



Evaluación de la política pública de escuela saludable en Colombia: fase de formulación (1999-2006)

Adriana Carolina Campos Sosa

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Instituto de Salud Pública
Maestría de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2011

Evaluation of Health School Public Policy in Colombia: Formulation Process (1999-2006)

Adriana Carolina Campos Sosa

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Salud Pública

Directora:

Dra. Rocío Robledo Martínez
Odontóloga M.Sc. Salud Pública

Codirector:

Dr. Carlos Alberto Agudelo
Médico M.Sc. Salud Pública, M.Sc. Ciencias

Línea de Investigación:
Salud Pública

Grupo de Investigación:
Promoción de la Salud

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Instituto de Salud Pública
Maestría de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2011

Dedicatoria

A Dios.

Por su gran amor y bondad para conmigo. Porque me permitió lograr mis sueños y objetivos.

A mi madre Beatriz.

Por ser una mujer de ejemplo, por sus consejos e impulso, que han hecho de mí una mujer de bien, pero sobretodo por su profundo amor.

A mi esposo Juan Antonio.

Por entenderme y apoyarme en estos momentos, porque siempre ha sido para mí, un buen ejemplo de perseverancia y constancia y por su amor.

A mi padre Fernando y a mi hermano Carlos Fernando.

Por estar siempre!!!... Por su cariño y ánimos constante para lograr cada una de las metas que me he propuesto.

A mis familiares.

Por entenderme, apoyarme y amarme, en el proceso y en los días de “ausencia familiar”.

A mis amigos.

A los que están cerca y a los que están lejos. Pero que llevo en mi corazón con profunda gratitud, infinitas gracias doy por su apoyo y por creer en mí.

A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

Agradecimientos

A mis maestros.

Gracias por su tiempo, conocimientos compartidos y su sabiduría, transmitida en toda mi formación del posgrado, en especial:

Dra. Rocío Robledo. Directora de tesis.

Dr. Carlos Agudelo Calderón. Codirector de tesis.

Dr. Juan Carlos Eslava. Docente Maestría en Salud Pública.

A los profesionales y amigos.

Agradezco su tiempo, esfuerzo, calidad humana e interés de enseñarme sobre este tema que hace que quiera seguir trabajando por el futuro de Colombia, nuestros niños, niñas, jóvenes y adolescentes.

Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe. Directora Instituto del Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud- PROINAPSA- Universidad Industrial de Santander. Entrevistada.

Dr. Luís Fernando Rodríguez Ibagué. Docente Universidad del Rosario. Entrevistado.

Dra. Helena Restrepo. Consultora Internacional y asesora para programas de promoción de la salud y salud pública en Colombia. Entrevistada.

Dra. Ana María Mahecha. Consultora OPS/OMS. Aporte Documental.

Dr. Gabriel Bernal. Contratista OPS/OMS. Aporte en temas de política pública.

Dr. Eduardo Guerrero. Consultor Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública y consultor internacional de la OPS en Guatemala, Argentina, Brasil, USA, Salvador y Colombia. Entrevistado.

Dr. Gustavo Cabrera Arana. Profesor Maestría Salud Pública Universidad de Antioquia. Entrevistado.

Dra. Yamile