su personal administrativo (Ministerio de Educación Nacional, 2013); si bien en las cifras no resulta claro el tipo de vinculación de estos trabajadores, durante la entrevista se hace referencia a la disminución del número de empleados de planta y el aumento de contratistas.

Universidad Pública: Es una IES con varias seccionales en el país, una de ellas en Medellín, ciudad en la que dispone de dos campus para el desarrollo de sus actividades. Su oferta

académica incluye programas tecnológicos, profesionales, especializaciones, maestrías y doctorados en jornada diurna. Según estadísticas de la institución, en el año 2010 su población estudiantil era cercana a los 11.200 estudiantes, alrededor del 90% de ellos en programas de pregrado. El grueso de los estudiantes de pregrado tiene entre 18 y 24 años y proviene de los estratos 2 y 3; para los estudiantes de posgrado, no se reporta esta información. La población docente alcanzaba para el mismo año las 744 personas en diferentes tipos de vinculación y dedicación en tiempo (cátedra, tiempo completo, medio tiempo), la mayor parte de ellos de tiempo completo. De otra parte, el personal administrativo de la universidad llegaba a los 600 trabajadores de planta en 2011 (Ministerio de Educación Nacional, 2013), esto sin contar los contratistas que desempeñan funciones administrativas, mencionados durante la entrevista pero no reportados en las estadísticas de la institución.

Universidad privada: Es una IES con presencia en varias ciudades del país, en la Seccional Medellín se realizó el trabajo de campo. Esta seccional ofrece programas profesionales, especializaciones, maestrías y doctorados en jornadas diurna y nocturna y en dos sedes, una de ellas es un conjunto de edificios y el otro un campus construido recientemente. La población de esta seccional superaba los 4.500 estudiantes para 2011 (Ministerio de Educación Nacional, 2013), la mayor parte de ellos cursando programas de pregrado. Según información de estudios realizados por la institución, la población estudiantil en su mayoría está entre los 16 y 30 años de edad y se ubica en el estrato socioeconómico 4. De otra parte, el (Ministerio de Educación Nacional, 2013) reporta que la institución contaba en 2010 con 503 docentes en diferentes tipos de vinculación y dedicación en tiempo, la mayor parte de ellos de cátedra y en tiempo parcial y 173 trabajadores en su personal administrativo.

La ciudad de Cali es la capital del Departamento del Valle del Cauca, su población proyectada para 2013 asciende a los 2.319.684 habitantes (DANE, 2011). En la ciudad funcionan 25 IES en las que, para 2010, realizaban sus actividades cerca de 88.300 estudiantes, 8.000 docentes y 6.000 trabajadores administrativos (Ministerio de Educación Nacional, 2013). De estas instituciones se estudiaron en el trabajo de campo dos, una universidad pública y una universidad privada.

Universidad pública: Es una IES departamental con presencia en diferentes municipios del Valle del Cauca. Su principal seccional, ubicada en la ciudad de Cali, cuenta con dos sedes: un campus universitario y un conjunto de edificios contiguos a un hospital universitario; allí se ofrecen programas tecnológicos, profesionales, especializaciones, maestrías y doctorados en

jornadas diurna y nocturna. Su comunidad universitaria superaba en 2011 los 19.000 estudiantes, la mayoría de ellos cursando pregrados, 1.900 docentes (cátedra, tiempo completo y parcial) y 1.200 trabajadores administrativos. Según datos de la institución, en 2008 la mayor parte de la población estudiantil de la universidad provenía de los estratos 3 y 2 (76%) y tenía entre 19 y 22 años de edad.

Universidad privada: Esta IES tiene presencia y cobertura en varias ciudades del país. La oferta académica de la seccional Cali incluye programas profesionales, especializaciones y maestrías en jornadas diurna y nocturna. La universidad funciona en un conjunto de edificios y en la actualidad proyecta su traslado total o parcial a un campus universitario que está en construcción. Su población estudiantil en 2011 superaba los 6.900 estudiantes (Ministerio de Educación Nacional, 2013), cerca del 74% de ellos pertenecientes a los estratos 3 y 2, esto según una investigación realizada por la misma institución en 2008. En 2010, la población de administrativos de la universidad era de 119 trabajadores y contaba con cerca de 560 docentes (Ministerio de Educación Nacional, 2013).

La ciudad de Bogotá, concentra la población más numerosa y la mayor cantidad de IES del país; así, la población proyectada para 2013 en la ciudad es de 7.674.366 habitantes (DANE, 2011) y aloja a 115 IES (Ministerio de Educación Nacional, 2013). De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional (2013), para el año 2010 trabajaban en esas instituciones alrededor de 42.000 docentes y 15.000 empleados administrativos, y estudiaban más de 881.000 personas. En Bogotá se realizó el trabajo de campo en cuatro IES: una institución universitaria privada, una universidad pública y dos universidades privadas.

Institución universitaria privada: Su oferta académica se centra en programas del área de la salud, por esa razón sus dos sedes en Bogotá se organizan en conjuntos de edificios contiguos a hospitales universitarios. Ofrece programas tecnológicos, profesionales y especializaciones, funciona en las jornadas diurna y nocturna. En 2010 tenía más de 1.800 estudiantes, la mayor parte de ellos matriculados en programas de pregrado, 126 docentes y 185 funcionarios administrativos (Ministerio de Educación Nacional, 2013).

Universidad pública: Es una institución de carácter nacional con seccionales en diferentes lugares del país. En Bogotá, funciona en un campus universitario en el que se ofrecen programas profesionales, especializaciones, maestrías y doctorados diurnos y presenciales. Para 2011 su población en Bogotá superó los 29.500 estudiantes, alrededor de 23.000 de ellos

en programas de pregrado, 2.600 profesores en diferentes tipos de vinculación y 1.800 trabajadores administrativos. Según datos de la institución, alrededor del 80% de los estudiantes pertenecen a los estratos 1, 2 y 3 y el 75% ingresa a los pregrados antes de cumplir 19 años de edad.

Universidad privada: Es una universidad con dos sedes en el país, la ubicada en Bogotá ofrece en su campus universitario programas profesionales, especializaciones, maestrías y doctorados, la mayor parte de ellos se desarrollan en jornadas diurna y presencial, pero cuenta con programas en modalidades virtual, a distancia y nocturna. Su población estudiantil superaba en 2011 los 26.000 estudiantes, alrededor de 22.000 matriculados en los diferentes pregrados; para el mismo año, la población docente superó los 3.500 profesores; el Ministerio de Educación Nacional (2013), no reporta el número de trabajadores administrativos.

Universidad privada- modalidad abierta y a distancia: Esta institución incluye en su oferta académica programas de pregrado (tecnológicos y profesionales) y posgrado (especializaciones, maestrías y doctorados), en modalidades presenciales (diurna y nocturna) y a distancia. Cuenta con seccionales en diferentes ciudades del país orientadas a atender primordialmente la educación presencial, no obstante, la oferta de programas a distancia, que resultó el centro de interés durante la entrevista realizada, tiene alcance a población de 32 ciudades y municipios del país. En Bogotá, cuenta con tres sedes ubicadas dos de ellas en edificios y conjuntos de edificios en una zona céntrica, así como un campus construido recientemente en las afueras de la ciudad. Dependiendo del programa, los estudiantes de los programas a distancia ocasionalmente asisten a estas sedes. Para 2010 su población estudiantil sobrepasaba los 22.000 estudiantes, de los cuales cerca de 4.000 estaban matriculados en la modalidad a distancia (Ministerio de Educación Nacional, 2013). De acuerdo con la entrevistada, esta modalidad acoge estudiantes con características diversas; por ejemplo, en cuanto a edad y ocupación, entre los matriculados se mencionan adultos mayores, población carcelaria, empleadas domésticas, religiosos, amas de casa, indígenas. De otra parte, en 2010 la universidad alcanzó los 1.700 profesores y casi 800 trabajadores (Ministerio de Educación Nacional, 2013).

Lo anterior lleva a pensar que las características de la población, de las actividades académicas y de la vida universitaria que transcurre en las IES, varían considerablemente entre uno y otro tipo de institución. Así por ejemplo, en términos generales, la población estudiantil que accede a programas nocturnos y a distancia, en comparación con aquella que

se matricula en programas diurnos y presenciales, suele ser menos joven, depender económicamente de sí misma y no de sus padres, combinar sus estudios con el trabajo remunerado y provenir con mayor frecuencia de estratos socio-económicos bajos (Sarmiento, Tovar, & Alam, 2001; Banco Mundial, 2003; Escuela Colombiana de Carreras Industriales - ECCI, 2008). Esto sin duda tiene repercusiones sobre las condiciones de bienestar y salud de la población universitaria, sobre sus necesidades, pero también sobre las estrategias que diseñen e implementen las IES para promover la salud.

5.1.3 El lugar de la Promoción de la Salud en la estructura administrativa de las Instituciones de Educación Superior

Algunas definiciones de UPS, ponen de manifiesto la necesidad de que en la práctica existan entes articuladores y orientadores de las acciones de PS. Así, Lange & Vio (2006) hablan de un organismo o estructura articuladora, mientras la Carta de Edmonton (2005) se refiere a un Comité Ejecutivo encargado de determinar las estrategias, procesos y resultados.

En ese sentido, la indagación realizada revela diferentes estructuras administrativas en las IES, dentro de las cuales, la PS se ubica en uno u otro lugar. Como rasgo común, la gestión de las acciones de PS se sitúa en las dependencias de Bienestar Universitario, esto sin desconocer la articulación con otras instancias dentro de las instituciones, y que algunas iniciativas de PS se han gestado desde programas académicos de salud como Enfermería, Medicina, Medicina Familiar o Nutrición y Dietética.

Resulta entonces pertinente considerar que el bienestar en la educación superior colombiana ha venido transformándose y desarrollándose desde su aparición en 1935, cuando fue concebido en el contexto de la universidad pública como un conjunto de servicios orientados a satisfacer, por parte del Estado, las necesidades de los estudiantes, principalmente en aspectos socioeconómicos. Posteriormente, en los años setenta e inicios de los ochenta, el bienestar se extiende a la población administrativa y docente de las instituciones y su existencia en IES públicas y privadas se convierte en obligatoria. Para finales de los ochenta y en la década de los noventa, el bienestar en las IES se empieza a visualizar más allá de la asistencia social, entendiéndose como elemento importante en la formación integral y promotor de condiciones para las comunidades educativas. Recientemente, el bienestar institucional (o universitario) ha tomado como principio rector el desarrollo humano; está

orientado por los conceptos de formación integral, calidad de vida y construcción de comunidad y dirige esfuerzos importantes a lograr una mayor articulación con la dimensión académica y con otras instancias al interior de las instituciones (González, Aguilar & Pezzano, 2002; ASCUN, 2003; Unibienestar- Universidad Nacional de Colombia, 2005; Contecha, 2008).

En la actualidad, el bienestar en las IES en Colombia está reglamentado por la Ley 30 de 1992 y el Acuerdo 03 de 1995 del Consejo Superior Universitario (ASCUN, 2003). Este último en su Art. 6, establece que "el Bienestar Universitario en las Instituciones de Educación Superior debe atender las áreas de: salud, cultura, desarrollo humano, promoción socioeconómica, recreación y deportes" (Consejo Nacional de Educación Superior - CESU, 1995); en consecuencia, aunque con variaciones y denominaciones diversas, en general el bienestar en las IES se organiza alrededor de dichas áreas; no obstante, ASCUN (2003) afirma que no se puede hablar de un bienestar homogéneo en las IES y que estas despliegan programas y acciones con distintos niveles de alcance y articulación entre sus instancias.

Así las cosas, si bien al hablar de PS en las IES se hace alusión al Bienestar Universitario, en los relatos de los gestores no siempre es clara y específica la existencia de un órgano articulador como lo marca la teoría; en su lugar, se trazan tres orientaciones al respecto: una en la que no se habla de un ente encargado de la PS, otra en la que la PS se subordina al área o dependencia encargada del tema de salud y una tercera en la que se hace referencia a una instancia a cargo de la PS, con vocación articuladora de varias dependencias en la institución.

En la primera orientación, los entrevistados no identifican un articulador específico, hablan de acciones de PS que se generan desde las diferentes áreas de Bienestar Universitario y en las que en ocasiones participan unidades académicas:

> "El área que tiene como todo el equipamiento preciso es Medicina Familiar[5] (…), el tema de salud mental está focalizado en Orientación Universitaria y lo restante que se realiza con toda la comunidad está en Bienestar Universitario, digamos que son como los tres frentes de atención, pues las áreas de Bienestar Universitario tranversalizan ciertos temas, el principal es la formación integral, y uno de ellos también es la salud" (CG, Institución universitaria privada, Bogotá)

[5] La entrevistada se refiere en este caso a una unidad académica, el programa de especialidad médica en Medicina Familiar.

En la segunda tendencia, se reconoce que desde el área o dependencia encargada de salud en Binestar Universitario, se gestionan las acciones de PS; tales acciones, con frecuencia se encuadran en un "programa de promoción y prevención" y algunas veces implican la articulación con otras instancias:

> "La parte de universidad saludable es una cosa que está inmersa en todas las actividades de bienestar como política, pero ya al decantar esa política y ponerla como funcionamiento (…) la tenemos en esta área de la salud" (LB, Universidad Pública, Bogotá)

> "Nosotros [el Área de salud] nos organizamos en torno a tres ejes, uno es el apoyo integral en salud (…), un segundo eje, que es el que todavía está apenas digamos fortaleciéndose, y es el de entornos saludables universitarios (…), y hay un tercer eje que digamos es una cosa como temporal que está allí y es el de inserción del enfoque de género en la vida universitaria…" (SV, Universidad Pública, Pereira)

Una última manera de ordenar la gestión de la PS en la estructura de las IES, es aquella en la cual existe un órgano específico que genera y articula acciones de PS en las cuales participan diferentes instancias dentro y fuera de Bienestar Universitario, a tal ente puede denominársele oficina, programa, comisión… :

> "Se da origen a una oficina encargada de dinamizar el proceso y como una tarea muy importante él decía, se deben articular acciones a favor de la salud de los miembros de la comunidad educativa" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Esta forma de operar, no es común en las IES estudiadas, pero es vista por algunos de los gestores entrevistados como un "deber ser", una forma de funcionar deseable que no corresponde a la realidad actual de las instituciones:

> "¿Qué es lo que nosotros proponemos? Decimos, debe haber una persona única y exclusivamente coordinando esto, y que sea la persona que aglutine, esto desde la academia, estudiantes en investigación, directivos… eso es lo que nosotros pretendemos, vamos a ver si lo podemos llegar a ver" (MU, Universidad privada, Cali)

> "Yo quiero que se cree la comisión, trace unos lineamientos, y con esos lineamientos…, esa comisión no va a ser de mucha gente, va a ser de menos de diez personas (…), ahora, me decía, ¿y por qué eso no lo hace salud?, precisamente una de las cosas que yo propongo es que salud debe ser un participante más, no el protagonista, porque en el momento que eso salga de la

facultad de salud, los demás dicen, no es que PS es de salud, y eso va a sesgar todo lo demás" (AR, Universidad pública, Cali)

5.1.4 Antecedentes de la Promoción de la salud en las Instituciones de Educación Superior

Como puede verse, la incorporación de la PS, en sus diferentes maneras de ser entendida, hace parte en algunas IES de las orientaciones actuales de las unidades, áreas, servicios o programas de bienestar, particularmente de los encargados de los asuntos de salud.

Esta tendencia, en coherencia con las transformaciones del Bienestar Universitario antes enunciadas, ha sido precedida e impulsada por diferentes factores y actores, algunos de los cuales se identifican en los documentos revisados y son reconocidos como antecedentes relevantes por los entrevistados. Entre tales antecedentes se destacan: la reorientación del servicio médico universitario en la Universidad Nacional de Colombia como parte de la reforma universitaria de 1985; la transformación del sistema de salud en el país en 1993; el conocimiento y el contacto con experiencias internacionales de PS en universidades; la socialización de experiencias y el trabajo en redes de IES en el país; y los programas nacionales y regionales de promoción de estilos de vida saludables emprendidos por las autoridades de salud. Todas estas influencias, guardan relación con la forma que ha tomado la PS en las IES.

De acuerdo con Cifuentes & Duarte (2006), en el marco de la reforma de la Universidad Nacional de Colombia en 1985, la difícil situación financiera y la consecuente limitación en el alcance de las acciones del Servicio Médico Social Universitario, llevan a la Vicerrectoría de Estudiantes y Bienestar Universitario a extender la directriz de transformar ese servicio, "de corte eminentemente asistencial (de atención a la enfermedad) (…), en un programa más amplio, que involucrara todos los componentes de la salud y que abordara el concepto de promoción de la salud" (pág. 1). Según las autoras, se inicia allí una reorientación de ese servicio que pone de relieve la necesidad de aproximarse al conocimiento de las características sociodemográficas y de salud de la población estudiantil de pregrado, lo cual desemboca con el tiempo en la adopción de una perspectiva de riesgo que orienta el planteamiento de acciones.

Años después, la promulgación de la ley 100 de 1993, a través de la cual se adopta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, promete el aseguramiento de toda la población y su atención en salud a través de las EPS e IPS. Este nuevo esquema, lleva a cuestionar el papel y la pertinencia de los servicios de salud – o médico asistenciales orientados a la atención de la enfermedad- en las IES, y estimula con ello la transformación en la concepción y el hacer de estas unidades, que se venía gestando desde los años ochenta. Al respecto, una de las entrevistadas comenta:

> "Llegó la ley 100 de 1993 que dijo, todo el mundo tiene EPS o SISBEN; con mayor razón eso nos dio el argumento total que nosotros necesitamos para decir, todas las personas del Área de la salud no se pueden dedicar a tratar diarreas y gripas porque eso ya lo va a hacer la EPS del muchacho o lo va hacer su SISBEN, sino que tenemos que tener otro enfoque, que es el enfoque de la PS, entonces llevamos 10 años en este cambio de base" (OM, Universidad Pública, Medellín)

Siguiendo los relatos de las personas entrevistadas, para inicios de las década de 2000, el contacto y el conocimiento de experiencias iberoamericanas de UPS respaldadas por la OPS, llaman la atención de algunas instituciones y despiertan el interés por adoptar y adaptar esquemas similares en las IES colombianas. En particular la experiencia chilena, plasmada en la Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior (Lange & Vio, 2006) y los lineamientos trazados en los encuentros internacionales de UPS realizados en Edmonton, Canadá (2005) y Pamplona, España (2009) aparecen en primera línea de las influencias internacionales en el proceso colombiano:

> "Yo creo que eso fue importante, poder estar conectados con el movimiento internacional (…) entonces, en su momento, cuando yo fui nombrada coordinadora aquí, yo decía necesito documentarme sobre el movimiento internacional, en su momento le escribí a dos personas, a Rosa González de Chile, que era quien manejaba el portal de Chile, y a Josefa Ippólito de OPS Washington y ellas me hicieron llegar toda la documentación del mundo (…) y eso me permitió tener como unas claridades, pero también hacer alianzas estratégicas" (CG, Universidad Privada, Bogotá)

> "Nos encontramos con la famosa Guía de Universidades Saludables de Chile, dijimos: no, pues es que esto está como pan comido prácticamente, y la Carta de Edmonton, y nos encontramos toda la documentación y dijimos metámonos por universidades" (MU, Universidad Privada, Cali)

Cabe resaltar en este sentido que REDCUPS, desde su creación en 2010, desarrolla su trabajo a partir de los tres ejes señalados en el Encuentro de UPS realizado en 2009 en la Universidad Pública de Navarra, en Pamplona (España); estos son: Investigación, Participación de estudiantes y Transversalización:

> "Estamos avanzando en tres ejes que son ejes que quedaron claros en el encuentro internacional de Navarra, en donde se planteaba mire, definitivamente las IES debemos trabajar en investigación en PS, porque es la única manera de generar conocimiento y cualificar estrategias de PS; las IES debemos favorecer participación de los estudiantes, no como beneficiarios, sino como actores que participan en la construcción, diseño y evaluación de las estrategias de PS; y las IES debemos trabajar muy fuertemente en la transversalización de la formación en PS en los currículos, porque es la única manera de garantizar cambios culturales…" (Coordinadora REDCUPS)

En consonancia con ese movimiento internacional (particularmente el iberoamericano), en el cual las IES alimentan mutuamente su hacer a través de la socialización de sus experiencias y la reflexión en torno a ellas, en Colombia el trabajo en redes de instituciones interesadas en la salud de las poblaciones universitarias también ha ejercido un papel importante.

Sumados a los antecedentes de trabajo conjunto entre IES, emprendidos especialmente por el ICFES y ASCUN (González, Aguilar & Pezzano, 2002), toman vida diferentes redes locales y nacionales orientadas a la formación de los gestores de acciones, la discusión y construcción de acuerdos alrededor del tema de la PS y el hacer de las áreas de salud en las IES. Entre tales redes, los entrevistados mencionan, entre otras, la Red de Universidades convocada por la Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca, la Red de Universidades Saludables de Bogotá[6], la Red Nacional de Servicios de Salud de Instituciones de Educación Superior (RENSIESS) y por supuesto, REDCUPS.

Cada una de estas redes, ha acordado enfoques o énfasis particulares, con los cuales los gestores de acciones o las instituciones encuentran una mayor o menor identificación con sus intereses, recorridos y perspectivas frente al manejo de los asuntos de salud y de la PS en sí misma:

[6] http://reduniversidadessaludablesbogota.es.tl/

> "En Colombia está la iniciativa trabajar por ser IES promotoras de salud; hay iniciativas de hace varios años, como un esfuerzo de la Universidad del Rosario que en un evento relacionado con actividad física nos convoca a quienes estamos trabajando el tema (…), ese día se habla de una red distrital que funciona con un marco conceptual distinto, está más centrada en enfermedad y está más centrada en acciones puntuales conectadas con enfermedad y está más pues en alianza con laboratorios farmacéuticos… definitivamente abordando el tema de una manera distinta, nosotros planteamos en ese momento, que definitivamente el enfoque de PS era mucho más amplio, el marco conceptual implicaba una conexión y una aproximación distinta, y que era importante dar origen a una red que nos permitiera potenciar esfuerzos. Estuvo en sintonía en ese momento la Universidad de los Andes, la Universidad del Rosario, la Tecnológica de Pereira y bueno… quienes asistieron al evento, y se vio la clara diferencia con la Red Distrital de Bogotá que estaba conceptualmente en otro lugar y tampoco había una planeación en términos de procesos sino más acciones puntuales centradas en enfermedad. Ahí nos quedó claro que lo queríamos para Colombia era un proceso centrado en la PS" (coordinadora REDCUPS)

> "Mi propuesta en RENSSIES es que deben ir de la mano las tres cosas, tanto la promoción (…), pero a su vez yo no puedo descuidar la parte de prevención, la parte preventiva que es una alternativa muy buena en el mantenimiento de la salud de una población y menos puedo descuidar en el momento que se necesita la asistencia, o sea todo tiene que estar amarrado, yo no puedo sectorizar (…), mi propuesta de RENSSIES es integradora, aquí cabe todo: promoción, prevención y asistencia, porque ese es el quehacer de nosotros, darle ese tinte fuerte de promoción y prevención en salud, porque si no, nos saca el sistema" (Coordinador RENSSIES)

A su vez, de acuerdo con los entrevistados en el Valle del Cauca, allí la red convocada por la Secretaría de Salud Departamental pone su énfasis en la prevención de ECNT, a través de la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de comportamientos asociados a su ocurrencia.

> "El año pasado nos invitaron desde la Secretaría de Salud del Departamento a unas reuniones donde hubo representantes de varias universidades (…), entonces ya lo que empezaron a plantearnos es un programa que están impulsando, una red de universidades saludables, entonces explicaron en qué consistía el programa, era dar como un apoyo en ciertos aspectos relacionados con la parte de salud en las universidades (…) con estos tres temas: alimentación, ambientes libres de humo y actividad física" (RV, Universidad pública, Yumbo)

Así, en las redes citadas por los entrevistados, pueden advertirse perspectivas diferentes

frente a la PS, una en la que se plantea una distancia con la prevención de enfermedades y otra en la que no se hace una distinción clara entre prevención de enfermedades y PS; en la segunda, la PS se identifica con acciones educativas desde los servicios de salud.

Estos énfasis, enfoques o perspectivas particulares implican, para quienes pertenecen o deciden participar en una u otra red, el fortalecimiento de conocimientos y capacidades en asuntos específicos, en tanto las redes, además de la socialización de experiencias, buscan la capacitación de los gestores de acciones y los tomadores de decisiones en las instituciones, en consecuencia, tienen influencia sobre la adopción de acciones particulares.

Otro antecedente relevante, lo constituyen los programas propuestos por las autoridades de salud que, en coherencia con políticas nacionales, buscan involucrar a los entornos educativos para la promoción de estilos de vida saludables, de manera similar al mencionado previamente en el Valle del Cauca. En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de su grupo de Estilos de Vida Saludables y en cumplimiento de los Planes Decenales de Salud Pública 2001- 2010 y 2011- 2022, ha apoyado la gestión de REDCUPS (REDCUPS, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Tales planes y programas se dirigen a impactar los indicadores de ECNT, introduciendo nuevamente elementos que alimentan las discusiones sobre los límites y las diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estos antecedentes, esbozan ya dos comprensiones distintas de la PS, una primera en la que al hablar de PS se enuncian “actividades de promoción y prevención -P y P-” desde los servicios de salud (servicios médicos), que se formulan en contraposición al viejo carácter asistencial (curativo) y se acercan a la prevención de la enfermedad a través de estrategias educativas y acciones de protección específica frente a riesgos. Una segunda, si bien no se separa de la acción preventiva desde los servicios médicos universitarios, la trasciende, formulando un enfoque que pretende articular estrategias a diferentes niveles (no solo el individual), con el concurso de otras instancias de las instituciones, y en el que se reconoce el potencial de la intervención y la transformación del ambiente/entorno (físico, humano, etc.) como promotor de salud.

5.2 ¿Qué se hace en las IES bajo el enunciado de Promoción de la Salud?

Ahora bien, al indagar sobre lo que se hace en las IES bajo el enunciado de PS, emergen en las encuesta exploratoria y en las entrevistas una gran cantidad y diversidad de acciones. Esas acciones pueden clasificarse en políticas, educación, orientación (o reorientación) de los servicios de salud universitarios, participación, intervención sobre el ambiente, investigación, y acciones con alcance familiar y comunitario, las cuales giran principalmente alrededor de temas como: Actividad física, alimentación y nutrición, sexualidad, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias y salud mental, si bien emergen eventualmente otros como salud ambiental, desempeño académico, e inclusión social.

Aunque no siempre ocurre de esa manera, las acciones suelen combinarse en el marco de programas estructurados, dirigidos a abordar alguno de los temas antes enunciados. Se describirán entonces en primera instancia, a partir de las respuestas y relatos de los gestores indagados, la forma como se conciben los programas de PS, para luego entrar en las acciones antes mencionadas.

5.2.1 Programas

La Real Academia Española (2001), define programa como un "proyecto ordenado de actividades". En el campo de la PS en las IES, Lange & Vio (2006), en su Guía para Universidades Saludables, sugieren trabajar a través de programas que combinen diversas actividades y se organicen alrededor de los temas que consideran prioritarios o estratégicos: Los aspectos psicosociales, los ambientales, la alimentación, la actividad física y la prevención del consumo de alcohol, drogas y tabaco.

En las instituciones estudiadas, los programas de PS son concebidos de varias maneras: como un todo que acopla las estrategias y acciones de PS en la institución: Programa de Universidad Saludable; o como unidades estructuradas de estrategias y actividades dirigidas a actuar frente a asuntos de interés o situaciones consideradas problemáticas (práctica de actividad física, consumo de tabaco, entre otras).

Así, en una de las instituciones estudiadas se habla de un Programa de Universidad Saludable, alrededor del cual se articulan diferentes actores, instancias y acciones para incidir, con perspectiva intersectorial, en la salud de los miembros de la comunidad universitaria,

abordando una diversidad de temas y llegando a los diferentes miembros de dicha comunidad.

> "El equipo interdisciplinario [del programa US] asesora toda la toma de decisiones con todo lo relacionado con salud desde una perspectiva amplia; está representada por personas del Medio Universitario, entonces están los directores de los centros de la Vicerrectoría del Medio universitario, pero también están las facultades, está salud ocupacional representando a los empleados, también tenemos estudiantes… tuvimos cuidado que estuvieran representadas estas instancias: salud ocupacional, Medio Universitario, facultades, pero que también estuvieran los estamentos: estudiantes, profesores y empleados; y allí en un trabajo de construcción conjunta, desde la planeación misma y el seguimiento a todas las acciones, los informes de gestión, todo se trabaja participativamente" (CG, Universidad privada, Bogotá)

En otra institución, a este tipo de organización de la PS se le denomina lineamiento, o simplemente, Universidad Saludable:

> "Ellos hacían cosas de universidad saludable y nosotros hacíamos otras cosas, entonces… ¿pero cómo así?, vamos a unificarnos para trabajar las mismas cosas… pues a darle fortaleza (...).Entonces lo que se hizo con las demás dependencias es una sinergia, ¿qué actividades está haciendo cada uno que aplica a Universidad saludable, cómo las otras áreas las pueden fortalecer, ayudarnos unos a otros, juntar los públicos…" (OM, Universidad Pública, Medellín)

Entre tanto en otras IES, cuando se habla de programas de PS, se alude a combinaciones de acciones dirigidas a temas específicos: Alimentación y nutrición saludables, Salud sexual y reproductiva, Salud mental, Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, Actividad física, Rendimiento académico, Gestión ambiental, Inclusión en discapacidad, género y etnias (Tabla 14).

Estos programas pueden ser sectoriales o intersectoriales; los sectoriales son desarrollados por una sola dependencia dentro de la IES, generalmente por el área de salud, como en el siguiente ejemplo:

> "principalmente se montaron dos programas y actividades relacionadas con eso, uno es de salud mental y el problema de depresión y suicidio en la universidad, entonces empezamos con psicología y con psiquiatría a montar un trabajo con los estudiantes, entonces por ejemplo cuando me llega una consulta de depresión, inmediatamente hay que hacer psicoterapia cognitiva con los psicólogos, y ahí mismo los amarramos al proceso y bregamos a ver cómo es el problema de la familia en su proceso… entonces hemos estado trabajando la red de padres

> de familia, que eso pertenece aquí a Bienestar, entonces muchas veces creamos unos temas de PS para los padres de familia" (JP, Universidad Privada, Medellín)

Los programas intersectoriales por su parte, reflejan la coordinación con otras dependencias de la institución o incluso con organizaciones externas a ella para cumplir sus objetivos:

> "El club de la salud [programa de actividad física] depende de salud integral, pero trabajamos en conjunto con el Área de formación y uso del tiempo libre, que es donde tienen los instructores y actividades recreativas (…). Empezamos un proceso de diagnóstico y de elaboración del plan del club con apoyo de un docente de deporte y recreación que trabaja precisamente PS desde la actividad física" (SV, Universidad Pública, Pereira)

> "En la línea de actividad física más que todo enfermería es la que ha trabajado y ahoritica lo asumió Bienestar. ¿Qué han hecho? Pausas activas, y eso ya prácticamente se les volvió política de la universidad, ellos tienen contratada a una persona que es la que les hace esas actividades (…) nosotros aquí no tenemos buen campus, pero ellos tienen unos convenios con gimnasios para que los estudiantes y docentes, podamos ir durante el tiempo laboral" (MU, Universidad privada, Cali)

Aunque en cada institución funcionan de manera distinta, los programas de PS referenciados, suelen combinar estrategias como educación, participación de los miembros de la comunidad de la institución, intervención sobre el ambiente, políticas y abogacía, y se dirigen fundamentalmente a fomentar en los miembros de la comunidad educativa el cuidado de sí o el cuidado de otros. Es común además que incluyan el diagnóstico o caracterización de la población (situación de salud, perfil de riesgo, caracterización de estilos de vida a partir de hábitos y comportamientos), y que actúen a nivel individual, de grupos de riesgo y de la comunidad amplia; en ocasiones un programa se centra en uno de estos niveles, a veces los combina:

> "está otro programa para los muchachos que son muy tímidos y tienen problemas de expresión, de hablar en público, es lo que se llama las ansiedades sociales; entonces de ahí se montó un grupo con psicología de conferencias de cómo disminuir la ansiedad para hablar en público; entonces cuando ellos ya necesitan una terapia más directa, más personalizada, pasan a la consulta de psicología con XXX, que es experta en ese proceso" (JP, Universidad Privada, Medellín)

Por último, cabe mencionar que en ocasiones son los programas de las diferentes instancias, los que se articulan para hacer PS:

> "Nosotros tenemos el Área de salud pero también tenemos el Área de gestión y fomento socio económico, del área de gestión y fomento socioeconómico dependen las cafeterías: el programa de apoyo alimentario a estudiantes, control y expendio de alimentos y educación nutricional. En este momento lo tenemos así porque se concibió desde la parte de gestión, porque es para darle un apoyo de alimentación a los estudiantes vulnerables y por eso está ubicado acá, pero la tendencia es que esté ubicado aquí en salud, en PS y eso muy pronto lo vamos a hacer (…). O sea, ya tenemos unos programas que van a contribuir en todo lo que es PS con el tema de alimentación" (LB, Universidad Pública, Bogotá)

Lo anterior refleja diferencias en lo que los actores indagados identifican como programas de PS. Algunos de los programas enunciados se dirigen a la prevención o curación de enfermedades específicas de individuos enfermos o en riesgo de enfermar, principalmente a la población estudiantil, y su punto de partida es entonces la enfermedad en sí o los factores de riesgo asociados a ella; no obstante, los relatos de los entrevistados dejan entrever que son considerados de PS en tanto involucran acciones de educación o acciones fuera del consultorio:

> "en PS a mí siempre me había llamado la atención cómo educar y formar a la gente, y de ahí fue donde surgió lo del ciclo con las conferencias médicas, pero al principio eso era médico, entonces llegó y me dijo el psicólogo, yo quiero dar dos conferencias sobre salud mental, entonces le dije bueno, entonces yo tenía cuatro médicas y dos de psicología, pero al próximo semestre se aumentaron, cuatro de psicología, entonces traíamos un psiquiatra y un psicólogo para que hablaran de depresión, suicidio en la universidad, que teníamos casos" (JP, Universidad privada, Medellín)

> "Hacemos siempre una feria de la salud, una jornada de la salud, donde con ese material que tenemos diagnóstico, con las principales causas de consulta le apuntamos a programas masivos de detección temprana de cáncer de cérvix, programas de reducción de cáncer de seno, testicular, toma de citologías, hacemos evaluaciones nutricionales que es otra de las consultas fuertes, hacemos la parte de dermatología y la parte ginecológica, básicamente nos movemos en esas áreas" ((JP, Universidad privada, Medellín)

O se consideran de "promoción y prevención" en tanto contemplan acciones dirigidas a las diferentes etapas del proceso salud - enfermedad:

> "Vimos por ejemplo que el consumo de sustancias psicoactivas se incrementó, (…), entonces ¿qué hicimos? (…) creamos un gran programa de HpV donde tenemos muchos talleres con cosas muy atractivas para ellos, donde decimos: ¡listo! el que llegó consumiendo le hacemos las estrategias de mitigación mediante el programa de cesación del consumo (…) pero el que no está consumiendo vamos a fortalecer que no consuma con todos los factores protectores" (OM, Universidad pública, Medellín).

De otra parte, en programas como los de alimentación saludable el objetivo es incidir sobre los estilos de vida de toda la población de la institución para mantener o mejorar su estado de salud y prevenir enfermedades. Su punto de partida son las condiciones del entorno, la responsabilidad institucional frente a la calidad de tales condiciones, el comportamiento individual y la relación de este con el entorno; y pueden combinar diferentes estrategias educativas, con reglamentaciones internas y acciones de vigilancia y control para promover o controlar la distribución de ciertos tipos de alimentos o garantizar su calidad, así como abogacía ante las autoridades de las instituciones y los encargados de la planta física para promover y garantizar espacios adecuados para la manipulación, conservación, preparación, venta y consumo de los alimentos, además de acciones para garantizar el acceso a los alimentos como el control de precios, bonos, becas y subsidios de alimentación. Estos programas, si bien se enfocan con mayor frecuencia en los estudiantes, tienen alcance a toda la población cuya vida cotidiana transcurre en el entorno de las IES.

Tabla 14. Programas de Promoción de la Salud referidos por los entrevistados y encuestados

Denominación o tema que aborda	Punto de partida	Foco u objetivo	Estrategias o acciones	Instancias que participan	Población
Alimentación y nutrición saludables	▪ Condiciones del entorno ▪ Responsabilidad institucional frente a la calidad de tales condiciones ▪ Comportamiento individual ▪ Relación del comportamiento con el entorno	Incidir sobre los estilos de vida de para mantener o mejorar su estado de salud	▪ Educación ▪ Reglamentaciones para cafeterías ▪ Regulación de precios ▪ Vigilancia y control ▪ Abogacía ▪ Asesoría y vigilancia de menús ▪ Investigación	▪ Cafeterías ▪ Recursos físicos ▪ Área de salud ▪ Bienestar	Principalmente estudiantes pero con alcance a docentes y administrativos y en ocasiones a la comunidad amplia.
Salud sexual y reproductiva	▪ Factores de riesgo ▪ Comportamiento individual ▪ Indicadores de frecuencia y distribución de embarazos e ITS	Prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual	▪ Educación ▪ Participación de pares en estrategias educativas ▪ Investigación ▪ Acciones para facilitar el acceso a métodos anticonceptivos y preservativos ▪ Inducción a la demanda de atención en los servicios médicos ▪ Consulta individual ▪ Exámenes de tamizaje ▪ Seguimiento a individuos en riesgo	▪ Servicios médicos/áreas de salud ▪ Laboratorios farmacéuticos ▪ Autoridades de salud (local, departamental, nacional)	Principalmente estudiantes
Salud mental	▪ Factores de riesgo ▪ Factores protectores ▪ Comportamiento individual y colectivo ▪ Indicadores de frecuencia y distribución de enfermedad y problemas de convivencia	▪ Prevenir alteraciones en el estado de ánimo ▪ Manejar situaciones de crisis y estrés asociado al desempeño académico ▪ Manejar conflictos ▪ Promover la buena convivencia ▪ Promover HpV	▪ Intervención individual y grupal de psicología , psiquiatría ▪ Educación (inclusión de formación en HpV para la vida en los currículos) ▪ Investigación ▪ Participación de pares como promotores ▪ Talleres a padres	▪ Servicios/áreas de salud ▪ Áreas de orientación universitaria/ Acompañamiento	Principalmente estudiantes pero con alcance a docentes y administrativos
Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas	▪ Factores de riesgo en los individuos y el entorno ▪ Indicadores de consumo y enfermedad	▪ Prevenir y disminuir el consumo o abuso de alcohol, tabaco y otros psicoactivos ▪ Promover ambientes libres de humo de tabaco	▪ Educación ▪ Señalización ▪ Regulación del comportamiento y del entorno de comportamiento ▪ Abogacía para incidir en el entorno próximo (el barrio, la zona) incluyendo alianzas con las autoridades locales. ▪ Investigación	▪ Servicios/áreas de salud ▪ Recursos físicos ▪ Cafeterías ▪ Vigilancia y seguridad ▪ Autoridades de las IES ▪ Autoridades locales ▪ Redes de IES	Estudiantes, docentes, administrativos, con alcance a la comunidad amplia que se relaciona con la IES

Tabla 14. Programas de Promoción de la Salud referidos por los entrevistados y encuestados (continuación)

Denominación o tema que aborda	**Punto de partida**	**Foco u objetivo**	**Estrategias o acciones**	**Instancias que participan**	**Población**
Actividad física	▪ Comportamiento individual ▪ Entorno de comportamiento ▪ Relación entre comportamiento y entorno ▪ Indicadores de enfermedad y accidentalidad	▪ Promover la práctica de actividad física ▪ Disminuir sedentarismo como factor de riesgo para ECNT	▪ Educación ▪ Oferta de opciones para la práctica ▪ Acceso a servicios como gimnasios y campos deportivos ▪ Alianzas con instituciones externas ▪ Estímulos a la práctica ▪ Participación de estudiantes como multiplicadores ▪ Investigación ▪ Modificaciones en el entorno físico ▪ Apoyo a iniciativas estudiantiles	▪ Servicios/Áreas de salud ▪ Áreas de deportes y recreación ▪ Gimnasios y otros proveedores de espacios para la práctica ▪ Recursos físicos ▪ Unidades académicas relacionadas con AF ▪ Salud ocupacional ▪ ARPs ▪ Aseguradoras de accidentes	Estudiantes, docentes y administrativos
Rendimiento académico	▪ Factores de riesgo ▪ Indicadores de deserción, retención, bajo rendimiento ▪ Políticas nacionales de educación superior (SPADIES)	▪ Prevenir el bajo rendimiento y la deserción ▪ Facilitar la adaptación a la vida universitaria	▪ Sensibilización ▪ Información ▪ Acompañamiento ▪ Fortalecimiento de habilidades académicas ▪ Apoyos económicos ▪ Priorización de estudiantes de primeros semestres ▪ En ocasiones involucran a docentes y pares.	Servicios/Áreas de salud Orientación/ Acompañamiento académico	Estudiantes de primer semestre Estudiantes en riesgo
Gestión ambiental	▪ Condiciones del ambiente ▪ Comportamiento individual y colectivo	▪ Promover entorno sano ▪ Proteger el entorno natural	▪ Políticas ▪ Abogacía ▪ Educación ▪ Evaluación y seguimiento de indicadores ambientales ▪ Señalización ▪ Dotación ▪ Modificaciones en la disposición y manejo de residuos	▪ Recursos físicos ▪ Gestión ambiental ▪ Planeación ▪ Servicios/Áreas de salud	Estudiantes, docentes, trabajadores administrativos, Proveedores de servicios como cafeterías y servicios generales
Discapacidad, género, etnias	▪ Barreras a la participación ▪ Procesos discapacitantes o generadores de exclusiones ▪ Factores de riesgo	Garantizar el acceso y permanencia en condiciones de igualdad	▪ Políticas ▪ Sensibilización y educación a la comunidad amplia ▪ Ajustes razonables ▪ Evaluación y eliminación de barreras arquitectónicas ▪ Acompañamiento a estudiantes y docentes ▪ Apoyo socio-económico ▪ Habitualmente son manejados por instancias diferentes al área de salud e integran acciones de diversas instancias	▪ Unidades encargadas de inclusión ▪ Unidades académicas ▪ Unidades de apoyo socio-económico ▪ Planeación ▪ Recursos físicos ▪ Áreas de salud ▪ Áreas de deportes y recreación ▪ Áreas de cultura ▪ Bibliotecas ▪ Admisiones	Principalmente estudiantes pero con alcance a docentes, administrativos y en ocasiones a la comunidad amplia

Fuente: Elaboración propia

5.2.2 Políticas

Dentro de las estrategias de PS definidas en la Carta de Ottawa (1986), se señala en primera línea la generación de políticas públicas saludables, desde entonces, las políticas figuran de manera reiterada como estrategia fundamental en PS; así mismo, los conceptos de UPS de la Carta de Edmonton (2005), Lange & Vio (2006), Arroyo (2009) e Ippolito-Shepherd (2010), identifican la existencia y la formulación de políticas institucionales como centrales en la construcción de entornos universitarios promotores de la salud.

En el caso de las IES colombianas, los gestores indagados en esta investigación reconocen la existencia de políticas institucionales como un elemento para dar empuje a la PS en sus instituciones:

> "Los avances son grandísimos al quedar metido en el proyecto educativo institucional, alcanzó a meter presupuesto, que tuviera un reconocimiento…" (MU, Universidad privada, Cali)

Algunos de estos actores, manifiestan que las políticas de PS implican procesos previos de investigación, concienciación, participación y concertación con las autoridades universitarias para lograr su incorporación en las normativas y marcos de acción institucional, esto es, de abogacía (OMS, 1998), donde ellos como gestores, cumplen un papel central:

> "Tenemos investigaciones que nos dicen oiga, mire, la mayoría de la gente se estaba viendo afectada por eso y tenemos cifras y tenemos datos que muestran la importancia de dar el paso, entonces todo eso confluye para que institucionalmente se tomen unas medidas" (CG, Universidad privada, Bogotá)

> "Es difícil la continuidad, entonces yo creo que es factible pero toca hacerles propuestas muy concretas y mediadas por instancias de dirección más altas, por eso estamos buscando volver al Consejo académico superior para que salga la política y poderlos comprometer más" (SV, Universidad pública, Pereira)

No obstante su relevancia, reconocen que los procesos de formulación e implementación de políticas institucionales para la PS, no están exentos de dificultades y tropiezos:

> "El enfoque de algunos sectores de las universidades es que la prioridad es el tema educativo, como desde lo profesionalizante y se perdió, se perdió la política, es una de las tareas que

> tenemos pendientes de hacer nuevamente la gestión con el consejo académico, Consejo superior, y que salga como política" (SV, Universidad pública, Pereira)

En cuanto a las configuraciones de las políticas institucionales formuladas como parte del hacer en PS, a partir de las respuestas de los gestores pueden trazarse tres tipos: la expresión del compromiso o la voluntad institucional con la PS, la creación o soporte de acciones específicas y las regulaciones. Cada una de ellas se expone a continuación:

- **Políticas que expresan la voluntad institucional**

> "Hay que hacer algo pero algo grande, esto no puede seguir partiendo de cositas aisladas, de trabajar desde la base solamente, tiene que haber una política institucional, y esto no es mi jefe, del servicio de salud, es más, yo sé que me van a decir que eso es de vicerrectoría de bienestar, eso no es de vicerrectoría de bienestar, eso tiene que ser algo que involucre a todas las vicerrectorías, por lo tanto tiene que ser de rectoría y de consejo Superior" (AR, Universidad pública, Cali)

El primer tipo de políticas alude al compromiso institucional de actuar para incidir positivamente en el bienestar de las comunidades educativas; en consecuencia, suponen transformaciones en el funcionamiento, que involucran a diferentes sectores de la institución para el logro de objetivos en salud de sus poblaciones. Esto, ubica dichos objetivos como valores institucionales alrededor de los cuales deberían girar diversas acciones dentro de la institución (ver por ejemplo la Resolución Rectoral 20535 de 2005 de la Universidad de Antioquia). Las declaraciones institucionales con tales características, son reconocidas por los actores como políticas, en tanto se formulan por instancias superiores del gobierno universitario (rectoría, consejo superior) y hacen parte del cuerpo normativo de las instituciones.

La política, formulada de esta manera, ejerce un papel articulador que implica el trabajo interdependencias – intersectorial- en el logro de objetivos de salud o bienestar de las poblaciones o en la ejecución de acciones.

> "Todo esto, ¿qué ha desencadenado? unas reglamentaciones importantes, (…) una es la articulación con otras dependencias de la universidad para actividades de PS, esa en este momento se está reglamentando" (LB, Universidad Pública, Bogotá)

Y se entiende como garantía para la sostenibilidad de las acciones:

> "La idea es que en la planeación institucional, no solamente mientras está un rector u otro, sino como opción institucional, quede plasmado en documentos institucionales esta opción por fortalecernos como promotora de salud, eso garantiza sostenibilidad. Entonces (…) ya la universidad reconoce la importancia de ser una UPS y queda plasmado en sus documentos, en su compromiso institucional, de tal manera que no depende de personas, ni de quién coordine, ni de quién esté, ni quién asuma el cargo directivo, sino que es una opción institucional trabajar progresivamente en ese tema" (CG, Universidad privada, Bogotá)

En consecuencia, la adopción de políticas de este tipo, en tanto implica transformaciones en el hacer y articulaciones de múltiples instancias y actores en las instituciones, deriva o se acompaña de procesos de "preparación" o "conceptualización" que los entrevistados describen de las siguientes maneras:

> "En la primera etapa de preparación, allí lo importante es garantizar la interdisciplinariedad, ese abordaje complejo y amplio alrededor de la apuesta por la salud en la universidad, fortalecer la participación de todos los estamentos y dijimos bueno, esta primera etapa debemos lograr eso: tener el equipo interdisciplinario no solamente formado sino motivado con una capacitación que nos permitiera hablar y ser interlocutores, entonces fue empezar a construir esa parte conceptual y decir a dónde le íbamos a apuntar y realmente construir participativamente como íbamos a ir avanzando" (CG, Universidad privada, Bogotá)

> "Todos los jueves tenemos reunión de US, entonces ahí van todos los jefes de área y los coordinadores, entonces va el de emprendimiento, el de egresados, el jefe de deportes, las niñas de gestión y fomento socioeconómico…, entonces empezamos tres cosas, primero el eje conceptual, fue lo primero que hicimos, ya llevamos en esto un año, entonces empezamos con el eje conceptual (…), entonces listo, todo el mundo tiene que estudiar (…), luego seguimos con las herramientas metodológicas, entonces ¿cómo vamos a aplicar universidad saludable a esta universidad? y, tres (…), ¿qué instrumento va a usar cada uno para trabajar y medir universidad saludable? Y ya sacar el documento (…) esto es lo que vamos a hacer y esto es lo que va hacer cada uno" (OM, Universidad Pública, Medellín)

Coincidiendo con las definiciones de UPS de los autores antes citados, este tipo de política es considerada por varios de los gestores entrevistados como la más deseable, aun así, señalan su existencia como un logro difícil, en la mayor parte de los casos aún no alcanzado y que implica un trabajo de abogacía importante:

> "Yo quisiera que dijera: política institucional, práctica de actividad física regular, pausas activas, hay programas… así…y eso es lo que queremos que se haga" (AR, Universidad pública, Cali)

> "Es increíble que esta universidad no tenga una política de universidad saludable (…) aquí tenemos toda una disponibilidad de recursos en la universidad para empezar a construir una política en donde se direccione directamente de acuerdo a todo ese análisis que hacemos permanentemente en investigación, empezar a construir que es lo que realmente necesita el estudiante y el profesor" (SM – Institución universitaria, Bogotá)

- **Creación o generación de acciones como lineamiento desde directivas institucionales**

De otro lado, los gestores hacen referencia a un segundo tipo de políticas formuladas en IES colombianas que aluden a la creación, desde la alta dirección de las instituciones, de instancias, programas o acciones para responder a propósitos relacionados con la salud o el bienestar de las comunidades educativas. Estas políticas suponen una posición particular respecto a lo que en la institución se considera prioritario o de especial interés para la comunidad académica en materia de bienestar o salud, y en consecuencia, suelen implicar la destinación específica de recursos para que las acciones puedan ser llevadas a cabo:

> "Hay unas políticas en este momento, yo te contaba de un proyecto de psicoactivos, de eso salió ya una política universitaria, siempre había habido el apoyo, pero es que ahora nos dieron un presupuesto, por primera vez en la universidad" (AR, Universidad pública, Cali)

Reiteradamente este tipo de políticas aluden a un tema específico, con frecuencia a algo que es entendido como un problema para la institución y que resulta entonces de especial interés, bien por la alta frecuencia con la que se presenta, por las consecuencias que genera en la población o en su desempeño en la institución, o bien por una demanda externa – social o gubernamental- de producir una respuesta frente al tema; resaltan en este sentido los temas sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas y deserción, con un claro enfoque preventivo, donde lo que se pretende es disminuir la incidencia del "problema", actuando sobre los que se consideran factores de riesgo o comportamientos asociados al mismo:

> "el rector dio la autorización para que entre todas las universidades que vamos a hacer esa investigación empezáramos a trabajar sobre la disminución del embarazo en la universidad

> como factor de deserción universitaria, buscando disminuir… que ellos no se vayan, entonces eso ahí fue el rector quien tomó cartas en el asunto y nos dio el aval para poder hacer la investigación" (JP, Universidad privada, Medellín)

> "En el año 2003 se aprobó la política de Prevención Integral en el Consejo Superior, mediante la cual se buscaba generar estrategias participativas para la prevención especialmente de psicoactivos" (Encuesta, Universidad pública, Pereira)

Estas políticas también pueden referirse a estrategias ordenadas desde la dirección de la universidad para que se ejecuten acciones, bien sea investigación, como en un relato anterior, o formación:

> "Tenemos una figura que está amarrada por resolución de rectoría, que son las cátedras abiertas de formación humana, allí abrimos un ciclo sobre salud (…) para formar en PS a la población universitaria." (JAP, Universidad privada, Medellín)

- **Regulaciones**

Un tercer tipo de políticas identificado por los gestores como de PS, se asocia a la regulación de comportamientos. Siguiendo la tipología de Lowi (1964, 1972, citado por Roth Deubel, 2002), según el modo de coerción utilizado, las regulaciones recaen directamente sobre el comportamiento de los individuos o sobre su entorno de comportamiento. En el caso de las IES, de acuerdo a lo referido por los entrevistados, las medidas generadas en las instituciones se dirigen principalmente a regular el entorno, no obstante se menciona también la regulación directa del comportamiento de los estudiantes, esto en particular referido al consumo de tabaco:

> "Nosotros vamos con el carnet y les decimos: recuerda que estamos en ambientes libres de humo… esta es una sanción, pero a la segunda ya te va con copia a la hoja de vida" (AC, Universidad privada, Bogotá)

En cuanto a la regulación del entorno, las medidas identificadas recaen sobre actores como administradores y contratistas de cafeterías y otros lugares de expendio de alimentos, cuyas decisiones pueden influir en el comportamiento – favorecerlo o desestimularlo- o tener un efecto directo en la salud de los miembros de la comunidad académica; incluyen tanto la

prohibición como el fomento de determinadas prácticas, y en tanto regulaciones, implican la existencia de sanciones frente a su incumplimiento:

> "Aquí la universidad les ha exigido [a las cafeterías], no solamente la parte sanitaria de control que le exigen, sino que cambien los menús" (MEU, Universidad privada, Cali)

> "Miran todo, hasta la decoración, como ellos son contratistas, lo que le hagan lo hacen ellos mismos, entonces la casetica de los jugos (…) solo se venden frutas, ensaladas de frutas y jugo de naranja, en la de los jugos ya pueden hacer con la licuadora X número de jugos… eso ha existido toda la vida, solamente que ahora está regulada, en precios, en limpieza y en todas estas cosas, y en el reciclaje, todo eso" (OM, Universidad pública, Medellín)

> "Se les puede cancelar el contrato porque ellos son contratistas, ellos están alquilando un espacio, se le cancela el contrato si incumple, si los precios están muy costosos…" (OM, Universidad pública, Medellín)

Los gestores refieren que algunas medidas de este tipo están apalancadas por la legislación nacional o local, tal es el caso de las normas que sirven como soporte para la implementación de los denominados "ambientes libres de humo":

> "Hay políticas del Estado que nos ayudan, por ejemplo la ley 1335 relacionada con consumo de tabaco. Gracias a la ley y a la resolución las universidades hemos podido avanzar en garantizar ambientes libres de humo de cigarrillo, antes era realmente imposible, hace diez años aquí se fumaba en todos los salones y oficinas." (CG, Universidad Privada, Bogotá)

> "En lo de ambientes libres de humo ya hay una reglamentación reciente, por un lado ya venía lo de espacios libres de humo, pero por otro lado salió algo reciente que no permite vender el cigarrillo al menudeo." (RV, Universidad pública, Yumbo)

Nuevamente, las políticas referidas por los gestores ponen de manifiesto iniciativas dirigidas a prevenir enfermedades y evitar comportamientos de riesgo. Así, se habla por ejemplo de "disminuir embarazos" o "prevenir el consumo de psicoactivos" poniendo de nuevo sobre la mesa los interrogantes sobre la forma como se superponen los conceptos de promoción y prevención y con ello, el concepto de salud (¿positivo?) que les subyace.

5.2.3 Educación

Los resultados hasta ahora presentados, muestran ya una asociación reiterada entre PS y acciones educativas. En las definiciones de UPS, la PS en las IES involucra diferentes estrategias y contenidos en este sentido. En las IES estudiadas, las acciones educativas se concretan en la sensibilización y la provisión de información a través de diferentes medios, la inclusión de contenidos en los currículos y la oferta de opciones de formación en PS.

- **Sensibilización y provisión de información**

La encuesta exploratoria y el trabajo de campo permiten identificar múltiples acciones dirigidas a individuos, grupos y comunidades, llevadas a cabo en los espacios tradicionales de prestación de servicios tales como la consulta y los servicios de salud, pero también en lugares no tradicionales como las aulas, los pasillos de las facultades, las cafeterías, entre otros.

> "Otra cosa que manejamos desde la PS, es que aquí toda consulta de esta universidad no es una consulta normal, toda, así sea porque tenga la uña enterrada, va acompañada de esto que se llama la Carta de la salud, entonces por ejemplo hacemos lo que en la EPS se llamaría demanda inducida, entonces por ejemplo el estudiante que dice no es que yo estoy muy mareado, es que yo estoy cansado, yo no sé qué me pasa, será que tengo muchas materias, y descubrimos que es que no, que se está alimentando mal, entonces no solo se lo decimos y lo mandamos al taller sino que él se lo lleva escrito (…) se llaman cartas de la salud… entonces toda consulta médica y odontológica es una consulta educativa" (OM, Universidad pública, Medellín) (Ver Figura 5)

Figura 5. Material educativo que acompaña la consulta

Fuente: Fotografía tomada y editada de material original utilizado por una Universidad pública en Medellín.

Los medios utilizados para sensibilizar y transmitir información son diversos, incluyen material impreso como folletos, plegables, volantes, separadores de páginas (Figura 6) y afiches e impresiones en gran formato (Figuras 7 y 8); talleres y charlas; obras de teatro, cine-foros, hasta la irrupción en las aulas o los pasillos con dramatizaciones.

> “hay una cosa que se hace, que es pasar de salón en salón con una grabadora un niño llorando y cuando entran ella tiene un tetero, una cosa de pañales de niño y toda la gente ¿qué? Entonces ellos empiezan a dar sus goticas de mensaje, entonces… si quiere orientación sobre embarazo en adolescentes o tienes problemas para seguir en la universidad, Bienestar Institucional y el Servicio Médico...” (JP, Universidad privada, Medellín)

Figura 6. Folletos y plegables sobre alimentación y salud sexual y reproductiva

Fuente: Elaboración propia a partir de fotografías tomadas y editadas de material original utilizado por diferentes IES estudiadas en diferentes ciudades.

Figura 7. Afiches sobre consumo de psicoactivos y autocuidado

Fuente: Fotografías tomadas y editadas de material original utilizado por IES estudiadas en Cali y Medellín.

Figura 8. Afiche y valla sobre sexualidad y actividad física

Fuente: Fotografías tomadas y editadas de material original publicado en espacios de circulación pública de IES estudiadas en Medellín.

Así mismo, en algunas IES también se cuenta con medios masivos de comunicación a través de los cuales se presenta a la comunidad información sobre temas relacionados con salud en espacios como programas radiales y notas de prensa (Figura 9).

Figura 9. Nota de prensa publicada en un boletín de Bienestar Universitario

Fuente: Fotografía tomada y editada de material original publicado por una Universidad pública en Bogotá.

Como estrategia de PS, aparece también de manera reiterada la realización de jornadas o campañas, que con propósitos educativos combinan la provisión de información con actividades de tamizaje, sensibilización y formación para estimular la modificación de comportamientos o inducir la demanda de los servicios de salud.

> “En la semana de la salud nos desplegamos en prosa y verso, afiches, campañas, publicidad, pero aprovechamos también nuestros espacios virtuales para enseñarles, programas de sexualidad, programas de todo… de alcoholismo, de sexualidad, de todo les enseñamos“(AC, Universidad privada, Bogotá)

En lo que se refiere a los contenidos abordados, estas estrategias se dirigen principalmente a promover ciertos comportamientos, como por ejemplo consumir frutas y verduras, hacer actividad física, lavarse las manos, hacerse el autoexamen de seno o la citología, o disuadir de otros, como por ejemplo del consumo de tabaco, alcohol y otros psicoactivos o tener relaciones sexuales sin protección. Y recurren entonces a dar información específica, sensibilizar o provocar reflexiones sobre la relación de determinados comportamientos individuales con sus efectos positivos o negativos sobre la salud. Algunos materiales relacionados, por ejemplo, con el tema de derechos sexuales y reproductivos, apuntan por su parte a aportar información que puede posibilitar el empoderamiento de los individuos en el cuidado de sí y de otros. El material educativo, como resulta claro en un ejemplo citado previamente, se usa también para inducir la demanda de los servicios o programas de salud o bienestar.

Si bien el diseño del material y las estrategias educativas está principalmente en manos de los funcionarios de salud y bienestar, la participación de otras instancias y actores de las instituciones se destaca como importante. En particular, los entrevistados resaltan el papel de la participación de los estudiantes para lograr en esa población una mayor receptividad de los mensajes.

> “A nivel de accidentalidad tenemos tres materiales, este que es la información general de la póliza, pero tenemos uno con qué hacer en caso de accidente con riesgo biológico, y están clarísimos los puntos, tan claros que los revisaron los estudiantes hasta que el lenguaje quedó claro para todas las facultades, y qué hacer en salidas fuera del campus para prevenir antes, durante y después de la salida, entonces se diseña participativamente el material pedagógico” (CG, Universidad privada, Bogotá)

> “El material educativo también se diseña participativamente, se trabaja con las facultades que tienen la accidentalidad, se trabaja con estudiantes, se revisa, de tal manera que cuando sale no es algo que a uno le dan y uno dice: ¡hay me empapelaron!, lo voto a la basura, sino “oiga que maravilla porque este material yo participé en hacerlo y es utilísimo” (CG, Universidad privada, Bogotá)

Adicionalmente, en algunas IES participan en el desarrollo de este tipo de estrategias actores externos como laboratorios farmacéuticos y aseguradoras, así como entidades gubernamentales. La confluencia con la industria farmacéutica genera resistencias en algunas instituciones; mientras algunos consideran que sesga y le resta autonomía a lo que se hace, otros lo ven como una oportunidad para conseguir los recursos necesarios, con frecuencia escasos, para desarrollar las acciones y darles mayor alcance.

> "Me apoyé en la industria farmacéutica para un material, son unas agenditas de bolsillo para los estudiantes que participen en el proyecto y son lo más bien diseñadas con todas las piezas publicitarias y finalmente ellos pusieron como una cosa muy suave del laboratorio de ellos" (SA, Institución universitaria pública, Medellín)

> "Empezamos nosotros con la parte de las conferencias, sólo los de salud, yo empecé dando yo mismo, luego los laboratorios me fueron dando conferencistas y listo (…) ¿cuál era la contraprestación? que pudieran colocar la propaganda de su institución" (JP, Universidad privada, Medellín)

> "Hay unas campañas que nos aliamos con laboratorios farmacéuticos; tiene su razón de ser, aunque aquí en la universidad soy muy enemigos de esas cosas de los laboratorios, pero pues nosotros nos apoyamos en ellos porque al fin de cuentas a los estudiantes la universidad les da el 40% del costo de los medicamentos y el estudiante paga el 60%..." (AR, Universidad Pública, Cali)

- **Inclusión de contenidos en los currículos**

La incorporación en los currículos universitarios de "conocimientos y competencias relacionadas con la prevención y promoción de la salud" (IV Congreso de Universidades Promotoras de Salud , 2009, pág. 5), se refiere en la Declaración de Pamplona como una línea de acción principal para las UPS y es de hecho uno de los ejes de trabajo de REDCUPS, al que se le denomina "Transversalización" (REDCUPS, Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Siguiendo a Becerra (2013), las acciones de este tipo contribuyen y están alineadas con los propósitos de formación integral de las IES.

> "Las IES debemos trabajar muy fuertemente en la transversalización de la formación en PS en los currículos, porque es la única manera de garantizar cambios culturales, si nosotros transversalizamos la formación en PS en todas las carreras, no solamente en las áreas de la salud sino en todos los programas disciplinares, vamos a tener técnicos y profesionales

> formados, conscientes de la importancia de la PS y como dinamizarla" (Coordinadora REDCUPS)

Al indagar a los gestores de acciones de PS en las IES, el concepto adquiere matices distintos. Puede entenderse que ellos consideran importante trasladar la educación en salud de los consultorios y los servicios de salud a las aulas y los espacios en los que transcurren las actividades cotidianas de quienes habitan las instituciones; adicionalmente, la baja asistencia de la comunidad universitaria a las acciones educativas ofrecidas desde los servicios de salud, se enuncia como una preocupación frecuente[7], de manera que este modo de acercarse se vislumbra como una manera de superarla. Así, entrar a las aulas para "enseñar sobre salud", como cualquier otro contenido, como cualquier otra asignatura, surge como una forma por excelencia para llegar a la principal audiencia objetivo: los estudiantes.

Las maneras de hacerlo varían de acuerdo a las dinámicas de relación que entre bienestar y academia se dan en cada institución, a la incidencia que la acciones de abogacía de los funcionarios de salud/bienestar logran tener sobre las unidades y las autoridades académicas o los docentes en particular y, por supuesto, a la receptividad y la voluntad de estos para permitir la entrada de tales contenidos a los espacios académicos.

> "son experiencias que han sido muy interesantes pero muy difíciles porque han sido desde la iniciativa de nosotros, la voluntad de los profesores, estamos en el propósito de sistematizar esa experiencia y mirar si logramos formalizarlo mejor desde lo académico para poderle dar mejor impacto" (SV, Universidad pública, Pereira)

> "¿cómo lo hemos manejado? dentro de nuestras reuniones se planteó la importancia del tema y dijimos, lo que nosotros vamos a hacer es redactar un documento que le pasemos a la vicerrectoría académica donde le digamos la importancia de esto, pero la vamos a invitar (…) entonces en esas reuniones estuvo la vicerrectoría académica sentada con nosotros en equipo pensando que debería contener ese documento que nos pusiera a pensar en la importancia de la formación en PS. Siento que esos son escalones de algo que algún día se va a lograr, porque si tú ves los currículos en casi ninguno está incluyendo PS, entonces tú dices enfermería lo tiene claramente explícito pero si uno va a ver todas las demás pues no está tan explícito, y tampoco están tan claros los cómos (…) de ahí pues tenemos que empezar a lograr meterlos en los currículos que además son herméticos y siempre lo disciplinar creo que se sobrevalora

[7] Esto resultó evidente en el II Congreso de REDCUPS, realizado en Bogotá en el año 2012, en donde fue enunciado por varios asistentes como una preocupación importante.

> (…), es decir los currículos realmente son difíciles de permear, esos cambios culturales se logran con el tiempo" (CG, Universidad privada, Bogotá)

En este marco, los gestores refieren la realización de cátedras, asignaturas obligatorias o electivas, o la cesión de unas horas de clase para abordar con los estudiantes contenidos relacionados con salud. En la Tabla 15 se agrupan algunos relatos que hacen referencia a estas experiencias.

En buena parte de los relatos, se dice que estos abordajes están dirigidos particularmente a los estudiantes de primeros semestres, si bien, como se ve en la tabla, hay espacios abiertos a toda la comunidad.

> "Los talleres son para primer semestre, son obligatorios, no están metidos dentro del currículo (…). Esto lo metimos como una actividad extracurricular pero si lo calificamos y es obligatorio para los estudiantes, porque de todas maneras creemos que eso es algo que marca de manera importante" (LQ, Institución universitaria privada, Bogotá)

Tabla 15. Relatos sobre diferentes maneras de inclusión de contenidos en los currículos

Cátedras	"En este momento se está previendo una asignatura de inducción, que sea una cátedra y en esa se incluirían ese tipo de conceptos de PS y de estilos de vida saludables (…) lo que se quiere es que sea una cátedra de inducción para todos los estudiantes en el primer semestre y que haya una obligatoriedad y tenga unos créditos y ahí se incluirían todos estos temas, ahí estarían por supuesto toda esta cosa de PS y calidad de vida" (LB, Universidad pública, Bogotá)
	"Nosotros tenemos una figura que está amarrada por resolución de rectoría, que son las cátedras abiertas de formación humana. Abrimos un ciclo sobre salud para formar en PS a la población universitaria y eso es abierto tanto a los estudiantes, a los docentes y a los empleados, porque ahí hay una parte que hay que hacer de salud ocupacional (…) en ese ciclo está psicología, servicio médico y la parte de deporte y cultura, para hacer PS integral" (JP, Universidad privada, Medellín)
Asignaturas obligatorias o electivas	"Tenemos asignaturas apoyadas desde US pero ofrecidas desde los departamentos, entonces HpV se trabaja desde una asignatura que se ofrece desde la Facultad de Psicología. Hay estudiantes de todas las carreras y semestres, tiene tres créditos, tiene tres horas a la semana seguidas, porque es un taller semanal y trabaja las habilidades que plantea la OPS" (CG, Universidad privada, Bogotá)
	"Como esas hay otras que en apoyo de los departamentos se ofrecen, por ejemplo hay una asignatura que es ecología para todos, otra que es bioseguridad y trabajo seguro, otra que tiene que ver con alimentación saludable… bueno… asignaturas con valor académico, calificables, abiertas a toda la comunidad, entonces las toman los estudiantes que les gusta el tema (…) ninguna es obligatoria, todas son asignaturas que toman ellos de acuerdo al interés" (CG, Universidad privada, Bogotá)
	"En medicina familiar está instaurado ese espacio de una electiva chiquita, cada semana el residente tiene un contacto con una cosa diferente que lo hace crecer como persona y lo hace tener conciencia de sí mismo" (SM, Institución universitaria privada, Bogotá)
	"Tenemos las electivas que son diseñadas en el currículo para la formación integral de los estudiantes (…),aquí el estudiante puede encontrar un espacio en donde aprende sí, pero también aprende desconectándose de la carga académica natural de cualquier disciplina, y además desarrolla hábitos de vida como el ejercicio (…), entonces manejamos todo el tema desde la salud física pero también impregnando el tema de salud mental y emocional" (CG, Institución universitaria privada, Bogotá)

Tabla 5. Relatos sobre diferentes maneras de inclusión de contenidos en los currículos (continuación)

Asignaturas obligatorias o electivas	"Se trabajan unos talleres que tienen mucho que ver hacia la autoestima, hacia el autoicuidado y se trabajan temas muy específicos sobre psicoactivos y sexualidad y eso va de la mano de otros talleres sobre la parte de métodos de estudio y otras cosas (…).Eso ha llevado a que se haya creado una asignatura, inicialmente como electiva, (…) las docentes de humanidades hicieron todo el trabajo que había que hacerle desde el punto de vista académico para que entrara y se dió (…). Empezó como una electiva y en este momento es obligatoria, es una asignatura con dos créditos y es de carácter obligatorio en Humanidades" (AR, Universidad pública, Cali)
Cesión de horas de clase	"Hemos logrado ganarnos unos espacios con los profesores (…), cada facultad nos da de sus horas académicas, que fue muy duro, nos da un espacio para trabajar US en algunos temas" (OM, Universidad pública, Medellín)
	"En el área de las ciencias básicas nos abren el espacio para tres talleres, estamos manejando taller de comunicación asertiva, de solución de conflictos, hay veces lo variamos con otros cuatro que tenemos como para escoger, la parte de prevención de ansiedad y depresión y siempre, siempre está la parte de salud sexual y reproductiva" (SA, Institución universitaria pública, Medellín)
	"Hemos hecho lo que nosotros llamamos grupos cautivos que el profe nos cede las horas, y con una estrategia que se estuvo haciendo con estudiantes de primer semestre donde hubo un proyecto de disminución de deserción con el programa de Pedagogía infantil. Durante varios semestres se hacía una sesión de dos horas semanales en donde trabajamos comunicación asertiva, toma de decisiones y otros temas de psicología" (SV, Universidad pública, Pereira)

Fuente: Elaboración propia a partir de los relatos de los entrevistados

En cuanto a los contenidos que se abordan, se mencionan la formación en Habilidades para la vida (HpV)[8], salud sexual y reproductiva, actividad física, alimentación y nutrición saludables, primeros auxilios, salud mental, bienestar emocional, uso del tiempo libre, consumo de psicoactivos y hábitos y métodos de estudio; en escasas ocasiones se alude al abordaje del tema de salud ambiental, al que hacen referencia los conceptos de UPS de Ippolito-Shepherd, (2010) y Lange & Vio (2006) y los pronunciamientos de las conferencias mundiales de PS.

[8] "Un enfoque de habilidades para la vida desarrolla destrezas para permitir que los adolescentes adquieran las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria". Estas habilidades se identifican como: "1) habilidades sociales e interpersonales (incluyendo comunicación, habilidades de rechazo, agresividad y empatía), 2) habilidades cognitivas (incluyendo toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación), y 3) habilidades para manejar emociones (incluyendo el estrés y aumento interno de un centro de control). (…) El desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, prevenir conductas sexuales de alto riesgo, enseñar a controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover el ajuste social positivo" (OPS, 2001)

- **Oferta de opciones de formación en Promoción de la Salud**

El concepto de UPS de Arroyo (2009), retomado por Arroyo & Rice (2009), señala entre sus alcances el "desarrollo de acciones de formación académica profesional en PS y educación para la salud y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria" (p.3). En este sentido, el Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS), refiere que para 2009 existía en Colombia el programa de Tecnología en Promoción de la Salud en la Universidad de Nariño, en Pasto (Arroyo, 2009). Más allá de este referente, la página web de REDCUPS da cuenta de dos programas de posgrado en PS, a nivel de especialización, así como varias ofertas de educación continua.

Por su parte, la encuesta exploratoria y los entrevistados aluden , además de la formación en PS en los currículos de las carreras de salud, a unas pocas experiencias y propuestas de formación en PS, tales como programas de posgrado y de educación continuada, ofertados desde las unidades académicas de las IES. No obstante, no se percibe en los relatos mayor conexión entre tales programas y el desarrollo de la PS en las instituciones.

En síntesis, en las estrategias educativas identificadas predomina el interés por incidir sobre el comportamiento individual y es notorio el despliegue de múltiples recursos y alternativas que incluyen la participación activa de la población, principalmente de los estudiantes, con el propósito de lograr con ellos una comunicación más efectiva.

De otro lado, si bien se evidencian avances importantes en la inclusión de contenidos en los currículos, lo cual es considerado por los gestores como un imperativo de la PS en las IES, conforme lo señalan los referentes internacionales, se alude a dificultades para permear la academia y a la necesidad de esfuerzos ingentes de abogacía para lograr tal incidencia.

Adicionalmente en este aspecto, cabe señalar que la transversalización, puede ir más allá de ofrecer a los estudiantes asignaturas u horas de clase, para que estos conozcan sobre temas de salud e incidir con ello sobre el comportamiento individual y colectivo. Siguiendo el llamado de Rice (2009) a la IES, en el sentido de transformar sus acciones para incidir sobre los determinantes de la salud, la transversalización de los currículos puede trascender a la incidencia que sobre la salud, el bienestar humanos y sus determinantes, tenga el hacer

desde los diversos campos de conocimiento y las profesiones en las que se están formando los estudiantes; es un concepto que se relaciona con el empoderamiento, en tanto capacidad de los futuros profesionales de generar transformaciones sociales. Así lo refiere precisamente la coordinadora de REDCUPS:

> "¿Cuál es la idea de la tranversalización de la PS en los currículos según se planeó en Navarra?, solamente vamos a lograr cambios culturales si el arquitecto, el ingeniero, cualquier disciplina, tiene la formación suficiente, los elementos conceptuales y las habilidades necesarias para, desde el ejercicio de su profesión, o de su carrera técnica o profesional, aportarle a la PS, entonces yo como diseñador cuando diseño pienso en las mejores condiciones para la salud y lo propio desde cada una de las disciplinas en las que nos formemos"

Como en el caso de las políticas saludables, este tipo de acercamiento a la responsabilidad de las IES, guarda relación con acciones de abogacía para incidir sobre las aproximaciones, comprensiones y abordajes que del quehacer profesional hacen las unidades académicas. En tanto se reconoce que la gestión a dicho nivel resulta difícil para los gestores de acciones, la transversalización de los currículos aparece como un ideal que sale con frecuencia de su alcance y que se espera sea movilizado a través de políticas institucionales o incluso gubernamentales. Hay que tener en cuenta además, que la implementación de aproximaciones como esta en los currículos, guarda relación con los enfoques y comprensiones de la realidad por los que optan los programas o las instituciones y responde entonces a las convicciones políticas o ideológicas que les subyacen (Misas, 2004).

De otro lado, el abordaje de la educación para la salud en las IES, muestra aproximaciones a un concepto de salud más positivo, que toca y trasciende por momentos la mirada centrada en las enfermedades, poniendo el énfasis sobre el estar bien, el disfrute de la vida universitaria y los factores protectores, lo cual se viabiliza con el empleo de enfoques como el de HpV; no obstante, es incipiente aún el alcance a los conceptos de calidad de vida y determinantes/determinación social en salud.

Por último, cabe reiterar que las acciones educativas se dirigen principalmente a los estudiantes, si bien algunas se realizan pensando en dar alcance a los empleados administrativos; en pocos casos, se expresa la intencionalidad de generar acciones de este tipo dirigidas a la población docente.

5.2.4 Orientación (o reorientación) de los servicios de salud de las instituciones

Como se mencionó previamente, los servicios médicos o de salud de las IES, por efecto de diferentes influencias, se han ido transformado con el tiempo. Adicional a ello, la Carta de Ottawa hace un llamado a la reorientación de los servicios de salud como una de las estrategias centrales de la PS, refiriéndose en particular a la necesidad de que, más allá de la provisión de servicios clínicos y médicos, tracen puentes de comunicación con los sectores sociales, políticos y económicos (abogacía y acción intersectorial por la salud); sean sensibles y respeten las necesidades culturales de los individuos, y giren en torno a sus necesidades (OMS, 1986; OMS, 1998).

En relación con estos lineamientos, las definiciones de UPS/US hacen algunas alusiones al papel de los Servicios de salud institucionales en la PS en las IES. Así, la Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior de Lange & Vio (2006), señala intervenciones preventivas de consejería y asesoría en sexualidad, tratamiento en caso de abuso y dependencia del alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, que podrían ser asumidas por estos servicios o proveerse a través de remisiones o nexos con otros prestadores.

La Carta de Edmonton (2005) por su parte, señala como una de las metas de las UPS "mejorar los servicios de salud para funcionarios y estudiantes" (pág.3), así como "lograr una mayor comprensión de la problemática de salud y bienestar de estudiantes, funcionarios y autoridades" como uno de sus compromisos de acción; aun cuando no se explicita esta última como una tarea de los servicios de salud, coincide con la responsabilidad que en algunas IES colombianas han asumido los servicios de salud, en ocasiones de manera compartida con otras instancias.

En la definición de Arroyo (2009), se enuncia que una UPS ofrece servicios preventivos de cuidado y atención a la salud; en tanto Ippolito Shepherd (2010) habla de brindar "acceso oportuno a servicios de calidad para la prevención y el tratamiento de la enfermedad" (pág.37).

En el contexto de las IES colombianas estudiadas, la existencia y alcance de los servicios de salud institucionales o universitarios muestra gran diversidad y es un tema que genera

controversias. Las opiniones de los entrevistados reflejan inquietudes alrededor de la responsabilidad de las IES frente a la atención de los estudiantes, las dificultades que implican la habilitación de los servicios y la duplicidad de acciones con el SGSSS. En consecuencia, algunas IES carecen de servicios de salud para la atención de los estudiantes, mientras otras cuentan con unidades que prestan una variedad de programas en diferentes niveles de atención. En los siguientes relatos se identifican varias modalidades:

> "Nosotros no hacemos salud, nos tocaría habilitar un servicio de salud y decirle a la secretaría que tenemos un servicio de salud aquí. Nosotros no hacemos actividades de salud, porque esto es una oficina de orientación de servicios de salud, cuando detectamos que hay alguna situación de salud nosotros lo que hacemos es la derivación hacia su EPS o lo que sea, eso es lo que hacemos" (LQ, Institución universitaria privada, Bogotá)

> "El consultorio médico nuestro no nace para dar una respuesta asistencial (…) ¿qué se plantea cuando nace el consultorio?: no vamos a tener médicos generales, vamos a tener médicos especialistas en medicina familiar porque son ellos quienes nos ayudan a fortalecer estrategias de promoción y prevención a nivel comunitario (…) entonces tenemos tres especialistas en medicina familiar (…), tenemos las auxiliares de enfermería, tenemos unas psicoterapeutas especializadas en el tema de cigarrillo, ese es el equipo del consultorio médico. El modelo con el que trabaja es el modelo de mantenimiento de la salud (…), entonces no nos quedamos en que me duele la cabeza tome esta pepa, sino le apostamos a mejorar las condiciones de la comunidad educativa" (CG, Universidad privada, Bogotá)

> "El apoyo integral en salud (…) es la consulta médica, odontológica, psicológica y gestiones con servicios adscritos, a los estudiantes se les apoya un porcentaje del laboratorio, valoración por especialistas, cirugía y otras cosas, que depende mucho en cada caso, también lo de psicología (…) para consulta psiquiátrica, dermatología cosas así muy en el campo de la atención en salud (…). De esa atención una parte está destinada a toda la comunidad universitaria y otra solamente a los estudiantes que se benefician del servicio de salud de la universidad y que para que tengan el servicio deben haberlo solicitado y que las trabajadoras sociales consideren que amerita darse ese apoyo. Algunas actividades de promoción y prevención, asesoría en sexualidad, anticoncepción, la consulta psicológica, todo eso es para todos y todas las estudiantes, lo mismo la toma de la citología y jornadas de colposcopias, pero ya otras cosas como consulta médica, consulta externa, consulta de odontología o las remisiones, son para los que tienen el beneficio de la universidad" (SV, Universidad pública, Pereira)

> "Aquí el servicio estudiantil es un servicio de beneficios a los estudiantes que es muy bueno y muy completo, es tal vez el mejor de Colombia, los estudiantes lo defienden a capa y espada porque es muy bueno, es para pregrado y posgrado (…). Hay varias dependencias internas, está el servicio médico asistencial, está el servicio odontológico, el servicio psicológico, están esos tres; y hay un área de promoción y prevención que está supra servicios, o sea, tiene que ver con los tres servicios, con el psicológico, con el odontológico y con el servicio médico (…). La tendencia es a que eso tiene que irse acabando. Y en este momento, todo lo que se pueda mandar por la EPS del estudiante se manda, es que el servicio de salud no es una EPS para usted… pero es que a mí me descuentan… ellos dicen que ya están pagando seguridad social con eso, pero o sea, uno dice, son cosas bonitas que no deberían desaparecer" (AR, Universidad pública, Cali)

Los relatos de los entrevistados reiteran deficiencias en la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios de salud prestados a través del SGSSS, que se manifiestan en las necesidades de salud de la población y justifican la complementariedad e incluso la duplicidad de servicios que deberían ser provistos por el sistema; se mencionan en particular la ausencia de respuestas de calidad en la atención en salud mental y para el manejo del consumo, el abuso y la dependencia del tabaco, el alcohol y otras drogas.

> "Otro tema en donde yo siento que hay un vacío en el sistema, es en toda la parte de salud mental, a mi parece realmente preocupante como se han ido aumentando, a nivel general, ansiedad, depresión, estrés, y va uno a ver y el sistema ofrece tres sesiones, ¡tres sesiones!, digamos, a nivel de problemas tan serios como adicciones, por ejemplo a nivel de alcohol, claro que tenemos en nuestras poblaciones, no solamente en las universidades sino en las poblaciones tenemos personas con serios problemas de abuso y consumo problemático de alcohol, ¿qué ofrece el sistema?, pues ahí hay un vacío terrible, no es que todo lo que no haga el sistema le corresponde a las universidades, pero las universidades si podemos hacer cosas, por ejemplo estrategias de prevención integral (…), pero allí claramente tenemos cosas que ofrecer que no se pueden agotar en oiga pues yo remito al sistema a que le hagan tres consultas, en donde si yo realmente estoy seriamente deprimido, tres consultas, la empepada no me va a solucionar mi problema" (CG, Universidad privada, Bogotá)

En medio de este panorama, los gestores coinciden en señalar que los servicios de salud de las IES cumplen un papel importante en la promoción del aseguramiento en salud, en la caracterización del perfil y las necesidades de salud de los estudiantes (en ocasiones también

de docentes y trabajadores administrativos), en la prestación de servicios preventivos y en la derivación o remisión al SGSSS para la atención de la enfermedad.

- **Promoción del aseguramiento**

El SGSSS colombiano, basado en el aseguramiento, dispone mecanismos que en teoría garantizan la cobertura de toda la población. No obstante, en el caso de los estudiantes universitarios, las IES se encuentran con que parte de su población estudiantil no está afiliada[9], entre otras razones, por las condiciones económicas de los padres, sobrepasar la edad máxima para ser beneficiario, trámites administrativos de las EPS, cobertura del régimen subsidiado limitado al lugar de origen (en estudiantes que migran de otras ciudades para realizar sus estudios) y no cumplimiento de los requisitos para poder acceder al régimen subsidiado (Sánchez, 2006; Rojas, 2008)

> "Yo lo planteé ese día que me dieron la oportunidad de hablar con los dos ministerios Educación y Protección Social, la realidad es esta, los estudiantes no están asegurados, están por fuera, no es que están cubiertos por el SISBEN y la EPS, no. Si hacemos un estudio, que yo conozca hemos hecho como tres o cuatro que han sido públicos, el nuestro demostró que un 54% de nuestra población está por fuera del sistema" (SA, Institución universitaria, Medellín)

Así las cosas, se han previsto acciones como campañas, alianzas con entidades públicas y mecanismos de presión, orientados a lograr la afiliación al sistema de todos los estudiantes. Algunas de estas acciones se gestan y actúan desde los servicios o áreas de salud, otras se delegan en unidades académicas y administrativas.

> "Nosotros dentro de US trabajamos mucho que se sisbenicen los que no están sisbenizados y si se pueden sisbenizar, hay otros que están encuestados pero no han ido por el carnet, entonces les explicamos mucho, no mira es que entonces lo que tú tienes que hacer es esto y esto, y les hacemos un acompañamiento para que si estén en el SGSSS. Antes teníamos digamos como el 60% mira que ya vamos como en el 35%, luego bajamos al 50%, al 43%; pero es por eso, porque estamos haciendo muchas campañas (…), pero lo que estamos absolutamente convencidos es que eso no va, así el presidente diga que es el 100%, eso no es cierto, hay miles de situaciones, en la empresa de mi papá no pagaron, miles de situaciones

[9] Los entrevistados refieren cifras que oscilan entre el 20% y el 60% de estudiantes no afiliados al SGSSS.

que hacen que ellos en determinadas épocas de la vida no tengan seguridad social en salud" (OM, Universidad pública, Medellín)

Las campañas y jornadas de afiliación, incluyen la sensibilización acerca de la utilidad e importancia de ingresar al sistema, así como la alianza con entidades públicas y privadas (EPS, autoridades de salud) que orienten o faciliten los trámites correspondientes (la Figura 10 muestra una nota de prensa sobre una campaña de este tipo realizada en una Universidad pública en Bogotá).

Figura 10. Campaña para promover la afiliación al régimen subsidiado

Nueva jornada de afiliación al Sisbén para estudiantes de la UN

Archivo particular

Bogotá D.C., abr. 13 de 2009 - Agencia de Noticias UN– Con el propósito de beneficiar a los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia que aún no cuentan con ningún tipo de afiliación al sistema General de Seguridad Social en salud, la Dirección de Bienestar, por intermedio de la División de Salud Estudiantil, tiene programada una nueva jornada de activación al régimen subsidiado Sisbén, ofrecido por la Secretaría de Salud.

Hace quince días, cuando se organizó un evento de este tipo, 147 de los 1.550 estudiantes que aún no contaban con el servicio se vieron beneficiados con la afiliación. Con está nueva convocatoria, que se llevará a cabo desde este martes 14 de abril a las 8:00 de la mañana y durará hasta el próximo viernes 17 de abril a las 4:00 de la tarde, se espera que el resto de los estudiantes aproveche la oportunidad. La jornada tendrá lugar en el primer piso de las instalaciones de la División de Salud Estudiantil (Torre de Enfermería).

"Se han hecho contactos con la Secretaría de Salud de Bogotá para que se le diera una prioridad a los estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá en la asignación de cupos para los beneficios del Sisbén", afirmó el doctor Javier Eduardo Bejarano, director de la División de Salud Estudiantil de la Dirección de Bienestar de la UN.

"Cada año ha venido disminuyendo el número de personas que no tiene afiliación al Sistema de Seguridad Social. Sin embargo, todavía hay una población que, hacia finales de 2008, correspondía al 6 por ciento del total de la sede Bogotá, que estaba descubierta", recordó el funcionario.

Los estudiantes que provengan de fuera de Bogotá tienen que desafiliarse al sistema al que pertenecen porque en algunos municipios no existe cobertura de riesgos fuera de ellos. Los demás requisitos, para todos los aspirantes en general, son, en primer lugar, no estar afiliados al régimen contributivo, clasificación al Sisbén 1 y 2. La clasificación 3 entra pero sin algunos beneficios de los anteriores.
Los alumnos que se acerquen para recibir la afiliación deben presentar el documento de identidad y el carnet estudiantil vigente. El trámite no tiene ningún costo.

Fuente: Agencia de noticias UN (2009)

Se reporta también que algunas instituciones han tendido puentes con las autoridades locales de salud para garantizar que los estudiantes sean incluidos en programas subsidiados de atención de las redes públicas de hospitales:

> "Ese es un programa desde la gobernación y la universidad, surge porque por estadísticas y estudios se pudo detectar que había una población de estudiantes que no estaba cubierta por ningún tipo de servicio (…). Fueron armando todo eso y surge algo que se llama Asohosval, es Asociación de Hospitales del Valle, pero hospitales públicos, como la universidad tiene presencia en estos municipios entonces materializaron esa propuesta (…) entonces lo que hacemos es iniciado el semestre, con el formato que se pasa, cada estudiante llena eso entonces ya se sabe quién lo cubre y el que no tiene nada de nada entonces se reporta en unos listados a la universidad y la universidad lo reporta a ese programa y ya ellos quedan cubiertos ahí" (RV, Universidad pública, Yumbo)

Como parte de las estrategias para promover la afiliación al SGSSS, los entrevistados refieren que se han implementado además, mecanismos como la exigencia del comprobante de afiliación para matricularse, realizar salidas de campo o prácticas hospitalarias.

Adicionalmente, las IES han implementado la adquisición de pólizas de aseguramiento en caso de accidentes para los estudiantes, que solucionan en parte las necesidades de atención en tales casos y que en algunas ocasiones, incluyen coberturas para el manejo de enfermedades no derivadas de accidentes.

- **Caracterización del perfil y las necesidades de salud de la población**

Una de las acciones destacadas por los gestores es la caracterización de la población, bien en términos de estilos de vida, de perfiles de factores de riesgo o de ocurrencia de enfermedad. Estos se convierten en el punto de partida de las acciones que desde los servicios de salud o en general desde las diferentes instancias involucradas en acciones de PS o prevención se desarrollan en las IES. Los gestores reconocen estas líneas de base como un elemento central de la PS, lo cual es coherente con lo señalado en las Cartas de Ottawa (1986) y de Edmonton (2005).

En la elaboración de estas caracterizaciones participan las áreas o servicios de salud de las IES, otras instancias de bienestar y académicas, y en ocasiones se articulan o complementan con los resultados de investigaciones adelantadas por programas académicos del campo de la salud. Para realizar tales caracterizaciones se usan instrumentos y estrategias diversas, como el diligenciamiento de historias clínicas y la aplicación de encuestas en papel y en línea, o el reporte de motivos de consulta o accidentes.

> "En un segundo momento lo que nosotros dijimos fue bueno, cómo vamos a caracterizar las necesidades en materia de salud de la comunidad educativa siendo tan grande, siendo tan compleja (…), ¿cómo vamos a priorizar problemas de salud? (…) algunas estrategias: se trabajan los perfiles de riesgo en el consultorio médico y se diseña un software para tener perfiles de riesgo individuales y colectivos que nos permitieran priorizar problemáticas; otra estrategia que nos sirvió fue pensar en investigaciones y hacer alianzas con los departamentos para hacer investigaciones que nos permitieran caracterizar; también se hizo una encuesta (…). Bueno… el énfasis en esa segunda etapa fue estrategias de caracterización de necesidades para poder establecer prioridades y por dónde íbamos a intervenir, y qué actividades de promoción y prevención, que complementaran lo ofrecido por el sistema, íbamos a ofrecer para los miembros de la comunidad educativa" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Así, en algunas instituciones se ha implementado la apertura de una historia clínica integral como requisito para el ingreso a los programas de pregrado, lo que permite conocer las condiciones del total de la población de ese nivel de formación al momento de su entrada a la institución. En otros casos, la información se levanta cuando las personas acuden a los servicios, a través de los exámenes de Salud Ocupacional, en el caso de los trabajadores, o mediante encuestas en línea que se envían a los correos institucionales, se publican en las páginas web o se incluyen en los sistemas de información institucionales.

> "Otro residente va a hacer una caracterización con un cuestionario para detectar, hacer un barrido de ciertas características de toda la universidad, porque nosotros tenemos es la caracterización solo de octavo semestre y de este proyecto solo residentes de medicina y docentes, en cambio él va a aplicar a las cuatro facultades y a toda la parte administrativa, y se va a hacer a través de caracterización de todo lo que son estilos de vida y de prácticas preventivas en la universidad a través de tele-educación, a través de la plataforma, para que le llegue a todo el mundo (…) la idea es que no tengamos ningún problema en la hojita sino hacerlo a través de sistematización directa; él va a hacer inicialmente una piloto con un grupo y luego lo van a pasar con tele-educación, con la página de la universidad, que llega a todos los estudiantes y a todos los profesores y a todo el personal administrativo" (SM, Institución tecnológica, Bogotá)

Como en el relato anterior, cuando las caracterizaciones se elaboran como parte de proyectos de investigación liderados por unidades académicas, suelen partir de muestras representativas de toda la comunidad de la institución o de una parte de ella: facultades, programas, estamentos.

Las historias clínicas de ingreso incluyen una serie de variables que apuntan principalmente a la identificación de factores de riesgo, algunos factores protectores y la presencia de patologías desde una perspectiva de salud integral.

> "Hace siete, seis años comenzamos con esto que se denomina el perfil epidemiológico, entonces esta es la historia de los estudiantes que ingresan con variables estadísticas, totalmente medibles, que pregunta todo: lo social, lo económico, lo personal, lo familiar, lo de salud física, mental, psicológica, nutricional, gustos, cultura, deportes, todo; o sea, nos va a dar un perfil completo de la persona de todo, en qué estrato vive, hasta que año estudiaron sus papás, vive con el papá, con la mamá, por qué no vive, absolutamente todo, entonces ya no solo teníamos una percepción sino que podíamos medir como estaban ingresando nuestros estudiantes y en qué nos íbamos a gastar el dinero de Bienestar" (OM, Universidad pública, Medellín)

Aludiendo a las encuestas, dos entrevistados refirieron usar el *Test de Autoevaluación: ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?*, incluido en la Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior de Lange & Vio (2006), haciendo del mismo adaptaciones para sus contextos particulares.

> "Una de las ganancias que logramos es que ya entrara como una investigación, entonces a raíz de ahora entra como una investigación, ¿qué hicieron los muchachos? dijeron que nos les había gustado, que estaba como muy infantil eso del Fantástico de allá, y se inventaron, las mismas preguntas pero pusieron otros monachos (…) nosotros vamos a aplicar los 10 items del mismo *Fantástico*, no vamos a trabajar por semestre sino por programa, no podemos llegar a la minucia con esto, entonces con esto que arrancamos ahora vamos a meter exactamente las mismas variables, más el grupo de sexo y edad que ahí no lo tienen contemplado, que nos sirve a nosotros" (MU, Universidad privada, Cali)

Este tipo de encuesta se enmarca también en un enfoque de riesgo y permite identificar principalmente comportamientos individuales de riesgo y protección en relación con: Familia y amigos, Asociatividad y actividad física, Nutrición, Tabaco, Alcohol y otras drogas, Sueño y estrés, Trabajo y tipo de personalidad, Introspección, Control de salud y conducta sexual.

Otra fuente de información para caracterizar y determinar las necesidades de la población referida por los gestores, son los motivos de consulta a los servicios de salud de las IES o a los seguros de accidentes.

> "Cogimos también los primeros diez motivos de consulta (…) trastornos gastrointestinales como gastritis y colon espástico, eran algunos psicosomáticos, como te dije ansiedad o depresión y el otro motivo eran los de salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual o embarazo no deseado. Con base en ello, bueno, entonces esto es lo que les vamos a enseñar: cómo hacer que no les dé gastritis, que no se les inflame el colon, que estén bien alimentados, que su autoestima esté muy buena, que tengan todas las diez HpV la Vida muy fuertes para que no se nos metan en la droga…"

> "Nosotros antes de tener la póliza, no sabíamos de los accidentes (…) para nosotros ha sido una herramienta valiosísima para caracterizar la siniestralidad, gracias a eso y a que trabajamos en llave con la aseguradora (…) a nosotros nos sirvió para poder caracterizar y dimensionar el problema y decir oiga mire, tenemos esto, y cuando uno tiene el accidente tiene el tipo de accidente, tiene las causas del accidente y dice ¿cómo puedo hacer prevención?" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Como resulta evidente en este tipo de aproximación al conocimiento de la población, el punto de partida son las enfermedades más frecuentes, en consecuencia, la respuesta desde los servicios se dirige a promover o evitar comportamientos que favorezcan su prevención o su manejo, en lo que debe reconocerse que los servicios de salud de las IES han ganado experiencias y conocimientos importantes.

De otro lado, vale la pena señalar que las entrevistas permiten advertir que algunas veces las necesidades o expectativas de la población no se identifican sólo a través de estrategias sistemáticas, estructuradas y sostenidas en el tiempo. Así, algunos de los gestores refieren que a través, por ejemplo, de grupos pequeños de participantes en una actividad o incluso en conversaciones informales, se busca conocer o explorar lo que los miembros de la comunidad esperarían o desearían encontrar en las unidades de bienestar o en los servicios de salud.

> "El Servicio Médico fue viendo que a los estudiantes no les gustaba el profesional de la bata blanca, entonces a veces uno tenía que estar sin bata blanca y buscar por ahí caminando para ver, si hacer preguntas sobre sexualidad, entonces después empezamos sobre planificación, entonces se animaban. Y últimamente, desde que empezamos a crear los Servicios de Salud Amigables, donde ellos participen, se forman los grupos y van definiendo las conductas para realizar, simplemente el médico y la enfermera son asesores, no consultores sino asesores para educarlos, ellos deciden, entonces cuando ya ellos dicen que sí, entonces pasan donde el médico, pero entonces ellos ya han hecho un montón de trabajo entre ellos, han promocionado su proceso de salud y su grupito de salud" (JP, Universidad privada, Medellín)

Estos acercamientos aparecen rompiendo las lógicas tradicionales de diagnóstico-atención, y si bien aparecen en las entrevistas realizadas como casos aislados, dan pistas sobre procesos de empoderamiento de los individuos y las comunidades, no solo frente a sus propias determinaciones en el cuidado de sí, sino frente a los servicios de salud institucionales.

Cabe añadir por último que en lo que se refiere a las prácticas de caracterización de la población, algunos entrevistados hicieron referencia a la inclusión de variables relacionadas con el desempeño académico. Así, la historia integral de ingreso u otras encuestas complementarias exploran elementos como hábitos de estudio, habilidades académicas, así como algunas condiciones socio-económicas y psicosociales que se asocian a los fenómenos de bajo rendimiento y deserción, sirviendo esta información para identificar grupos o individuos que podrían estar en esas situaciones y desplegar estrategias focalizadas para prevenirlos.

> "En las pruebas iniciales hay una evaluación física, la evaluación de riesgo psicosocial y ahí también entran las compañeras que trabajan atención integral con todo lo de riesgo socio-económico, familiar, y el tema de matemáticas y lecto-escritura, todo eso son pruebas que se hacen en esa semana de inducción, y nosotros como salud integral apoyamos en la detección con la prueba de salud" (SV, Universidad pública, Pereira)

El tema de deserción académica, aun cuando en algunas IES se explora y aborda desde hace varias décadas, recientemente ha cobrado mayor relevancia. Lo anterior, en tanto constituye una preocupación del Gobierno Nacional, que desde la primera mitad de la década de 2000, ha desplegado esfuerzos para estudiarlo y apoyar a las IES en su disminución, recomendándoles recolectar y reportar datos sobre el comportamiento del fenómeno, así como implementar estrategias institucionales para prevenirlo (Ministerio de Educación Nacional, s.f.; Ministerio de Educación Nacional, 2009).

> "Nosotros estamos muy apuntados a la deserción, digamos la política grande es la deserción, o las políticas anti deserción; entonces nuestras acciones apuntan a esa deserción. Lo que nosotros hacemos está muy relacionado con lo que usted está investigando, ¿por qué? Porque dentro de las tres causas grandes de deserción universitaria, hay la primera que son las causas económicas (…), la otra causa pues son las causas académicas (…), pero hay una tercera causa que podemos catalogar como causas psicosociales, algo así, y eso no es un invento nuestro, es una cosa que está en el SPADIES, entonces de alguna manera nosotros a través del SPADIES por ejemplo buscamos gente que esté de riesgo o la otra manera de buscar a las personas que

> están en riesgo es a través de las decanaturas, de los profesores, de los instructores, es decir estamos en comunicación con toda la comunidad universitaria, los representantes de cada curso, es decir los estudiantes, que ellos son los que están detectando desde sus estudiantes, las personas que pueden tener algún tipo de riesgo psicosocial (…) con lo anterior era el cuento de lo que es salud mental y socio familiar, dirigido hacia las cosas de la deserción universitaria" (LQ, Institución universitaria privada, Bogotá)

Pocos encuestados y entrevistados se refieren a estas acciones como propias de la PS, sin embargo, resulta claro a partir de lo anterior que la información recabada en los servicios de salud para caracterizar la población, así como las acciones que desde allí se desarrollan, se articulan y contribuyen al objetivo institucional de prevención de la deserción.

- **Prestación de servicios preventivos**

Como ya se ha mencionado, se percibe como un imperativo para los servicios de salud de las IES, centrar su hacer en acciones de PS y prevención de la enfermedad. En este sentido, además de participar en acciones de abogacía, educación, caracterización de la población y promoción del aseguramiento, estos servicios adelantan intervenciones dirigidas a individuos o grupos sanos o en riesgo, para promover el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Así, entre las acciones de este tipo referidas, se incluyen consultas de orientación, consejería y educación, tamizaje, vacunación, profilaxis y seguimiento, dirigidas a la detección e intervención tempranas de riesgos y enfermedades y a la protección específica de la salud; esto particularmente en aspectos de salud sexual y reproductiva, salud emocional, salud visual, salud oral, prevención de riesgos asociados a actividades académicas, entre otros temas.

> "En prevención primaria qué hacemos, hacemos el paquete preventivo de odontología, entonces esta niña que acaba de ingresar le encuentran aquí esta cosita que tiene aquí y le encuentran unos calculitos y otras cosas, de una vez ella va a paquete preventivo de odontología, entonces le hacen la limpieza, el fluor, el detartraje y la educación y se le da un cepillo y una seda, entonces eso sería una prevención primaria; secundaria, se le aplica sellantes, y tiene 16 años pero no importa, le ponemos los sellantes; protección específica, por ejemplo la vacunación de VPH y las otras vacunas que también las colocamos como parte de universidad saludable" (OM, Universidad pública, Medellín)

> "Le apuntamos a programas masivos de detección temprana de cáncer de cérvix, programas de reducción de cáncer de seno, testicular, toma de citologías, hacemos evaluaciones nutricionales que es otra de las consultas fuertes, fuertes por esa preocupación de la parte nutricional, hacemos la parte de dermatología y la parte ginecológica, básicamente nos movemos en esas áreas, y para la población en general, ya miramos programas de prevención de la parte diabetes, osteoporosis…" (SA, Institución universitaria pública, Medellín)

> "Hacemos actividades en los sitios propios de atención, por ejemplo se hacen tamizajes, se hace por ejemplo los anticonceptivos, se les da y se les hace recambios con los laboratorios (…) control de las embarazaditas, curso psicoprofiláctico…" (AR, Universidad pública, Cali)

Estas acciones tienen como punto de partida los factores de riesgo detectados en la población o aquellos asociados al momento del ciclo vital por el cual atraviesan, aun cuando se trate de individuos aparentemente sanos o asintomáticos; en ese sentido, los modelos de mantenimiento de la salud[10], empleados en salud familiar, han resultado adecuados para guiar este tipo de intervenciones y han sido adoptados por algunas IES.

> "A ti se te atiende el dolor de cabeza, pero eso solamente es la puerta de entrada al programa de mantenimiento de la salud (…) tu llenas una encuesta y una carta de mantenimiento de la salud que le permiten al médico tener unas alertas que dicen, no se ha tomado la citología hace cinco años, y pilas porque no está comiendo como se esperaría las frutas y las verduras, entonces la consejería médica y el material que tenemos de apoyo le orienta a la persona a decir mira para mantenerte saludable es importante que te tomes la citología, entonces hay actividades de tamización (…) o quimioprofilaxis, que prescriben ellos algunas sustancias que te ayudan a mantenerte saludable (…), entonces si el perfil de riesgo nos muestra mire, definitivamente hay esta persona… se cita esa persona y se le dice mira es importante que tengamos un acompañamiento en este tema para que te puedas mantener saludable" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Adicionalmente, los servicios de salud de las instituciones realizan acciones dirigidas a la atención de la enfermedad. Más allá de la atención básica en casos de urgencias y primeros

[10] Se define mantenimiento de la salud como "aspectos prospectivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad , con base en edad, género, factores de riesgo y nivel de salud que se aplican a intervalos determinados por la evidencia través del ciclo vital individual y familiar en personas aparentemente sanas o asintomáticas" (Hudson, 1988, citado por Molina, Arias, Ruiz, Duarte, & Barceló, 1999, pág.14)

auxilios, los entrevistados en cuyas IES existen servicios de salud para estudiantes coinciden en afirmar, que tales acciones complementan el SGSSS o están dirigidas a los estudiantes no asegurados.

Algunos de estos servicios, se limitan a una atención inicial y la posterior derivación a otros prestadores con cobertura parcial o no de costos por parte de la IES, esto dependiendo de las condiciones económicas del estudiante; pero también pueden llegar a la realización de los tratamientos, es este el caso de la atención psicológica y del tratamiento del abuso y dependencia a algunas sustancias, particularmente al tabaco, que responden, de acuerdo a los relatos de los gestores, a la ausencia o limitaciones de estos servicios en el SGSSS.

> "Encontramos dentro de los perfiles de riesgo, que de las personas que fumaban en la comunidad educativa, el 90% decía yo quiero dejar de fumar, y resulta que el SGSSS no les ofrece nada para dejar de fumar y dijimos bueno esto es uno de los temas priorizados, ¿qué va a ofrecer la universidad? se abre la clínica para dejar de fumar (…) es un recurso sin ningún costo para los miembros de la comunidad educativa que dicen, oiga yo quiero dejar de fumar, ayúdeme" (CG, Universidad privada, Bogotá)

> "A los estudiantes se les apoya un porcentaje del laboratorio, valoración por especialistas, cirugía y otras cosas, que depende mucho en cada caso, también lo de psicología o para consulta psiquiátrica, dermatología, cosas así… De esa atención integral, una parte está destinada a toda la comunidad universitaria y otra solamente a los estudiantes que se benefician del servicio de salud de la universidad y que para que tengan el servicio deben haberlo solicitado y que las trabajadoras sociales consideren que amerita darse ese apoyo" (SV, Universidad pública, Pereira)

Por último, vale la pena señalar que estos servicios, como son presentados en los relatos de los gestores, están pensados principalmente, cuando no de manera exclusiva, para la población estudiantil y aún más, solo para quienes cursan programas de pregrado; no obstante, se mencionan esfuerzos para ampliar la cobertura a través de la articulación, por ejemplo, con las EPS especiales con las que cuentan algunas IES públicas, que prestan sus servicios a docentes y trabajadores administrativos, o con las unidades de Salud Ocupacional. Estos esfuerzos, así como la inclusión de acciones dirigidas al tema de actividad física, son referidos como producto de la adopción de los principios de UPS:

> "[Pensar como UPS] ha hecho que se modifiquen algunos servicios de salud hacia los estudiantes y también hacia el personal. A partir de este año ya nos hicieron historia laboral,

> que no teníamos (…), fíjate que la actividad física no la tenían y ellos están metiendo ahora una persona que los está apoyando en la parte de actividad física" (MU, Universidad privada, Cali)

En definitiva, los relatos de los gestores dejan entrever que para ellos, las acciones de mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades realizadas en los servicios de salud de las IES, caben bajo la sombrilla de la PS. Su existencia, tal como lo plantean las definiciones de UPS/US, contribuye a que una IES pueda jalonar la salud de los miembros de su comunidad, en tanto hace posible el conocimiento de las necesidades de salud y a su vez permiten desplegar acciones acordes a las mismas, además de proveer a las personas de herramientas para el cuidado de sí, que puestas en el espacio donde transcurre buena parte de la vida cotidiana, resultan accesibles.

De otra parte, más allá de las controversias que genera la duplicidad de acciones, es evidente que estos servicios significan, para una parte de la población, la posibilidad de acceder a la prevención y el tratamiento de enfermedades a los que, de otra manera, podría ser imposible o muy difícil llegar, y en definitiva, facilitan que estos individuos tengan vidas más saludables y puedan cumplir sus objetivos de formación y desarrollo personal en la educación superior.

No obstante, es necesario reconocer que estas acciones no agotan el potencial de las IES como entornos para promover la salud, en tanto se mantienen en la esfera del individuo (su cuerpo, su comportamiento, sus conocimientos sobre cómo cuidarse…) y no tienen la capacidad de incidir sobre las condiciones externas al comportamiento y a la biología que la afectan o la potencian.

5.2.5 Participación

La participación y el empoderamiento de las poblaciones, son elementos centrales en la teoría de la PS. Así, retomando la conceptualización del grupo de trabajo de OMS/Europa (1984), entre otros principios señala que la PS "apunta particularmente a la participación pública efectiva y concreta [enfoque que] requiere el ulterior desarrollo de habilidades para la definición de problemas y la toma de decisiones de manera individual y colectiva" (p.20). De otro lado, las conceptualizaciones de UPS/US de la Carta de Edmonton (2005), Lange & Vio (2006) e Ippolito-Shepherd (2010), incluyen la promoción de la participación/ empoderamiento como uno de los enfoques estratégicos de las actividades de PS en las IES y en particular Ippolito-Shepherd (2010) enfatiza que los miembros de las comunidades

educativas deben ser socios activos en el proceso de transformación colectiva de los factores determinantes de la salud y el bienestar.

Ahora, es necesario reconocer que en el discurso de los gestores de acciones de PS, suele asociarse la participación con la simple asistencia a las actividades ofrecidas desde los programas institucionales[11] y que en algunas de las acciones descritas previamente, los miembros de las comunidades educativas aparecen como receptores pasivos de las mismas.

No obstante, los relatos de los entrevistados también revelan una diversidad de aproximaciones a prácticas de PS en las que los estudiantes, docentes y administrativos juegan papeles activos que revelan diferentes grados de participación: Son consultados sobre sus problemas de salud y cómo solucionarlos, lo cual se refleja parcialmente en las descripciones sobre los procesos de caracterización de la población; apoyan acciones dirigidas por los gestores o profesionales encargados de la PS; diseñan acciones en cooperación con esos profesionales; lideran acciones o actúan como pares multiplicadores en la comunidad. En la tabla 6, se presentan algunos relatos de los gestores sobre experiencias de participación en cada uno de estas categorías.

Tabla 16. Experiencias de participación en las IES

Consulta sobre problemas de salud y cómo solucionarlos	"Le fuimos metiendo todos los demás ingredientes de universidad saludable, que era involucrar a toda la población, desde los niños de la escuela, hasta los empleados, los jubilados y los profesores, que nosotros no los teníamos muy involucrados, bueno, porque ya se dio el lineamiento a nivel rectoral desde el año 2010; y ahí comenzamos con esa jornadas que involucran a todo el mundo y empezamos a preguntarle a la gente, a los estudiantes ¿cómo cree que es una universidad saludable? (OM, Universidad pública, Medellín) "Tratamos de acercarnos mucho a los estudiantes que están en [los consejos de] Bienestar, o sea, tratamos de escuchar cuáles son las posturas que tienen con respecto a bienestar de forma interna, que cómo van con los docentes, cómo van con los deportes, qué implementos necesitan. Desde las decisiones que requieran inversión, cambios y eso (…), en realidad todo el tema institucional que requiera un cambio de lo que sea llega a los consejos, entonces en los consejos, en esos espacios el estudiante tiene voz y voto" (CG, Institución universitaria privada, Bogotá)

[11] En diálogo con algunos gestores asistentes al 2°Encuentro de REDCUPS realizado en 2012 en Bogotá, en el marco de una mesa de trabajo sobre "participación de estudiantes", estos centraban sus referencias al asunto en su preocupación por la baja asistencia a las actividades que programaban.

Tabla 16. Experiencias de participación en las IES (continuación)

Apoyo a acciones	"En la organización de Semanas de la vida saludable, eran los chicos los que nos decían, ustedes no están usando Facebook, Twitter, ustedes no están utilizando los medios virtuales, miren eso es facilísimo; y tenemos una chica justamente de diseño que realmente muy hábil con el tema y ella es la que nos ayuda con todo el tema virtual" (CG, Universidad privada, Bogotá) "¿Qué hicieron los muchachos? Dijeron que nos les había gustado, que estaba como muy infantil eso del Fantástico de allá, y se inventaron, las mismas preguntas pero pusieron otros muchachos, les dijimos, si lo quieren hacer, háganlo, entonces eso lo están trabajando" (MU, Universidad privada, Cali)
Cooperación en el diseño de acciones	"Hemos estado trabajando unas estrategias de participación de docentes y se conformaron sobre todo dos espacios, uno que es el Comité de apoyo al bienestar, que busca que de cada programa académico haya un delegado docente con el que podamos conversar para conocer cuáles son las situaciones que se presentan en los programas, para mirar y coordinar las acciones que ellos hacen y que nosotros hacemos, y la idea a mediano plazo es que en cada programa académico se conformen también espacios participativos para que miren el bienestar de su propia comunidad" (SV, Universidad pública, Pereira)
	"Hay un grupo que se reúnen con la Dra. E… y están trabajando eso, entonces dicen: ¡ah! es que a mí no me gusta hacer gimnasio, entonces ella montó un grupo de yoga y entonces ya hay como 25 estudiantes metidos con yoga, en la parte de empleados también ella tiene un grupo acá y otro grupo en la otra sede. Entonces yo les dije: bueno, ustedes quieren una cosa distinta a lo que… ¡ah! es que ponerme la pantaloneta, hagamos un ratico de yoga, entonces quieren empezar a hacer una salud mental y espiritual desde otro punto de vista, entonces empezamos a trabajar la medicina desde el campo de lo biológico, lo mental y lo espiritual. Ese grupo es muy bonito. Y partió de ellos, porque dijeron, porque no hay otra cosa distinta que sea taekwondo, capoeira, yoga, ¿usted sabe yoga? Yo manejo yoga, hagamos… entonces ella tiene aquí me parece que son los jueves por la mañana y allá lo hacen los martes" " (JP, Universidad privada, Medellín) "Les digo ¿qué más quieren, qué más necesitan? Yo lo que necesito son ideas porque a mí no se me ocurren, pero ustedes… todos son los que me enseñan, yo no soy la que sé, ellos son los que me enseñan y me dicen profe… ¿y qué tal un curso de primeros auxilios virtual?… ¡no se me había ocurrido! (AC, Universidad privada, Bogotá)
Actuación como pares multiplicadores	"Es identificar con ellos las situaciones que afectan su bienestar y salud, entonces por ejemplo con ellos mismos empezar a clarificar sobre todo dos temas, psicoactivos y sexualidad; entonces es que ellos adquieran algunos elementos que les permitan entender mejor esas dos problemáticas y con ellos mismos generar alternativas para trabajar con sus compañeros y compañeras" (SV, Universidad pública, Pereira) "Se está consolidando nuevamente un comité que se llamaba de tutorías, ahorita no sé cómo se llama, y que son estudiantes de primer semestre que tienen como encargo digamos, acompañar a los estudiantes que se detectan en riesgo y articular con nosotros la realización de las diferentes actividades" (SV, Universidad pública, Pereira)
Liderazgo de acciones	"Hay una estudiante en este momento vinculada de derecho y dice, yo quiero profundizar en la legislación que hay en torno a estos temas que ustedes han priorizado y yo quiero documentar, para ella es un beneficio porque hace esa búsqueda desde su carrera pero nosotros no hemos tenido ni el tiempo ni la conciencia tampoco de la grandísima importancia que hay en tener en cuenta todo lo que hay a nivel normativo y legislativo, y es ella la que dice oiga mi trabajo va a ser eso y lo que yo voy a dejar es eso" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Fuente: elaboración propia a partir de los relatos de los entrevistados.

Es importante resaltar la presencia de formas de participación en las que docentes, estudiantes y administrativos pueden tomar decisiones e incluso son corresponsables a la hora de establecer, priorizar y definir objetivos – participación con empoderamiento- (Krauskopf, 2003) y más aún aquellas en las que tienen la posibilidad de proponer e iniciar, desde sus propias iniciativas y dinámicas, acciones en favor de su bienestar - participación con autonomía y empoderamiento- (Krauskopf, 2003).

No obstante, en tanto muchas de las acciones de PS en algunas IES, permanecen bajo el enfoque biomédico tradicional (versión Estilos de vida saludables expuestos por Sutherland y Fulton (1992), Eslava (2002) y Carmona, Rozo y Mogollón (2005)), dan pocas posibilidades a los miembros de las comunidades educativas para que su participación trascienda la esfera de los comportamientos individuales (el propio o el de los demás) y alcance la de los determinantes de la salud y el bienestar de los que habla Ippolito-Shepherd (2010).

Aun así, es cierto que otras dinámicas presentes en las IES, tales como la participación en el gobierno universitario, los programas de apoyo a proyectos auto gestionados para el desarrollo humano, la conformación de grupos de movilización social de estudiantes, trabajadores o docentes, entre otras que con frecuencia no nacen en los Servicios de salud, han logrado incidir sobre las políticas, la cultura y las prácticas institucionales, dando lugar a mejores condiciones y posibilidades de desarrollo individual y colectivo, inclusión y convivencia. Es este el caso de las iniciativas de inclusión social de grupos étnicos, personas con discapacidad (particularmente estudiantes), equidad de género, grupos de personas con opciones sexuales diversas, pero también amantes de la ecología, las prácticas de actividad física al aire libre, el cine, defensores de medios alternativos de transporte y movilidad como la bicicleta, en fin… una gran cantidad de grupos y movimientos que conviven en las IES, las transforman, las hacen más incluyentes y las convierten en mejores lugares para estar, vivir, trabajar y estudiar y en ocasiones, logran incidir también más allá de ellas mismas. No obstante, tales dinámicas pocas veces se articulan de manera clara en las concepciones de PS de los entrevistados.

5.2.6 Intervención sobre el ambiente

Parte de las acciones hasta aquí descritas, implican alguna incidencia sobre el entorno físico, cultural o social de las IES; así, se han mencionado antes las políticas de regulación del

entorno, como las que se ejercen en cafeterías y ambientes libres de humo de tabaco; las estrategias educativas realizadas fuera de los Servicios de salud y la formación en HpV, que no solo modifican el paisaje y el transcurrir cotidiano en los espacios de las IES, sino apuntan, siguiendo a Wenzel (1997), a influir sobre los patrones de interacción que se siguen mientras se está en ese escenario.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este apartado se hará referencia a otras acciones de PS relatadas por los gestores, que recaen directamente sobre el entorno físico, y parten del reconocimiento de que este estimula comportamientos saludables o incide en la calidad de vida de la comunidad educativa (Lange & Vio, 2006) y que en ocasiones, configura barreras o necesidades de acción para lograr los objetivos de salud.

Hay que añadir que aunque en algunos de los relatos se percibe que las barreras del entorno parecen escapar de la gobernabilidad de los gestores, en términos de estrategias de PS, tales barreras podrían considerarse punto de partida de acciones de empoderamiento de la población y abogacía, tendientes a generar soluciones efectivas.

> "Para que un profesor acá vaya a hacer ejercicio, tiene que ir hasta la otra sede porque aquí no hay, aquí no hay canchas, aquí no hay nada de espacio para eso. Para que los estudiantes puedan ir a jugar futbol tienen que ir hasta la 180 donde hay un campus universitario" (SM, Institución universitaria privada, Bogotá)

> "Como en la universidad no había espacio para tanta gente, se decidió que nuestras horas de estudio son de 12 a 6 de la tarde, cuando ya no hay tanta gente, los sábados en las dos sedes; entonces el servicio médico no hay para nosotros, solo está hasta la 1 de la tarde (…) los sábados no hay cafeterías, no hay tintos, no hay servicio de salud, no hay papel en los baños…" (AC, Universidad privada que ofrece programas a distancia y nocturnos, Bogotá)

En este contexto, los gestores refieren que en las instalaciones de sus instituciones, precisamente como resultado de estrategias de abogacía y articulación intersectorial por la salud y el bienestar, se han emprendido acciones de señalización, salud/gestión ambiental, gestión de seguridad (física y biológica), así como de disposición, construcción o modificación de la infraestructura, pensando en incidir sobre el bienestar de las personas. Los temas a los que apuntan estas intervenciones son principalmente alimentación/cafeterías, actividad física/espacios para la práctica, bienestar físico y emocional/espacios para el bienestar, seguridad personal y salud ambiental.

Estas acciones, casi siempre se dan en el marco de programas estructurados o políticas de UPS/US, donde precisamente se consideran una línea de trabajo imprescindible (Lange & Vio, 2006; Arroyo, 2009; Carta de Edmonton, 2005); aun así, se incluyen también aquí algunos relatos que aluden a acciones que se han dado sin que dicha política o programa articulador exista, más si se reconocen como deberes de la institución o producto del compromiso de estas frente a sus comunidades.

- **Señalización**

En este aspecto los relatos aluden preferentemente a la demarcación de espacios libres de humo y al uso de elementos de protección personal, si bien durante el trabajo de campo también se observó señalización relacionada con el lavado de manos, la reducción del consumo de agua y luz, el mantenimiento de las condiciones de higiene en los baños y la separación de residuos (Figura 11).

Figura 11. Señalización sobre actividad física, ambientes libres de humo y salud ambiental

Fuente: Elaboración propia a partir de fotografías tomadas en diferentes IES de Medellín y Bogotá.

- **Salud o gestión ambiental**

En cuanto a los programas, sistemas o acciones de salud/gestión ambiental, los entrevistados hacen menciones someras a las estrategias que abarcan, las cuales incluyen el manejo de

residuos, políticas sobre el consumo racional de agua, energía eléctrica y papel, todas ellas dirigidas a mitigar el impacto de las actividades desarrolladas en las instituciones sobre el medio ambiente. Aun cuando por lo general estos programas están a cargo de instancias diferentes a salud o bienestar, se articulan con los programas o proyecto de US.

> "Tenemos unos proyectos con relación al medio ambiente, uno que tiene que ver con reciclaje y otro que tiene que ver con las zonas verdes, pero eso lo estamos trabajando también con planeación y con recursos físicos de la universidad. Hay cosas que son un poco más a corto plazo, que es todo lo que tiene que ver con manejo de basuras y el reciclaje, y tenemos un proyecto de bienestar pero ahí si ya no solamente está la dependencia que hablamos, sino hay otras dependencias que están vinculadas con ese proyecto, empezando porque aquí hay un programa de medio ambiente (…) es interdisciplinario y estamos varias dependencias vinculadas, y ahí estamos nosotros también trabajando en esa área" (LB, Universidad pública, Bogotá)

- **Gestión de seguridad**

Este asunto responde a que algunas IES están ubicadas en zonas con altos niveles de delincuencia, en donde la integridad personal de los miembros de la comunidad educativa está en riesgo. Ante esta circunstancia, una de las IES estudiadas presta servicios de transporte hasta sectores más seguros y establece formas de colaboración con las autoridades de policía.

> "Hay una responsabilidad con el entorno que se sale del control de la institución, nosotros tenemos comités de participación con la policía de la localidad para mirar cómo podemos hacer para manejar el tema de seguridad (…) ha habido casos de robos, había un señor que tenía por acá ya su "actividad laboral" todos los días, se iba, robaba a los estudiantes, se los llevaba, el tema de seguridad por allí era complicado pero ha mejorado, tenemos ya meses que no se reportan casos, siempre es delicado el paso de aquí hasta la caracas, por eso recomendamos esperar las rutas y salir siempre en grupos. Es un alto riesgo, digamos que la rutas favorecen en gran parte eso, porque la ruta (…) baja a los estudiantes y a todo el mundo, a nosotros también" (CG, Institución universitaria privada, Bogotá)

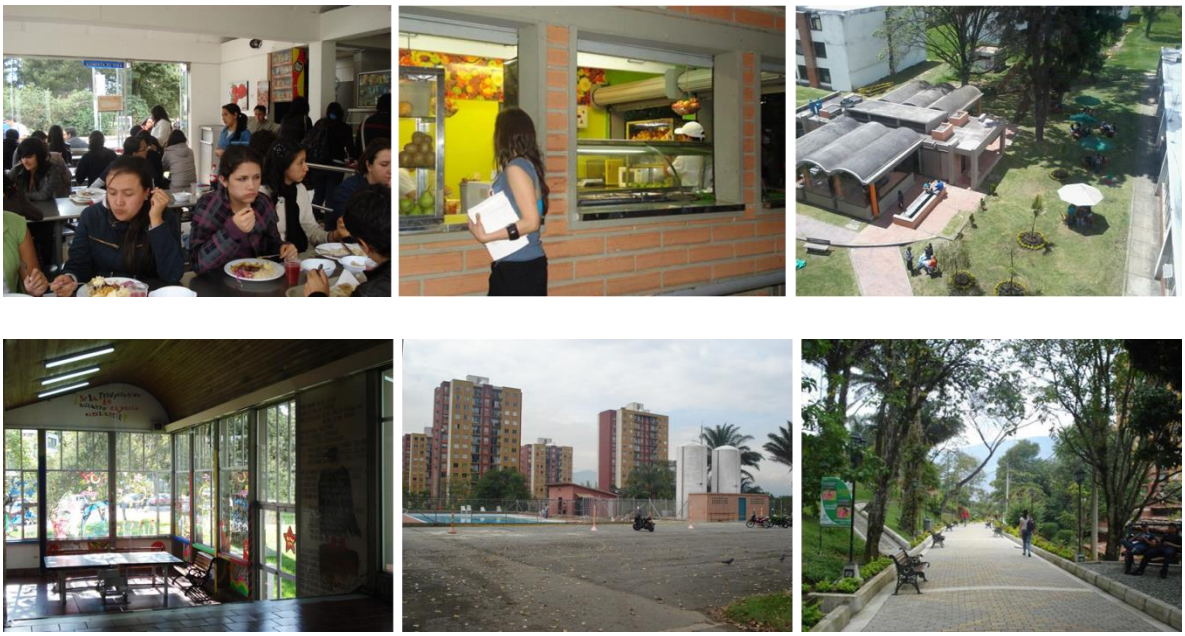
- **Disposición, construcción o modificación de la infraestructura**

Algunos entrevistados refieren que, en el marco de la voluntad institucional de promover la salud y el bienestar de las comunidades educativas, se han mejorado lugares como las

cafeterías y otros expendios de alimentos, así como los escenarios destinados a la práctica de actividad física, la recreación y actividades culturales, y se han creado lactarios y ludotecas.

> "Ellos nos dicen, como servicios de alimentación en la universidad nos comprometemos a tener un 70% de alimentos saludables, a fortalecer la presencia. Y tú ves allí por ejemplo unos techitos naranja, son unas fruteras, entonces está esa frutera grande y dos fruteritas ubicadas estratégicamente; se abre una línea de alimentación saludable y se piensan estrategias inclusive a nivel de costos para favorecer el acceso a alimentos cada vez más saludables" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Figura 12. Mejoras en escenarios para la alimentación y la actividad física



Fuente: Elaboración propia a partir de fotografías tomadas en diferentes IES de Medellín y Bogotá.

Adicionalmente, en escenarios como los hospitales universitarios, donde estudiantes y docentes permanecen por largo tiempo, se hace referencia a las acciones que desarrolla la institución para garantizar condiciones adecuadas de vivienda y alimentación para ellos.

> "La universidad tiene que garantizar que el espacio de descanso de los estudiantes sea idóneo y eso lo hace desde servicios administrativos, no obstante bienestar también tiene gran implicación, siempre estamos haciendo rondas constantemente, que los chicos tengan las condiciones adecuadas, que no hayan condiciones de falta de higiene, que las camas no se estén cayendo, que estén en las condiciones adecuadas (…) tratamos que las condiciones de

> los estudiantes en esas casas, tanto de internos como de residentes, sea adecuada, que al menos tengan un espacio en donde puedan descansar adecuadamente porque obviamente la sobrecarga laboral es altísima y si no tiene espacios adecuados de descanso pues pueden enfermarse" (CG, Institución universitaria privada, Bogotá)

Ahora bien, dado que en ocasiones la infraestructura propia de las instituciones es limitada, han recurrido al alquiler de espacios o a convenios con entidades externas, para ofrecer a los miembros de sus comunidades acceso a escenarios para la práctica de actividad física y actividades culturales o recreativas.

> "Como tú ves, acá nosotros no tenemos escenarios en este centro (…). En la Sede I…, allá tenemos una cancha múltiple que es pequeña. Los demás escenarios (…) son escenarios de fuera, se consiguen en alquiler o convenios, sobre todo para futbol 11" (CG, Institución universitaria privada, Bogotá)

> "Nosotros aquí no tenemos buen campus, pero ellos tienen unos convenios con gimnasios para que los estudiantes, docentes, podamos ir durante el tiempo laboral (…). Se contratan por ejemplo los espacios, los sitios… al frente está la Casa Taller, donde hacen todo lo que es danzas. La Casa taller es un sitio, yo no sé si la casa es propia o es alquilada, donde a medio día dan cuestiones artísticas, hay danzas, ahí también hay gimnasia también a las horas del mediodía. Por ejemplo, estudiantes que no pueden ir a su casa a almorzar, entonces almuerzan aquí y hacen las danzas allí. Yo por ejemplo estuve metida allí en cuestiones de cerámica" (MU, Universidad privada, Cali)

Tales limitaciones, sumadas al aumento del número de programas y con ello del tamaño de las comunidades educativas (Ministerio de Educación Nacional, 2013), han impulsado también la ampliación y construcción de edificios y campus.

En lo que respecta a nuevos campus universitarios, son numerosas las IES que recientemente han construido nuevas sedes, algunas de ellas, en las afueras de las ciudades[12], en los que se ofrecen más y mejores escenarios para el desarrollo de las actividades académicas, así como

[12] Para citar apenas algunos ejemplos de las ciudades en los que se realizó el trabajo de campo, en Cali, han construido o están construyendo nuevos campus la Universidad Libre, la Universidad Autónoma de Occidente y la Escuela Militar de Aviación; en Medellín, la Universidad de San Buenaventura, la Universidad CES y se proyecta la construcción del Campus Pedro Nel Gómez; y en Bogotá, pueden citarse la Universidad Militar Nueva Granada, la Universidad del Rosario y la Universidad Manuela Beltrán, entre otras.

mejores infraestructuras para el Bienestar; estos significan mayores oportunidades para la práctica de actividad física, la recreación activa y pasiva, mejores condiciones ambientales para el estudio y el trabajo; espacios más cómodos y acordes con la reglamentaciones vigentes para la preparación, venta y consumo de alimentos, accesibilidad física para personas con discapacidad, prácticas más amigables con el ambiente, adaptación a la normatividad vigente sobre sismo resistencia, entre otras ganancias; pero también genera impactos, por ejemplo, en los tiempos y las formas de desplazamiento, los sistemas de transporte masivo, que demandan en consecuencia respuestas desde las IES, en articulación con las autoridades locales (Universidad del Rosario, s.f.; Redacción Bogotá, 2012; Revista Dinero, 2012; Arenas, 2012; Universidad del Bosque, 2013; Arango, 2013); en definitiva, estas transformaciones tienen efectos importantes sobre la calidad de vida de las personas.

De otra parte, los entrevistados señalan como estrategias de PS, la disposición y apertura de espacios tales como salas amigas de la lactancia materna y ludotecas. Estas estrategias, con alcance a las familias de los miembros de las comunidades educativas, favorecen la salud física y mental de los usuarios, facilitando además condiciones para el desarrollo de la vida académica o laboral.

> "Las facultades se vinculan [a las salas amigas de la lactancia] desde lo pedagógico, porque no es solamente el acto mecánico de sacar la leche, almacenarla y llevarla, sino que queremos promover y fortalecer el vínculo la mamá, el bebé, la familia" (CG, Universidad privada, Bogotá)

> "[La ludoteca] Es salud mental para un papá (…), llegar a una universidad y un espacio donde él hace lo que quiere porque él es libre y tiene su autonomía y su libertad… para mí fue salud mental saber que él estaba en un lugar cuidado mientras que yo estaba trabajando, para una mamá es salud poder contestar su examen mientras que la niña… para mi es salud mental saber que mi hijo está conociendo donde vivo yo, donde estudió yo, cuáles son mis compañeros, cuál es la dinámica en la que estoy y saber que ellos saben que se esfuerzan para darle una mejor vida a ellos, para mí es salud mental, y para mí es salud física saber que mi hijo está cuidado, le están dando el refrigerio y puede dormir y puede estar bien después de haber viajado tres horas para poder llegar… y eso lo quiero replicar en todo el país porque centros regionales como Yopal recogen poblaciones 10 o 20 poblaciones a las que les toca ir hasta en chalupa, coger bus y llegar al centro regional y a veces con niños, y que la universidad tenga el agua, que tenga el tinto, que tenga un lugar donde guardar una maletica, eso es salud" (AC, Universidad privada que ofrece programas a distancia y nocturnos, Bogotá)

Para brindar todas estas condiciones, resulta fundamental la participación de las áreas de salud y bienestar en los equipos que toman las decisiones institucionales sobre infraestructura, de manera que sus consideraciones sean entendidas y tenidas en cuenta en los procesos de diseño y la destinación de recursos.

> "Esas cafeterías se están estrenando, entonces tienen toda la parte de normatividad sanitaria, de mesones en acero inoxidable para que puedan cumplir; pero entonces es de a pasitos, tenemos dos que ya arrancamos, hay otras dos (…) que la idea también es que entren en el proceso (…). La Oficina de planeación hace los diseños y yo me siento con ellos y los revisamos (…) Igual el trabajo con planeación ha sido bastante gratificante por eso, porque yo les digo "eso está muy chiquito ahí no cabe nadie", entonces me lo agrandan, ahí ya caben, ya es diferente" (MM, Universidad pública, Bogotá)

También, se señala la importancia de establecer alianzas y articular acciones con actores internos y externos a las IES, que por sus intereses, conocimientos o experiencia, favorecen la implementación de estrategias, en este caso, las Salas amigas de la lactancia.

> "Sobre las salas amigas de la lactancia y qué actores están vinculados, a nivel interno están vinculadas las facultades: Enfermería, Psicología, Nutrición, está Recursos Físicos (…) quien nos dota la sala con todas las condiciones reglamentarias (…); a nivel externo, está el hospital universitario (…) ellos tienen una experiencia maravillosa en el tema y tienen el lactario y tienen mamá canguro y nos han ayudado realmente muchísimo, de los plegables que repartimos, muchos nos los han facilitado ellos a nivel de información; la Secretaría Distrital de Salud nos ha ayudado con toda la parte de orientación, cuando pensamos en el proyecto ellos me dijeron tienen que tener en cuenta esto y esto y esto, como toda la orientación y toda la reglamentación que hay, nos han acompañado, estuvieron en la inauguración…" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Por último, cabe añadir que acciones como la disposición permanente de jabón, papel sanitario, artículos de protección femenina, condones; la eliminación de barreras arquitectónicas y la implementación de principios de diseño universal en los mobiliarios, para hacer posible la participación plena personas con discapacidad en las actividades de la vida universitaria; o la puesta en funcionamiento de ciclo-parqueaderos y ciclorutas, entre otras intervenciones sobre el entorno, podrían también ser consideradas como de PS, si bien no son señaladas por los entrevistados como tales.

5.2.7 Investigación

Los conceptos de UPS utilizados en este estudio y que han sido referentes para el desarrollo del tema en Colombia, señalan la investigación como una actividad estratégica de las UPS/US. La Carta de Edmonton (2005) en particular, refiere que la investigación en las IES, sirve para evaluar los resultados, mejorar las prácticas de PS y lograr una mayor comprensión de la problemática de salud y bienestar de las comunidades educativas; esto resulta evidente en el apartado sobre caracterización de la población, donde se enunció que con frecuencia los hábitos y comportamientos, así como las necesidades de salud y bienestar de la población, se caracterizan a través de proyectos de investigación, algunos de los cuales son liderados o se realizan de manera articulada con las unidades académicas.

Así mismo, REDCUPS reconoce la investigación como uno de sus ejes de trabajo y se ha propuesto como red, identificar y acopiar los productos de investigaciones en PS realizados en las IES, así como fortalecer a los miembros de la Red, para realizar nuevos proyectos de investigación que aporten a socializar las experiencias en PS existentes y ser insumo para mejorar la práctica (REDCUPS, 2011).

Respecto a los caminos temáticos de tales investigaciones, REDCUPS (2011) propone trabajar bajo un concepto positivo de salud y el desarrollo humano, abordando temas como: "determinantes sociales de la salud, equidad, sustentabilidad, productividad saludable, potenciación, cooperación y seguridad, conservación y fortalecimiento de la salud individual, colectiva y social, condiciones de vida y trabajo, cultura física y deporte, alimentación sana, distracción adecuada, relaciones humanas armónicas, sexualidad responsable, actitud responsable ante la protección del medio ambiente, inclusión de la salud en la escala de orientaciones de valores de la sociedad y políticas publicas saludables".

De otra parte, en tanto la generación de conocimiento a través de la investigación es una de las funciones sustantivas de la educación superior, se considera que estas pueden y deben abordar la realidad externa a las instituciones y generar conocimiento para la comprensión y el abordaje de los fenómenos que determinan la salud, que apoyen la práctica y sirvan como base para la toma de decisiones políticas (Carta de Edmonton, 2005; Rice, 2009).

En el terreno de las IES estudiadas, los gestores refieren que además de las experiencias que han contribuido a la caracterización de la población antes mencionadas, se han realizado, en

cooperación con las unidades académicas y con estudiantes vinculados a los programas de US, investigaciones orientadas a tener un mayor conocimiento de la vida universitaria y las necesidades percibidas por la población, que orientan la toma de decisiones y la priorización de acciones, inclusive políticas, desde la institución.

> "Para toma de decisiones institucionales hemos necesitado todo un proceso de avance, donde muchas cosas se sustentan en la investigación, decimos mire este problema, se caracteriza por esto, tiene esta dimensión, si no lo intervenimos pasaría esto, intervenirlo implicaría solamente esto, podríamos hacerlo así y así, tenemos estas alternativas, estos actores involucrados y ahí se toma una decisión institucional, claro, resulta realmente importante" (CG, Universidad privada, Bogotá)

> "Aquí tenemos toda una disponibilidad de recursos en la universidad para empezar a construir una política en donde se direccione directamente de acuerdo a todo ese análisis que hacemos permanentemente en investigación, empezar a construir que es lo que realmente necesita el estudiante y el profesor, porque no es decir: ¡hagan ejercicio aquí! (…) realmente hay que mirar cómo se orientan las actividades dependiendo de la necesidad de la comunidad universitaria" (SM, Institución universitaria privada, Bogotá)

Para apoyar la toma de decisiones institucionales, también se realizan investigaciones dirigidas a evaluar los procesos y resultados de los programas y acciones de PS que se implementan.

> "Lo más importante de la última etapa ha sido la parte de evaluación y allí surge esta investigación que te digo que estamos trabajando. Hemos tenido una evaluación de proceso muy valiosa, vamos a hacer una evaluación a nivel de resultados y vamos a hacer una investigación y vamos a plantear como, respecto a estos indicadores se ha avanzado, en estos temas priorizados y en los servicios ofrecidos" (CG, Universidad privada, Bogotá)

De otro lado, algunas de las experiencias de investigación relatadas, muestran que estas han sido oportunidades para aproximarse a la comprensión de los fenómenos de salud de las comunidades educativas, desde miradas que van más allá de la caracterización de los hábitos y comportamientos, apuntando a conocer el porqué de los mismos y a explorar las dinámicas de relaciones que se dan en las IES.

> "En este proyecto nos dimos cuenta que el médico, especialmente el médico o profesional de la salud no se cuida a sí mismo, y si no se cuida a sí mismo, así le ofrezcan todo, pues no sirve

> para nada la cosa. Tú le puedes ofrecer de todo y la persona no lo coge, ¿por qué? (…) salieron cosas muy interesantes con relación a por qué el profesional de la salud está acostumbrado a trabajo, trabajo, trabajo, y es trabajo porque está acostumbrado a dar y a dar y a dar, de todo y sacrifíquese y no coma, no duerma, no descanse, delo todo al paciente porque si no tiene una echada de una residencia y tiene una mala nota o si no el paciente se le muere y es su culpa, o sea, esa proyección de la culpa de que si usted no hace por el paciente y el paciente se le muere es su culpa, o sea, el negligente es usted; pero en realidad lo que descubrimos es que se es más negligente entre menos se cuide, o sea, es el efecto contrario, el estudiante y el residente se va formando de esa manera, entre menos se cuide, menos se cuide, más se dedica al paciente pero más lo lastima, es una cosa contradictoria, es una cosa paradójica"(SM, Institución universitaria privada, Bogotá)

Entre los temas que han sido estudiados a través de proyectos de investigación se refieren: hábitos de consumo y disponibilidad de alimentos, hábitos y barreras para la práctica de actividad física, consumo de tabaco y factores ambientales que lo favorecen, factores relacionados con el consumo de SPA, factores relacionados con el bajo rendimiento académico y la deserción, embarazo adolescente y deserción, conocimiento y satisfacción frente a los servicios de Bienestar Universitario.

No obstante ser una función intrínseca de la universidad, los gestores refieren pocas experiencias de investigación en el marco de la PS, salvo en aquellas instituciones en las que se han logrado articulaciones entre bienestar y academia sólidas y sostenidas en el tiempo. Es necesario anotar, que si bien pueden existir muchos proyectos de investigación desarrollados desde los programas académicos, estos no necesariamente se articulan con bienestar o se socializan los resultados de manera que puedan ser usados en la comunidad educativa. En este sentido, podría tratarse de dificultades para gestionar el conocimiento que construyen, esto es, particularmente para socializar y lograr la apropiación social del saber que producen (Cooke, 2005).

5.2.8 Acciones con alcance familiar y comunitario

Aunque las políticas, programas y acciones de PS en las IES tienen como foco principal sus propias comunidades educativas y entornos, Arroyo & Rice (2009) refieren que una UPS también desarrolla acciones con alcance familiar y comunitario. A su vez la Carta de Edmonton (2005) señala que las IES promotoras de la salud apoyan la PS en la comunidad

local, nacional y global y "asumen la responsabilidad de contribuir a mejorar la salud y bienestar de la sociedad en general, a través de la colaboración y el trabajo en redes" (pág.2).

Adicionalmente, las reflexiones de Rice (2009) respecto al papel de la IES frente a los determinantes sociales de la salud, ponen de relieve la función social de estas instituciones, que se relaciona con la formación de los estudiantes como agentes de cambio social y futuros tomadores de las decisiones que, a diferente nivel, tendrán repercusiones sobre las condiciones de equidad, pobreza, inclusión social, etc.; y que también se cumple a través de la investigación y de la conexión con las comunidades próximas, locales y regionales.

Como se ha anticipado, algunas de las IES estudiadas ofrecen a sus comunidades servicios que no solo representan beneficios directos para ellos, sino también para sus familias; se citaron ya las salas amigas de la lactancia materna y la ludoteca.

Además de estos espacios, algunas IES cuentan con colegios y jardines infantiles para la educación de los hijos de los docentes, administrativos y estudiantes; si bien el establecimiento de estos planteles no se menciona en sí misma como una estrategia generada en el marco de la PS, en ellos se desarrollan acciones como parte de los programas o políticas de PS, entre ellas, promoción de la alimentación saludable.

> "La cafetería del colegio es más chiquita que este espacio, entonces pues es muy complicado poder preparar cosas saludables. Nosotros tenemos un medio acuerdo con el arrendatario para que ellos en otros espacios realicen toda la parte preliminar para vender ensaladas, para vender salpicones… el espacio es muy reducido, entonces ellos si en algún momento empezaron a implementar la estrategia de escuela saludable (…), la idea es construir una nueva cafetería allá, pero eso sí está más demorado porque esa obra es completamente nueva. (…) En el jardín si hay un servicio de alimentos de la universidad (…) tiene su propia nutricionista, su propio equipo de trabajo, ellos hacen todo el proceso del servicio de alimentos. Ellos allí si regulan lo que le dan a los niños" (MM, Universidad pública, Bogotá)

De otro lado, dos de las personas entrevistadas reconocen algunas actividades de formación o extensión universitaria como de PS, las cuales inciden sobre la comunidad más amplia, bien sea la del área cercana a la institución o a nivel local, en la ciudad. Estas acciones se gestionan particularmente desde los programas académicos del área de la salud, pero también surgen, como en uno de los relatos a continuación, de iniciativas estudiantiles que reciben apoyo de la institución.

> "Estamos en comunidades con unas ONG haciendo prácticas, haciendo visita domiciliaria a población desplazada, a pacientes post hospitalizados (…). Hacemos salud de la mujer, lo hacemos con ginecología, todo lo que es autocuidado, y eso lo hacemos con mujeres vulnerables de toda esta zona. Con aldeas infantiles pediatría trabaja con los niños, hacemos aproximación de todo lo que es autocuidado en adolescentes con problemas de drogadicción y violencia y eso; trabajamos con colegios de Ciudad Bolívar, con colegios aquí cerquita, el de la esquina por ejemplo es un colegio en el que trabajamos con Medicina y con Enfermería, hacemos consulta del adolescente, del niño…" (SM, Institución universitaria privada, Bogotá)

> "Ese grupo después dijo: vamos a trabajar en prevención a nivel macro, y entonces hace unas brigadas en comunidades muy vulnerables donde trabajan prevención y todos estos temas de estilos de vida con estas comunidades… y se abren posibilidades para la salud. Definitivamente es una factor protector para ellos, pero también para las personas con las que ellos interactúan, es un chico donde es clarísimo que su posibilidad de ser feliz no se agota en el mismo sino en la posibilidad de aportar a otros, entonces es un factor protector potente, porque es una posibilidad de expresión y hay una riqueza grandísima allí" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Como en el ejemplo anterior, la participación de estudiantes en estas iniciativas de proyección social significa, no solo oportunidades de formación, sino de desarrollo humano, en tanto les ofrece posibilidades para satisfacer, entre otras, necesidades de protección, participación y entendimiento (Max-Neef, 1998)

En otra esfera de incidencia, se relata la participación de los gestores de acciones de PS en la formulación de políticas de salud para el país, y se habla de las posibilidades de influir hacia afuera a través de la socialización de la experiencia y el conocimiento que han construido.

> "Nuestra coordinadora de la Clínica para dejar de fumar es miembro del equipo que hace las guías de cesación tabáquica en Colombia (…), no solamente aportar a nuestra comunidad sino aportar al país desde la experiencia…y tienen publicaciones en los distintos temas, entonces es también esa responsabilidad social, no solamente frente a nuestra universidad sino frente a aportar a otros desde lo que se va aprendiendo" (CG, Universidad privada, Bogotá)

Resultan entonces escasas las experiencias de PS con alcance familiar y comunitario relatadas por los gestores, aun cuando resulta claro que las IES juegan un papel muy importante en el reconocimiento y la búsqueda de soluciones a las necesidades sociales del

país y por tanto, en su desarrollo social, económico, técnico, cultural, científico y por supuesto humano (Misas, 2004), y que tienen el potencial de contribuir de manera directa o indirecta al logro de objetivos comunes de diferentes sectores sociales (Ippolito-Shepherd, 2010).

6. Reflexiones finales y conclusiones

Algunas de las acciones de PS referidas por los gestores, ponen de manifiesto la superposición de los conceptos de PS y prevención de la enfermedad usados en ocasiones como sinónimos, así como la prevalencia de un concepto de salud asociado a la enfermedad o mejor, a la ausencia de ella, como no a sus satisfactores (Eslava, 2002) o al desarrollo del potencial humano. También muestran las delgadas líneas que se trazan entre ambos conceptos cuando se habla, por ejemplo, de estilos de vida saludables y se parte para su abordaje y se miden sus resultados a partir de datos epidemiológicos de ECNT (Mantilla, 2011).

Así mismo, algunos relatos dejan entrever aproximaciones a la PS que la reducen a acciones educativas o de mercadeo social, o al abordaje de los estilos de vida centrados en la modificación del comportamiento individual, todas ellas planteadas desde una perspectiva medicalizada en la que el entorno es simplemente la arena en la cual se llevan a cabo intervenciones dirigidas a poblaciones cautivas (Green, Poland, & Rootman, 2000).

Ahora, si bien el discurso de muchos de los gestores da cuenta del reconocimiento del entorno como activo en la determinación de la salud de los individuos, no siempre se percibe su modificación como un asunto gobernable para ellos; las brechas entre Bienestar y academia, las estructuras institucionales fragmentadas, con poca tradición de acción articulada e intersectorial, sumadas a la formación disciplinar y la experiencia de los funcionarios de las áreas de salud, llevan a que la educación y las prácticas preventivas, que están dentro de su base de conocimiento y experiencia (Maben & Macleod, 1995; Whitelaw, y otros, 2001; Mantilla, 2011), se privilegien.

Cabe reiterar y puntualizar que la PS en las IES en Colombia se ha desarrollado en un contexto de transformación del Bienestar Universitario, caracterizado por la disminución de

la asistencia e interrogantes acerca de su función. Tales dudas emergen particularmente para las áreas de salud tras la implementación del SGSSS, que si bien promete la cobertura universal de todos los ciudadanos, no logra cumplir esta meta ni satisfacer con calidad las necesidades de atención de la población, dejando así una brecha que justifica la subsistencia de la servicios médicos asistenciales en algunas IES.

Así las cosas, el discurso de la PS recae en las IES colombianas, al menos inicialmente, sobre las Áreas de salud/Servicios médicos de Bienestar Universitario/Institucional, como una responsabilidad que demanda rupturas con el hacer tradicional, pero que a su vez constituye un horizonte de posibilidades para reasignarle sentido a su permanencia en las instituciones.

En este sentido, las tres estrategias clave para los practicantes de la PS que identifica la carta de Ottawa: abogacía para crear las condiciones esenciales para la salud; hacer posible – facilitar que la gente desarrolle todo su potencial; y mediación entre los diferentes intereses de la sociedad en búsqueda de la salud (Dempsey, Barry, & Battel-Kirk, 2010), junto al llamado a partir de un concepto de salud positivo, que enfatice en las posibilidades de desarrollo del potencial y la realización humana o se oriente a la búsqueda de satisfactores o ideales de buen vivir (Eslava, 2002), constituyen llamados a procesos de transformación de las IES como organizaciones, así como desafíos para los profesionales de la salud, convocados a desarrollar nuevas habilidades, ejercer otros roles y relacionarse con otros actores, actuando entonces como facilitadores de cambios (Whitelaw, y otros, 2001).

Resulta entonces necesario el fortalecimiento de las capacidades de los gestores de acciones de PS en las IES (McLean, 2005). En este sentido, sobreviene que en los programas de formación también se apunte a desarrollar tales habilidades en los estudiantes, tanto para que puedan gestionar su bienestar frente las instancias de decisión de las IES, como para que puedan actuar en el futuro como profesionales, ciudadanos y agentes de cambio (Dooris, 2004).

Pero hay que tener precaución, pues poner toda la responsabilidad en las personas, sobre todo en los profesionales de la salud, sería como responsabilizar de la salud exclusivamente al individuo. Además de la necesaria participación de otras profesiones, campos del conocimiento y sectores para mover la salud desde sus determinantes, la universidad como organización también está llamada a pensarse en sus cimientos filosóficos, en las visiones de

sociedad que acoge y promueve a través de la formación disciplinar, la investigación y la extensión, así como en las condiciones de vida y trabajo que ofrece a sus comunidades, reconociendo plenamente su papel y su potencial de incidencia como actor en la sociedad (Dooris & Doherty, 2010).

Es necesario reconocer y resaltar entonces los esfuerzos adelantados hasta ahora por las redes, los gestores y las instituciones para transformar las estructuras y la cultura institucional, que se hicieron evidentes en esta investigación. Aunque por caminos distintos, se han logrado avances importantes.

Así por ejemplo, las aproximaciones a la PS a través de la adopción de políticas o programas con perspectiva intersectorial y participación amplia de toda la comunidad educativa, aunque escasas, muestran un potencial importante de generar transformaciones en las estructuras y la cultura de las instituciones. En tanto este estudio no alcanza a dar cuenta de la dinámicas de relación en esos equipos, sería interesante analizar a futuro la forma como los representantes de los diferentes instancias conceptualizan la salud y el papel que sus unidades ejercen en ella.

Más allá de esta perspectiva en la que ya se muestran avances, cabe explorar desde las IES el enfoque de salud en todas las políticas (Kickbush, McCann, & Sherbon, 2008) , que permitiría identificar y abordar la incidencia sobre la salud de las decisiones institucionales, como por ejemplo, las que se refieren a las estructuras curriculares, las relaciones docente-estudiante, las condiciones de trabajo de docentes y administrativos, las formas de contratación, etc.; un cambio de orden en la mirada hacia las políticas que puede tener un potencial interesante para la PS en los entornos.

En ese orden de ideas, teniendo en cuenta que la actividad universitaria es con frecuencia la ocupación principal de los estudiantes que cursan estudios superiores (Duarte, 2001), resulta legítimo pensar también que la salud y el bienestar de estas personas pasa por el ejercicio propio de esa ocupación, y el equilibrio ocupacional[13] que la actividad académica y

[13]El concepto de equilibrio es usado en Terapia Ocupacional. Aunque se trata de un concepto complejo, para efectos de este documento puede ser entendido, siguiendo a (Wagman, 2012) como una percepción subjetiva de que la propia vida tiene la cantidad y variedad adecuada de ocupaciones

la vida universitaria les permitan, es decir, siguiendo a Wilcock (1998, citado por Wilcock & Hocking, 2004) que salud y ocupación tienen nexos estrechos y que "la ocupación siempre ha sido un fenómeno central, pero a menudo silencioso en el mantenimiento de la salud" (pág.222). Esta relación, ha sido poco abordada en el campo de la PS en las IES y plantea un abordaje de la salud de los estudiantes pertinente.

Volviendo ahora a los logros de la PS en las IES colombianas, el abordaje de temas como la alimentación, en los que se han logrado acciones intersectoriales, combinación de estrategias dirigidas a diferentes actores y con alcance a toda la comunidad educativa, se pueden constituir en referencias para el análisis y manejo de otros temas, en los que persiste el enfoque biomédico dirigido a actuar de manera directa y casi exclusiva sobre la enfermedad, los factores de riesgo y el comportamiento individual.

No hay que dejar de lado sin embargo, que los servicios de salud de las IES son un actor importante en la PS en estas instituciones; la prestación de servicios preventivos, los avances y experiencias en caracterización de las poblaciones y la atención y derivación de estudiantes y otros miembros de la comunidades educativas, son en ocasiones la mejor opción para la atención o la prevención de enfermedades. El hecho de conocer el entorno cotidiano de los miembros de la comunidad y estar cerca de ellos, es una oportunidad que el sistema de salud del país no ha explotado suficientemente; múltiples puntos de articulación podrían estudiarse para lograr un mejor uso y distribución de los recursos, tanto del sistema como de estas instituciones.

Estas unidades, también han incursionado en la transformación de las maneras tradicionales de relacionarse con los usuarios de los servicios; en este sentido, sería valioso evaluar o sistematizar las experiencias de implementación de servicios de salud amigables en las IES.

En lo que respecta a otras instancias y acciones, las IES han sido lugar para, y en ocasiones han propiciado y facilitado, opciones de desarrollo y realización individual y colectiva más allá de la formación disciplinar en sí misma, como las que se mencionan en el numeral 5.2.8 de este documento. Vale la pena analizar el alcance que estas opciones han tenido en los miembros de las comunidades educativas, de manera que se reconozcan, se valoren y se

---

(autocuidado, trabajo, esparcimiento). Tal equilibrio influye en la persona y en su medio social y es considerado como agente importante para la salud (Wilcock & Hocking, 2004).

estimulen, sobre todo en aquellas IES en las que aún su potencial promotor de la salud y bienestar no ha sido considerado.

De otra parte, las presiones recientes de la legislación (por ejemplo, la Ley 1618 de 2013 respecto al tema de acceso a la educación superior de personas con discapacidad), los movimientos sociales, así como las inquietudes por la equidad y la justicia social en el discurso de los determinantes sociales de la salud, han dado espacio en las IES a abordar asuntos como la equiparación de oportunidades para la plena participación en la vida universitaria de grupos como las personas con discapacidad, las mujeres, las personas con identidades sexuales diversas, etnias, que imponen a las instituciones educativas desafíos a nivel de las prácticas, las políticas y la cultura (Booth & Ainscow, 2000) (Perez Acevedo, 2011). Aun así, su relación con la PS no se reconoce de manera clara. En la comprensión y el abordaje de estos temas, las IES tienen un gran potencial para incidir hacia adentro y hacia la comunidad amplia (Dooris & Doherty, 2010) (Tauber, 2011).

Es necesario reconocer también que las acciones de PS en las IES se piensan principalmente a partir de las características, necesidades y la vida universitaria de un segmento de la comunidad educativa que generalmente ha sido el más numeroso, el de los estudiantes de pregrado de programas presenciales diurnos (González, Aguilar, & Pezzano, 2002). Aun así, las aproximaciones más recientes se inclinan por voltear la mirada hacia el entorno, generan algunos beneficios para los demás segmentos de la población (estudiantes de posgrado y de jornadas alternativas, docentes, administrativos).

Si bien en este estudio no fue posible estudiar instituciones técnicas y tecnológicas que oferten programas de bajo costo, es importante mencionar que a un simple paso de ojo por algunas instituciones de este tipo en Bogotá, resulta claro que algunas de ellas no disponen de instalaciones y recursos que den a sus comunidades condiciones mínimas, por ejemplo, para la práctica de actividad física o la recreación, lugares agradables para comer, o incluso para realizar cómodamente las actividades académicas.

En este mismo sentido, el aumento del número de estudiantes y programas de educación superior en el país, que en el caso de las universidades públicas, no se han acompañado de los recursos suficientes para atenderla de manera adecuada (Múnera, 2011), se ha manejado en algunas universidades privadas con el mejoramiento de su planta física, en tanto otras –públicas y privadas- se ven forzadas o eligen recurrir como estrategia al hacinamiento y otras

restricciones que afectan, no solo los procesos formativos en sí, sino la calidad de vida de estudiantes, docentes y administrativos, contribuyendo a acentuar inequidades sociales (Misas, 2004).

Todos estos temas y circunstancias, que surgen de una mirada parcial al contexto de la IES como entornos promotores de la salud, ponen de manifiesto que el panorama de la PS en las IES va mucho más allá del abordaje de los estilos de vida saludables y sugiere a la PS y a la salud pública, un campo de conocimiento por estudiar y desarrollar en toda su amplitud y complejidad.

Para terminar, a manera de invitación, se puntualizan algunas recomendaciones para el fortalecimiento de las IES como promotoras de la salud:

- Aprovechar los recursos y fortalezas en investigación con los que cuentan las IES para avanzar en la comprensión de la salud de las comunidades educativas, así como para aportar al desarrollo teórico de la PS.
- Fortalecer conceptualmente a los gestores de las IES en torno a la PS y aportar a las discusiones sobre las diferencias entre universidad saludable y universidad promotora de salud planteadas por Whitelaw y otros (2001), Dooris (2006) y Arroyo y Rice (2009), en este sentido, REDCUPS podría actuar como un dinamizador efectivo de tales discusiones.
- Provocar desde las redes, particularmente desde REDCUPS, procesos de formación y reflexión en torno a la participación de los miembros de las comunidades educativas, orientadas a lograr un mayor empoderamiento frente a los determinantes de la salud, dentro y fuera del entorno universitario.
- Encaminar esfuerzos para responder a las necesidades y características de todos los miembros de las comunidades educativas de las IES, incluidas las poblaciones de posgrados, programas nocturnos y no presenciales, así como los grupos minoritarios que expresan la diversidad humana en el entorno universitario, para contribuir así a la disminución de inequidades sociales e inequidades en salud. Las características, necesidades y oportunidades de PS con estos grupos, pueden también ser objeto de discusiones y socialización de experiencias impulsadas por REDCUPS.
- Posicionar la transversalización de la PS, en su alcance real, a nivel de la dirección académica de las IES y en las reformas de la educación superior, de manera que el trabajo por la salud y el bienestar sean reconocidos como valores de la educación superior en el país.

- Desplegar la capacidad de las IES para incidir en las decisiones políticas, por ejemplo, las reformas al sistema de salud o la reglamentación y puesta en marcha del Plan Decenal de Salud Pública, buscando favorecer la articulación entre el SGSSS y las IES como entornos promotores de la salud.

Bibliografía

Agencia de noticias UN. (13 de Abril de 2009). *Nueva jornada de afiliación al Sisbén para estudiantes de la UN.* Recuperado el 20 de Septiembre de 2011, de Agencia de noticias UN: http://www.agenciadenoticias.unal.edu.co/ndetalle/article/nueva-jornada-de-afiliacion-al-sisben-para-estudiantes-de-la-un.html

Aguirre Baztán, S. A. (2002). Demarcación de la psicología cultural. *Mal Estar e Subjetividade, 2*(1), 92-117.

Arango, T. (12 de Agosto de 2013). *Universidades impulsan proceso de renovación en las ciudades.* Recuperado el 20 de Diciembre de 2013, de La República.co: http://www.larepublica.co/empresas/universidades-impulsan-proceso-de-renovaci%C3%B3n-en-las-ciudades_48731

Arenas, J. F. (1 de Agosto de 2012). *Medellín revolucionará la educación superior.* Recuperado el 20 de 12 de 2013, de El Mundo.com: http://www.elmundo.com/portal/vida/educacion/medellin_revolucionara_la_educacion_superior.php

Arroyo, H. (2009). La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. *Global Health Promotion, 16*(2), 66-72.

Arroyo, H., & Rice, M. (2009). *Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las Américas .* Documento de trabajo, San Juan.

ASCUN. (2003). *Acuerdo 05 de 2003. Políticas de Bienestar Universitario.* Bogotá.

Asociación colombiana de universidades - ASCUN. (2003). *Acuerdo 05 de 2003. Políticas de bienestar universitario.*

Banco Mundial. (2003). *La educación terciaria en Colombia: Preparar el terreno para su reforma.* Bogotá: Gente Nueva.

Beattie, A. (1998). Action learning for health on campus: muddling through with a model. En A. D. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson, & M. Dooris, *Health promoting universities:*

Concept, experience and framework for action (págs. 45-56). Copenhagen: OMS-Regional Office for Europe.

Becerra Heraud, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología, 31*(2), 287-314.

Booth, T., & Ainscow, M. (2000). *Índice de inclusión: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas.* (R. Blanco, Trad.) Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education.

Bunton, R., & MacDonald, G. (2002). *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments* (Second Edition ed.). New York: Routledge.

Buss, P. (2006). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En D. Czresnia, & C. Machado de Freitas, *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (1a ed., págs. 19-46). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Cardaci, D. (2011). Entre fuegos cruzados...: El nivel de pregrado, las políticas hacia la educación superior y la formación en promoción de la salud. *Global Health Promotion, 18*(2), 87-88.

Carmona Moreno, L. D., Rozo Reyes, C. M., & Mogollón Pérez, A. S. (Enero - Junio de 2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Ciencias de la Salud, 3*(1), 62-77.

Carta de Edmonton para universidades promotoras de salud e instituciones de educación superior. (2005). *II congreso internacional de universidades promotoras de salud*, (pág. 5). Edmonton, Canadá.

Catford, J. (2004). Health´s promotion record card: how principled are we 20 years on? *Health Promotion International, 19*(1), 1-4.

Chapela Mendoza, M. d. (2006). Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria. En E. Jarillo Soto, & E. Guinsberg, *Temas y desafíos en salud colectiva* (págs. 347-363). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. Obtenido de Salud colectiva: cátedra medicina preventiva y social .

Chapela Menoza, M. d., & Jarillo Soto, E. (2001). Promoción de la salud, siete tesis del debate. *Cuadernos médico sociales*(79), 59-69.

Chapela, M. d., Jarillo, E. C., Consejo, C., & Cerda, A. (2003). Los conflictos de la investigación en promoción de la salud. *Salud problema, 8*(1), 69-79.

Cifuentes Noyes, N., & Duarte Cuervo, C. (2006). La salud de los estudiantes desde la mirada del riesgo. *Upinión*(20).

Congreso de Colombia. (1992). *Ley 30 del Diciembre 28 de 1992.* Obtenido de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85860_archivo_pdf.pdf

Congreso de Colombia. (2002). *Ley 749 de Julio 19 de 2002.* Obtenido de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85860_archivo_pdf.pdf

Consejo Nacional de Educación Superior - CESU. (1995). *Acuerdo 03 de 1995.*

Contecha Carrillo, L. F. (2008). *Los sentidos del bienestar universitario en RudeColombia: Más allá de un servicio asistencial.* Informe de tesis doctoral , Universidad del Cauca , Popayán .

Cooke, J. (2005). A framework to evaluate research capacity building in health care. *BMC Family Practice, 6*(4), 1471-2296.

Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En D. Czeresnia, & C. Machado De Freitas, *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (págs. 47-63). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Czeresnia, D., & Machado De Freitas, C. (2006). *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias* (1a ed.). (C. G. Santa, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

DANE. (12 de Mayo de 2011). *Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 – 2020: Total municipal por área.* Recuperado el 17 de Enero de 2014, de Proyecciones de Población: http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion

Dempsey, C., Barry, M., & Battel-Kirk, B. (31 de Mayo de 2010). *International Union for Health Promotion and Education IUHPE.* (H. P. Centre, Ed.) Recuperado el 19 de Diciembre de 2011, de http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHP_LiteratureReviewPart1.pdf

Dempsey, C., Battel-Kirk, B., & Barry, M. (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook.* (IUHPE, Ed.) Recuperado el 19 de Diciembre de 2011, de International Union of Health Promotion and Education IUHPE: http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP_Competencies_Handbook.pdf

Dooris, M. (2002). The Health Promoting University: opportunities, challenges and future developments. *Global Health Promotion, 9*(1 supp), 20-24.

Dooris, M. (December de 2005). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International, 21*(1), 55-65.

Dooris, M. (2006). Entornos de promoción de la salud:orientaciones de futuro. *Promotion & Education, 13*(1), 32-34.

Dooris, M. (Enero de 2009). Holistic and sustainable health improvement: The contribution of the settings - based approach to health promotion. (R. S. Health, Ed.) *Perspectives in health promotion, 129*(1).

Dooris, M., & Doherty, S. (2010). Healthy Universities: current activity and future directions – findings and reflections from a national-level qualitative research study. *Global Health Promotion, 17*(3), 6-16.

Dooris, M., & Martin, E. (2002). Developing a health promoting university iniciative within the context of inter-sectoral action for sustainable public health: reflections from the University of Central Lancashire. *Global Health Promotion, 9*(1 suppl), 16-19.

Duarte, C. (2001). La actividad académica del estudiante universitario como proceso ocupacional: comprensión desde la Terapia Ocupacional. Ocupación Humana, 9(1), 94-101.

Escuela Colombiana de Carreras Industriales - ECCI. (2008). *Caracterización socioeconómica muestra estudiantes de I semestre de los diferentes programas académicos de la ECCI.* Recuperado el 30 de 01 de 2014, de Colombia Aprende: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/micrositios/1752/articles-323146_recurso_4.pdf

Eslava, J. C. (2002). Promoción y prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública, 4*(1), 1-12.

Eslava Castañeda, J. C. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Salud Pública, 8*(Suplemento 2), 106-115.

Gaviria M., A. E., Castrillón L., A., Trujillo M., L., Uribe S., J., & Peñaranda C., F. (Julio- Diciembre de 2007). Evaluación del programa la aventura de la vida desde la perspectiva de sus actores en una escuela de educación básica primaria, Medelllín, 2002-2004; estudio de caso . *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública , 25*(2), 59-64.

Geertz, C. (1994). *Conocimiento local: ensayos sobre la interpretación de las culturas* (1 ed.). (A. L. Bargados, Trad.) Barcelona , España : Paidos.

Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas.* (A. Dixio, Trad.) Barcelona , España : Gedisa.

Giménez, G. (s.f.). La teoría y el análisis de las cultura: Problemas teóricos y metodológicos. (UNAM, Ed.) *Códigos*.

González Álvarez, L. J., Aguilar Bustamante, E. R., & Pezzano, G. (2002). *Reflexiones sobre el Bienestar Universitario: Una mirada desde la educación a distancia y la jornada nocturna .* Bogotá: Arfo .

Goodstadt, M. (2007). Escenarios - Introducción. En OPS, OMS, M. T. Cerqueira, F. León, & A. De la Torre (Edits.), *Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas* (M. T. Cerqueira, F. León, & A. De la Torre, Trads., págs. 209-211). Washington: OPS.

Granados, C., Alba, L. H., & Becerra, N. (2009). La Pontificia Universidad Javieriana como un escenario para la promoción de la salud. *Universitas médica, 50*(2), 184-193.

Green, L. (1979). National policy on the promotion of health. *International Journal oh Health Education, 22*, 161 - 168.

Green, L. W., Poland, B. D., & Rootman, I. (2000). The Settings Approach to Health Promotion. En B. D. Poland, L. W. Green, & I. Rootman, *Settings for health promotion: Linking theory and practice* (págs. 1 - 43). Thousand Oaks: Sage Publications.

Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad.* Bogotá: Norma.

Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Ippolito-Shepherd, J. (2010). Estrategias de promoción de la salud y desarrollo de ámbitos académicos saludables y sostenibles. En J. Ippolito-Shepherd, *Promoción de la Salud: Experiencias internacionales en escuelas y universidades* (págs. 23-72). Buenos Aires: Paidós.

IV Congreso de Universidades Promotoras de Salud . (2009). Declaración de Pamplona/Iruña., (pág. 9). Pamplona.

Kawulich, B. B. (Mayo de 2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research, 6*(2), Art.43.

Kickbush, I. (1984). Health Promotion. A Typology. En OMS/Europa, *Health Promotion: concepts and principles* (pág. 27). Copenhague, Dinamarca : Documento Inédito.

Kickbush, I., McCann, W., & Sherbon, T. (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International, 23*(1-4).

Krauskopf, D. (2003). *Participación social y desarrollo en la adolescencia.* Fondo de Población de las Naciones Unidas, San José.

Lange, I., & Vio, F. (2006). *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior.* Santiago, Chile: Andros.

Maben, J., & Macleod, J. (1995). Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 1158-1165.

Macías Llanes, M. E. (2001). Tensiones en el tratamiento epistemológico de la salud. *Humanidades Médicas (online), 1*(3).

Mantilla, B. P. (2011). Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia. *Salud UIS, 43*(3), 299-306.

Max-Neef, M. (1998). *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones* (Segunda edición ed.). Barcelona, España: Icaria.

McLean, S. (2005). *Building health promotion capacity: action for learning, learning from action.* Vancouver: UBC Press.

Ministerio de Educación Nacional. (2009). *Deserción estudiantil en la educación superior colombiana: Metodología de seguimiento, diagnóstico y elementos para su prevención .* Bogotá.

Ministerio de Educación Nacional. (05 de Noviembre de 2010). *Sistema Nacional de Información de Educación Superior.* Recuperado el 27 de Enero de 2011, de http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/article-217583.html

Ministerio de Educación Nacional. (20 de Agosto de 2013). *Estadísticas de Educación Superior.* Recuperado el 7 de Febrero de 2014, de www.mineducacion.gov.co/.../1735/articles-212350_resumen.xls

Ministerio de Educación Nacional. (Marzo de 2013). *Sistema Nacional de Información de Educación Superior*. Recuperado el 17 de Enero de 2014, de http://www.graduadoscolombia.edu.co:8380/eportal/web/snies2/estadisticas

Ministerio de Educación Nacional. (s.f.). *SPADIES: Sistema para la Prevención de la Deserción de la Educación Superior*. Recuperado el 27 de 12 de 2013, de http://spadies.mineducacion.gov.co/spadies/principal.html

Ministerio de Protección Social - OPS. (2006). *Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de estrategias de entornos saludables.* Bogotá.

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución N° 8430 de 1993.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). *Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia*. Recuperado el 12 de Abril de 2010, de http://www.minproteccionsocial.gov.co/discapacidad/marcolegal.html.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: La salud en Colombia la construyes tú.* Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

Misas, G. (2004). *La educación superior en Colombia : análisis y estrategias para su desarrollo.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Molina, J., Arias, L., Ruiz, C., Duarte, A., & Barceló, R. (1999). *Salud familiar: Guías de práctica clínica basadas en la evidencia.* Bogotá: Ascofame-ISS.

Mora Nawrath, H. (2010). El método etnográfico: origen y fundamentos de una aproximación multitécnica. *Forum: Qualitative social research, 11*(1).

MPS, MEN, Min. Medio Ambiente, Acción Social, DNP, Min.Agricultura, OPS. (2009). *Entornos saludables y desarrollo territorial en Colombia: Impulso al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Bogotá : Nuevas Ediciones Ltda. .

Múnera, L. (Mayo de 2011). El Espejismo del mercado y la autonomía heterónoma. Algunas notas sobre la reforma de la Ley 30 de 1992. *Revista Izquierda, Separata*(11), 20-28.

Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud: ¿Cómo encontrar el punto de encuentro? *Revista panamericana de salud pública, 24*(2), 139-146.

OMS. (1986). Carta de Otawa. Otawa, Canadá.

OMS. (1998). *Glosario de Promoción de la Salud.* Ginebra: OMS.

OMS/Europa. (1984). *Health Promotion: Concepts and principles.* Copenhague: Inédito.

OPS. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.* Washington: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. *4a.Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud - Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI*, (pág. 11). Yakarta, Indonesia.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. *6a. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*, (págs. 1-6). Bnagkok, Tailandia.

Palacio Hurtado, M., & Sáez Crespo, A. (2001). Entornos saludables: el desafío de la Promoción de la Salud. En H. Restrepo, & H. Málaga, *Promoción de la Salid: Cómo construir vida saludable* (págs. 264-273). Bogotá, Colombia : Médica Panamericana.

Perez Acevedo, L. (2011). Ocupación e inclusión en la educación superior. En S. Katz, & P. (. Daniel, *Hacia una universidad accesible: Construcciones colectivas por la discapacidad* (págs. 165-170). Buenos Aires: Edulp.

Pontificia Universidad Javeriana. (2010). *REDCUPS*. Recuperado el 12 de 10 de 2010, de http://www.javeriana.edu.co/redcups/listado.html

Porta, L., & Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la Investigación Educativa., (pág. 18). Mar del Plata, Argentina.

Real Academia Española- RAE. (2001). Diccionario de la lengua española. (22a). Madrid, España.

Redacción Bogotá. (2 de 06 de 2012). Universitarios llegan a sus clases en el Tren de la Sabana. *El Tiempo.com*. Bogotá, Colombia.

REDCUPS. (2011a). *Eje Investigación en Promoción de la Salud.* Recuperado el 10 de 03 de 2012, de Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud: http://javeriana.edu.co/redcups/investigacion.htm

REDCUPS. (2011b). *Miembros participantes de REDCUPS.* Recuperado el 08 de Junio de 2012, de REDUPS: Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud: http://javeriana.edu.co/redcups/miembros.htm

REDCUPS, Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Universidades e Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud.* Bogotá.

REDCUPS, Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Universidades e Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud: Guía para su fortalecimiento y evaluación.* Bogotá: Producción Gráfica.

Restrepo, H. E., Llanos, G., Contreras, A., Rocabado, F., Gross, S., Suarez, J., & Gonzáles, J. (1995). La experiencia de la OPS/OMS en América Latina con los municipios saludables. *Conferencia Internacional de Ciudades Saludables y Ecológicas .* Madrid: División de Promoción y Protección de la Salud.

Restrepo, H. E. (2001 a). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En H. E. Restrepo, & H. Málaga, *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable* (págs. 15-23). Bogotá: Médica Panamericana.

Restrepo, H. E. (2001 b). Conceptos sobre salud urbana. En H. E. Restrepo, & H. Málaga, *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable* (págs. 218-231). Bogotá: Médica Panamericana.

Restrepo, H. (2005). Promoción de la salud: Desafíos y propuestas para el futuro. *Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud*, (pág. 5). Cali.

Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable.* Bogotá, Colombia : Editorial Médica Internacional .

Revista Dinero. (18 de 10 de 2012). *Universidad CES bota los pupitres por la ventana.* Recuperado el 20 de 12 de 2013, de Revista Dinero: País: http://www.dinero.com/pais/articulo/universidad-ces-bota-pupitres-ventana/162133

Rice, M. (2009). La relación entre los determinantes de salud y las universidades saludables . *IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud* , (pág. 31). Pamplona

Rice, M., & Franceschini, M. C. (2007). Lessons Learned from de application of a participatory evaluation methodology to healthy municipalities, cities and communities initiatives in selected countries of the Americas. *Promotion and Education, 14*(2), 68-73.

Robledo Martínez, R., & Agudelo Calderón, C. (2011). Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud. *Revista de Salud Pública, 13*(6), 1031 - 1050.

Rojas, L. A. (2008). *Problema de aseguramiento de los universitarios.* Recuperado el 20 de 02 de 2014, de Red Nacional de Servicios de Salud de Instituciones de Educación Superior: http://www.freewebs.com/arpe05552/bucaramanga20082.htm

Roth Deubel, A. N. (2002). *Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación.* Bogotá: Aurora.

Saan, H. (2007). Retorno a Ottawa. *Promotion and Education, 14*(2- Suplemento), 59-60.

Sánchez, D. (2006). *Aseguramiento de los estudiantes javerianos al SGSSS.* Recuperado el 20 de 02 de 2014, de Red Colombiana de Servicios de Salud de Instituciones de Educación Superior: http://www.freewebs.com/arpe05552/cali20061.htm#127828328

Sandoval Casilimas, C. A. (1996). Investigación cualitativa. En ICFES, *Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social* (pág. 313). Bogotá: ARFO.

Sarmiento, A., Tovar, L. P., & Alam, C. (2001). *Situación de la educación básica, media y superior en Colombia.* Bogotá: Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco.

Schools for All. (Mayo de 2010). *Implementation of School-based/linked Approaches, Programs, Policies, Services or Practices (GT).* Recuperado el 11 de Septiembre de 2011, de http://www.schools-for-all.org/page/Implementation+of+School-based%2Flinked+Approaches%2C+Programs%2C+Policies%2C+Services+or+Practices+%28GT%29

Tauber, F. (2011). La inclusión en la universidad pública argentina. En S. Katz, & P. (. Danel, *Hacia una universidad accesible: Construcciones colectivas por la discapacidad* (págs. 11-14). Buenos Aires: Edulp.

Taylor, S., & Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. En S. Taylor, & R. Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La Búsqueda de los significados.* (págs. 100-132). Madrid, España : Paidós.

Terris, M. (1996). Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En O. P. (OPS), *Promoción de la Salud: una antología* (págs. 37-44). Washington D.C., EUA: OPS.

Tsouros, A. D. (1998). From the healthy city to the healthy university: project development and networking. En A. D. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson, & M. Dooris, *Health promoting universities: Concept, experience and framework for action* (págs. 11-19). Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe.

Tsouros, A. D., Dowding, G., Thompson, J., & Dooris, M. (1998). *Health promoting universities: Concept, experience and framework for action.* Copenhagen: WHO- Regional Office for Europe.

U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1979). *Healthy People:The Surgeon General´s Report on Health Promotion and Disease Prevention.* Washington D.C. .

Unibienestar- Universidad Nacional de Colombia. (2005). *Vida universitaria y bienestar: Estudios y reflexiones.* Recuperado el 20 de 12 de 2013, de http://www.bienestar.unal.edu.co/descargas/publicaciones/VIDAUNIVERSITARIAY BIENESTAR.pdf

Universidad del Bosque. (2013). *Informe para la evaluación de seguimiento de la Asociación Europea de Universidades (EUA). 5. Nuevos retos que enfrenta la Universidad .* Recuperado el 06 de 01 de 2014, de Universidad El Bosque: http://www.uelbosque.edu.co/institucional/eua/html/05.php

Universidad del Rosario. (s.f.). *Futuros estudiantes. Sedes. Norte.* Recuperado el 25 de 05 de 2014, de Universidad del Rosario: http://www.urosario.edu.co/Futuros-Estudiantes/La-Universidad/Sedes/Norte/

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional.* Madrid: Síntesis.

Wagman, P. (2012). *Conceptualizing life balance from an empirical and occupational therapy perspective.* Jönköping University. Jönköping: School of Health Sciences.

Wenzel, E. (1997). *A comment on settings in health promotion.* Recuperado el 24 de Marzo de 2011, de Internet Journal of Health Promotion: http://rhpeo.net/ijhp-articles/1997/1/index.htm.

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., Machardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). "Settings" based health promotion: a review. *Health Promotion International, 16*(4), 339 - 353.

Wilcock, A., & Hocking, C. (2004). Occupation, population health and policy development. En M. Molineux, *Occupation for occupational therapists* (págs. 219-230). Oxford: Blackwell.

Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2005). *Mapas y herramientas para conocer la escuela: Investigación etnográfica e investigación- acción.* (3a Edición ed.). Córdoba, Argentina: Brujas.

Anexo 1. Principales aportes de las declaraciones de las Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud posteriores a Ottawa (1986)

Evento	Segunda Conferencia Internacional de PS
Lugar de realización	Adelaida, Australia
Fecha	Abril de 1988
Tema(s) central(es)	Políticas públicas saludables
Documento generado	Recomendaciones de Adelaida sobre políticas públicas saludables

Principales aportes conceptuales

Las 5 áreas de acción de la PS identificadas en la Carta de Ottawa "son independientes, pero las políticas públicas saludables establecen el ambiente que hace posibles las otras cuatro" (p.6).

La política pública saludable se caracteriza por un interés explícito por la salud y la equidad en todas las áreas de la pólítica y por una responsabilidad frente a su impacto en la salud.

Señala la necesidad de que los sectores de los gobiernos relacionados con la agricultura, el comercio, la educación, la industria y las comunicaciones tengan en cuenta la salud como factor esencial cuando formulan sus políticas.

Deben hacerse esfuerzos para enlazar las políticas económicas, sociales y de salud en acciones integradas.

La salud es un derecho humano y una inversión social.

La acción comunitaria es fundamental para fomentar políticas favorables a la salud.

La políticas deben diseñarse con miras a reducir las inequidades al interior y entre los países.

La visión de la política pública saludable es el logro de las condiciones fundamentales para la vida saludable (requisitos para la salud y el desarrollo social con paz y justicia social).

Evento	Tercera conferencia Internacional de PS
Lugar de realización	Sundsvall, Suecia
Fecha	Junio de 1991
Tema(s) central(es)	Ambientes favorables a la salud
Documento generado	Declaración de Sundsvall sobre ambientes favorables a la salud

Principales aportes conceptuales

Ambiente entendido como físico, socioeconómico y político, debe ayudar a la salud, en lugar de dañarla.

Llamamiento a responsables de políticas, tomadores de decisiones y activistas a comprometerse con el desarrollo sostenible y la equidad.
"La acción para crear medios favorables tiene numerosas dimensiones: físicas, sociales, espirituales, económicas y políticas. Cada una de estas dimensiones está vinculada estrechamente a las otras en una interacción dinámica. Las acciones tienen que coordinarse en los ámbitos local, regional, nacional y mundial para lograr soluciones que sean realmente sostenibles" (p.3).

Las propuestas para implementar las estrategias de salud para todos deben reflejar los criterios de equidad como prioridad fundamental e interdependencia de todos los seres humanos.

"Dar poder a la población y favorecer la participación comunitaria son factores indispensables en un enfoque democrático de protección a la salud y constituyen la fuerza impulsora de la autonomía y el desarrollo" (p.5).

Llama la atención sobre los fenómenos políticos y económicos que socavan el medio ambiente, aumentan la pobreza y aumentan las brechas entre páises ricos y pobres y la necesidad de actuar a escala internacional para avanzar hacia un enfoque de desarrollo y una coexistencia más sostenibles y equitativos.

Las cuestiones de salud, medio ambiente y desarrollo humano son inseparables.

Evento	Cuarta Conferencia Internacional de PS
Lugar de realización	Yakarta, Indonesia
Fecha	Julio de 1997
Tema(s) central(es)	Abordaje integral y factores determinantes de la salud
Documento generado	Declaración de Yakarta sobre la PS en el Siglo XXI

Principales aportes conceptuales

PS "se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar la expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos" (p.3)

Identifica que los "factores determinantes de la salud" han cambiado y esto plantea nuevos desafíos para la PS, en tanto esos cambios "determinan los valores, los estilos de vida y las condiciones de vida en todo el mundo" ejerciendo efectos favorables y desfavorables sobre la salud.

"Las estrategias de PS pueden crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La PS es un enfoque práctico para alcanzar mayor equidad en salud" (p.5)

Reafirma las cinco estrategias de PS identificadas en la Carta de Ottawa. Refiere que la PS ha demostrado ser más eficaz cuando las cinco estrategias se combinan ("abordaje integral") y que diversos escenarios -entre ellos las escuelas y lugares de trabajo- ofrecen buenas oportunidades para el abordaje integral. Resalta la importancia de la participación de la población y de la educación y la información.

Plantea como fundamental la cooperación de los diferentes sectores tanto públicos como privados a través de alianzas.

Establece como prioridades para la PS en el siglo XXI: 1. Promover la responsabilidad social por la salud, 2. Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, 3. Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, 4. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, 5. Consolidar la infraestructura necesaria para la PS ("los entornos para la salud son la base organizativa de la infraestructura necesaria para la PS", incluye confromación y fortalecimiento de redes y documentación de experiencias).

Evento	Quinta Conferencia Mundial de PS
Lugar de realización	Ciudad de México, México
Fecha	Junio de 2000
Tema(s) central(es)	Prioridades de la PS identificadas en Yakarta (1997) Logro de mayor equidad al interior y entre países
Documento generado	Declaración Ministerial de México sobre la PS: De las ideas a la acción

Principales aportes conceptuales

"Reafirma la contribución de las estrategias de PS a la sostenibilidad de las acciones locales, nacionales e internacionales en materia de salud" (p.4)

"Expresa el compromiso de elaborar un plan de acción de alcance nacional para seguir de cerca los progresos realizados en la incorporación de las estrategias de PS en la política y planificación a nivel nacional y local"

"La PS es un proceso orientado a que las personas tomen medidas. Por lo tanto, la promoción de la salud no es una intervención dirigida a las personas, sino algo que se hace con la gente, por la gente y para la gente, ya sea en forma individual o grupal. La finalidad de esta actividad es fortalecer las aptitudes y capacidades de los individuos para tomar medidas y la capacidad de los grupos o las comunidades de actuar colectivamente para controlar los factores determinantes de la salud y lograr un cambio positivo" (p.18)

"La PS incluirá acciones dirigidas tanto a los factores determinantes de la salud que no pueden ser controlados en forma inmediata por las personas, incluidas las condiciones sociales, económicas y ambientales y los factores determinantes dentro del control más inmediato de los individuos, incluidos los comportamientos de salud individual" (p.18)

Evento	Sexta Conferencia Mundial de PS
Lugar de realización	Bangkok, Tailandia
Fecha	Agosto de 2005
Tema(s) central(es)	Configuración de los determinantes de la salud y la PS en la globalización.
Documento generado	Carta de Bangkok para la PS en un mundo globalizado

Principales aportes conceptuales

Se identifican como factores con influencia crítica en la salud:
• las desigualdades crecientes en los países y entre ellos,
• las nuevas formas de consumo y comunicación,
• las medidas de comercialización,
• los cambios ambientales mundiales, y
• la urbanización.

La Carta reitera la responsabilidad de los diferentes sectores, la necesidad de la acción articulada y llama a las Naciones Unidas MS y a los gobiernos a llevar la PS a la acción.

Salud entendida como derecho humano fundamental, determinante de la calidad de vida y que aarca el bienestar mental y espiritual.

Evento	Séptima Conferencia Mundial de PS
Lugar de realización	Nairobi, Kenya
Fecha	Octubre de 2009
Tema(s) central(es)	Estrategias y acciones para cerrar las brechas de la implementación de la PS
Documento generado	Llamado a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de la implementación en PS

Principales aportes conceptuales

En esta declaración se reconocen las brechas existentes entre las aspiraciones y la implementación de la PS.

Señala acciones y estrategias para cerrar la brecha de la implementación en cada uno de los cinco sub-temas de la Conferencia: 1. Construcción de capacidades para la PS, 2. Fortalecimiento de los sistemas de salud, 3. Acciones y alianzas intersectoriales, 4. Empoderamiento de la comunidad, y 5. Alfabetización en salud y comportamientos en salud.

Las estrategias y acciones incluyen el fortalecimiento del liderazgo, la financiación, la capacitación del personal, la gestión, las políticas, la investigación , construcción y uso de la evidencia de efectividad, el fortalecimiento del empoderamiento individual y comunitario, y el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Evento	Octava Conferencia Mundial de PS
Lugar de realización	Helsinki, Finlandia
Fecha	Junio de 2013
Tema(s) central(es)	Salud en todas las políticas
Documento generado	Declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas

Principales aportes conceptuales

Reitera la responsabilidad de los gobiernos en la salud y la equidad de las poblaciones

Reconoce nuevamente la salud como un derecho humano fundamental y la equidad en salud como una expresión de la justicia social
Salud en todas las políticas es una aproximación a las políticas públicas de todos los sectores que tiene en cuenta de manera sistemática las implicaciones en salud de las decisiones, busca sinergias y evita los efectos dañinos sobre la salud con miras a mejorar la salud de la población y la equidad en salud. Aumenta la responsabilidad de los hacedores de políticas frente a los impactos en salud en todos los niveles de la elaboración de las políticas. Enfatiza en las consecuencias de las políticas públicas sobre los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar" (p.1)
Hace un llamado a los gobiernos, las organizaciones internacionales, las agencias de desarrollo y los bancos de desarrollo multilaterales a comprometerse con la implementación de este enfoque de manera que se adopten diferentes mecanismos para salvaguardar la salud, la equidad y el bienestar de las poblaciones.

Anexo 2. Matriz de revisión documental

Código	Tipo de documento	Título/ Nombre del documento	Fuente	Autor	Año	Ciudad	Tema con el que se relaciona o información que aporta
1	Documento de política universitaria	Resolución Rectoral 20535 17 de marzo de 2005	Página web Universidad de Antioquia, normatividad.	Rectoría, Universidad de Antioquia	2005	Medellín	Políticas: Por medio de la cual se adopta la estrategia de Universidad Saludable y se fijan políticas para su desarrollo en la Universidad de Antioquia.
2	Memoria de Congreso	Hablemos a calzón quitao", una experiencia en Salud Sexual Y Reproductiva	Página web ASCUN: Memorias IX Congreso Iberoamericano de Extensión Universitaria	John Jairo Palacio Cardona	2007	Cali	Experiencia en IES: Describe un programa de salud sexual y reproductiva orientado a la "promoción de hábitos de vida saludables"
3	Artículo de revista	Universidad que Promueve la Salud una Propuesta para Construir, un Reto Posible Hacia la Formación Integral de los y las Jóvenes Universitarias	Revista Electrónica de Educación y Pedagogía, Universidad Tecnológica de Pereira, Vol. 3 No. 5 de 2007.	Sonia Valencia Yepes	2007	Pereira	Experiencia en IES: Contextualiza teóricamente la iniciativa de UPS y presenta los avances en la experiencia de la Universidad Tecnológica de Pereira.
4	Presentación en Power Point	El Bienestar Universitario en Colombia	Página web ASCUN	Gabriel Jaime Pérez	2008	Cali	Principios y lineamientos de BIENESTAR UNIVERSITARIO en Colombia. Se menciona la PS, junto a la prevención de la enfermedad dentro de la dimensión biológica del ser humano.
5	Artículo de revista	La Pontificia Universidad Javeriana como un escenario para la promoción de la salud	Universitas Médica, Vol. 50 No.2 (2009) pp. 184-193	María Constanza Granados, Luz Helena Alba, Astrid Becerra	2009	Bogotá	Experiencias de PS en IES. Concepto de UPS: Describe la experiencia de la U. Javeriana en la implementación del enfoque de UPS
6	Nota de prensa	Semana de vida saludable: La Universidad EAN, una universidad promotora de salud que acoge los preceptos de la OMS.	Centro virtual de noticias Universidad EAN	Dirección de Bienestar Universitario, Programa Universidad Saludable	2009	Bogotá	Experiencia en IES: Presenta los principios de un programa de Universidad Saludable y las acciones a realizar en el marco de una actividad denominada Semana de la Vida Saludable
7	Nota de prensa	Nueva jornada de afiliación al SISBEN para estudiantes de la UN	Página web Agencia de Noticias UN	Agencia de Noticias UN	2009	Bogotá	Experiencia en IES: Se reseña una actividad realizada en relación con promoción del aseguramiento en salud.
8	Acta de congreso	Declaración REDCUPS 2010	Página web REDCUPS	REDCUPS	2010	Bogotá	Actores, concepto UPS: Conformación de la Red Colombiana de Universidades Promotoras de Salud. Identifica principios.

Código	Tipo de documento	Título/ Nombre del documento	Fuente	Autor	Año	Ciudad	Tema con el que se relaciona o información que aporta
9	Documento de trabajo	Documento orientador de REDCUPS	Página web REDCUPS	REDCUPS	2010	Bogotá	Concepto de UPS: Establece líneas orientadores, propósitos y proyecciones de REDCUPS
10	Publicación periódica	Boletín 1 REDCUPS	Página web REDCUPS	REDCUPS	2010	Bogotá	Concepto de UPS: Presenta la RED y resume los logros del 1er encuentro REDCUPS.
11	Listado	Listado de participantes en el 1er Encuentro de REDCUPS	Página web REDCUPS	REDCUPS	2010	Bogotá	Actores: Listado con nombres, instituciones y correos electrónicos de los asistentes al encuentro.
12	Documento de política universitaria	Acuerdo 007 de 2010	Página web Universidad Nacional de Colombia	Consejo Superior Universitario, Universidad Nacional de Colombia	2010	Bogotá	Políticas: Universidad saludable como uno de los lineamientos del BU
13	Nota de prensa	Entornos saludables	El Nuevo Siglo, 24 de Abril de 2010	Efraín Isaacs	2010	Bogotá	Experiencia en IES: Describe una estrategia distrital denominada "Entornos Académicos y Culturales Saludables" que une varias universidades del país en torno al asunto del consumo de alcohol.
14	Publicación periódica	USC en línea: Noticias de la U - 045, año 5, Febrero 2010	Página web Universidad Santiago de Cali	Bienestar Universitario	2010	Cali	Experiencia en IES: Presenta la creación del programa de Promoción y Prevención, denominado ¡Ponte Pilas!, centrado en "salud sexual y reproductiva, desestímulo de consumo de sustancias psicoactivas y nutrición"
15	Publicación periódica	Noti Bienestar	Página web FUCS	Dirección de Bienestar Universitario, FUCS	2011	Bogotá	Estructura BU: Muestra los temas de interés y actividades de bienestar de esa IES
16	Publicación periódica	Programación Semana de la Salud Marzo 25 al 31 de 2012: Por una universidad naturalmente saludable.	Página web Universidad CES	Bienestar Universitario, Universidad CES	2012	Medellín	Estrategias UPS: Muestra las actividades que se programan dentro de una actividad denominada "Semana de la Salud".

Anexo 3. Guía de entrevista exploratoria

Puntos a abordar durante la entrevista:

1. Introducción
   - Contexto y propósitos de la investigación.
   - Consentimiento informado.
2. Historia de conformación de REDCUPS.
3. Intereses y propósitos de la red.
4. Funcionamiento actual de la red (estructura, formas de trabajo).
5. Actores e instituciones participantes en REDCUPS.
6. Actores e instituciones que podrían ser informantes valiosos.
7. Conocimiento sobre estado de la implementación en las IES en el país.
8. Información de contacto con actores clave.
9. Solicitud de contacto con los miembros de la Red.

Anexo 4. Encuesta exploratoria

Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior

Salir

INFORMACIÓN GENERAL

25%

Esta encuesta hace parte de la investigación " Comprensión e implementación de la promoción de la salud en las instituciones de educación superior de la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS) 2003 – 2011", cuyo propósito es describir las interpretaciones que de la promoción de la salud se han construido en las instituciones de educación superior en nuestro país, a partir de los actores institucionales involucrados en ese proceso.

Sus datos personales se usarán únicamente en caso que se decida contactarlo con fines de entrevista como parte de este estudio.
Su identidad no será revelada en los resultados de la investigación.
Sus respuestas expresan su opinión y conocimiento personal, y no comprometen ni se entienden como representativos de la institución para la cual trabaja.

Desde ahora, muchas gracias por su tiempo y colaboración.

Clara Duarte Cuervo
Estudiante Maestría en Salud Pública
Universidad Nacional de Colombia

1. Datos personales

Nombre:
Institución:
Cargo:
Dependencia:
Ciudad:
Dirección de correo electrónico:
N.° de teléfono:

2. ¿Cuál es su relación con las políticas, programas o actividades de promoción de la salud en su institución?

3. Si conoce otras personas vinculadas con su Institución, que podrían suministrar información útil para este estudio por su relación con las políticas, programas o acciones de promoción de la salud que allí se desarrollan, escriba a continuación la información que conozca y pueda compartir acerca de ellos:

Nombre:
Cargo:
Dependencia:
Correo electrónico:
Teléfono(s):
Nombre:
Cargo:
Dependencia:
Correo electrónico:
Teléfono(s):
Nombre:
Cargo:
Dependencia:
Correo electrónico:
Teléfono(s):
Otras personas:

4. De acuerdo a su conocimiento, ¿en la institución de educación superior en la que usted trabaja se han implementado políticas, programas o acciones de promoción de la salud?
Si su respuesta es Si, diligencie las preguntas de las páginas siguientes, de lo contrario, su encuesta ha terminado.

Si
No
No sé

Siguiente

Desarrollado por SurveyMonkey
¡Cree su propia encuesta gratuita en línea ahora!

Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior

Salir

POLÍTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

60%

Las preguntas de esta página se relacionan con POLÍTICAS de promoción de la salud. En las páginas siguientes se indagará sobre programas y actividades. Refiérase aquí únicamente a las POLÍTICAS de promoción de la salud de su institución.

5. De acuerdo a su conocimiento, ¿cuáles son las POLÍTICAS de promoción de salud que se han implementado en la Institución de Educación Superior en la que usted trabaja?
(Elabore un listado numerado escribiendo cada política en una nueva línea. En lo posible, describa brevemente cada una de ellas).

6. ¿A cuál(es)de las siguientes líneas de acción en promoción de la salud considera usted que responde cada una de las POLÍTICAS que listó en la pregunta anterior?
(Puede marcar varias opciones para cada política).

	Promoción de la participación social	Elaboración de políticas públicas saludables	Creación de ambientes propicios para la salud	Desarrollo de aptitudes personales	Reorientación de los servicios de salud	Otra
Política 1						
Política 2						
Política 3						
Política 4						
Política 5						
Política 6						
Política 7						
Política 8						
Política 9						
Política 10						

Si la(s)política(s) responde a otra línea de acción en promoción de la salud, especifique a cuál.

Anterior Siguiente

Desarrollado por SurveyMonkey
¡Cree su propia encuesta gratuita en línea ahora!

Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior

Salir

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

75%

Las preguntas de esta página se relacionan con PROGRAMAS de promoción de la salud. En la página siguiente se indagará sobre actividades. Refiérase aquí únicamente a los PROGRAMAS de promoción de la salud de su institución.

7. De acuerdo a su conocimiento, ¿qué PROGRAMAS de promoción de la salud se han desarrollado en la Institución de Educación Superior en la que usted trabaja?
(Elabore un listado numerado escribiendo cada programa en una nueva línea. En lo posible, describa brevemente cada uno de ellos).

8. ¿A cuál(es)de las siguientes líneas de acción en promoción de la salud considera usted que responde cada uno de los PROGRAMAS que listó en la pregunta anterior?
(Puede marcar varias opciones para cada programa).

	Promoción de la participación social	Elaboración de políticas públicas saludables	Creación de ambientes propicios para la salud	Desarrollo de aptitudes personales	Reorientación de los servicios de salud	Otra
Programa 1						
Programa 2						
Programa 3						
Programa 4						
Programa 5						
Programa 6						
Programa 7						
Programa 8						
Programa 9						
Programa 10						

Si el programa (s) responde a otra línea de acción en promoción de la salud, especifique a cuál.

Anterior Siguiente

Desarrollado por SurveyMonkey
¡Cree su propia encuesta gratuita en línea ahora!

Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior

Salir

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

100%

Las preguntas de esta página se relacionan con ACTIVIDADES de promoción de la salud. Refiérase aquí únicamente a las ACTIVIDADES de promoción de la salud de su institución.

9. De acuerdo a su conocimiento, ¿qué ACTIVIDADES de promoción de la salud se han implementado en la Institución de Educación Superior en la que usted trabaja?
(Elabore una lista numerada escribiendo cada actividad en una línea independiente. En lo posible, describa brevemente cada una de ellas).

10. ¿A cuál(es) de las siguientes líneas de acción en promoción de la salud considera usted que responde cada una de las ACTIVIDADES que listó en la pregunta anterior?
(Puede marcar varias opciones para cada actividad).

	Promoción de la participación social	Elaboración de políticas públicas saludables	Creación de ambientes propicios para la salud	Desarrollo de aptitudes personales	Reorientación de los servicios de salud	Otra
Actividad 1						
Actividad 2						
Actividad 3						
Actividad 4						
Actividad 5						
Actividad 6						
Actividad 7						
Actividad 8						
Actividad 9						
Actividad 10						

Si la (s) actividad (s) responde a otra línea de acción en promoción de la salud, especifique a cuál.

Anterior | Finalizar, Muchas gracias.

Desarrollado por SurveyMonkey
¡Cree su propia encuesta gratuita en línea ahora!

Anexo 5. Guía de entrevista en profundidad (consolidado)

1. ¿Qué se está haciendo en PS en la U? ¿Existen proyectos, programas, acciones?¿Qué acciones incluyen esos programas?
2. Antecedentes y referentes para la implementación de la PS en la institución.
3. ¿Qué temas abordan los programas o estrategias de PS?
4. ¿Qué temas se están abordando en el tema de estilos de vida saludables y de qué manera?
5. ¿Se está incluyendo el tema de oportunidades de crecimiento y desarrollo integral? ¿Cómo?
6. ¿Qué se está haciendo en relación con temas relacionados con el desempeño académico como el bajo rendimiento, la deserción, etc.? ¿Se contemplan estos dentro del alcance o el hacer en PS?
7. ¿A quiénes están dirigidas las acciones de PS?
8. ¿Qué profesionales están a cargo?
9. ¿Qué actores o instancias se han articulado y cómo ha sido ese proceso?
10. ¿Cómo se ha logrado la articulación y el cambio en la forma fragmentada tradicional de funcionar?
11. ¿Qué transformaciones implica para la institución el tomar como enfoque o comprometerse con la PS?
12. ¿Cómo es la estructura del BU?
13. ¿Cuál es la estructura del servicio de salud de la U?
14. ¿Cómo se está manejando en la U la investigación en PS (qué se está haciendo en investigación)?
15. ¿Cómo se está manejando en la U la participación (qué se está haciendo en participación)? ¿hasta dónde llega? ¿Incluye solo a los estudiantes?
16. ¿Qué se está haciendo en transversalización? ¿Cómo se aborda ese hablar de la PS en todas las carreras, por ejemplo, en Arquitectura, en Ingeniería?
17. ¿Se está trabajando el tema de alimentación saludable? ¿Cómo?
18. ¿Se está trabajando en promoción de actividad física?, de qué manera?
19. ¿Cómo se está manejando la promoción de la salud mental?
20. ¿Cómo se diferencia la PS de la prevención en la práctica en la U?
21. ¿De qué manera se está abordando la educación para la salud?
22. ¿Se está haciendo formación en Habilidades para la vida (HPV)?, ¿Cómo? contenidos, forma, actores...
23. ¿Se abordan o promueven factores protectores?, ¿De qué manera?
24. ¿Qué logros hay en cuanto a políticas públicas saludables o de PS en la U? ¿Por qué y cómo se alcanzaron?
25. ¿Qué tipo de acciones de extensión, que realiza la U son coherentes con la PS?
26. ¿Cómo se maneja el tema de duplicación de las acciones del SGSSS en la U? ¿Qué podría estar siendo duplicado y qué sería del resorte de la universidad, que no cumpla el SGSSS?
27. ¿Cómo se realiza la identificación de necesidades que orientan las acciones del servicio de salud universitario?
28. ¿Se prevé la identificación de factores de riesgo en el ambiente físico, humano, psicosocial, los servicios?
29. ¿Qué es el modelo de mantenimiento de la salud? ¿Cuál es su relación con la PS? ¿Cómo se diferencia de la prevención?
30. ¿Qué implicaría ubicar la PS fuera del área de salud? ¿Cómo se ha previsto?
31. ¿En qué consiste el programa de medio ambiente? ¿Qué dependencias están vinculadas?
32. Si el tema de US está inmersa en todas las áreas de BU, ¿cómo se aborda la PS desde las diferentes áreas?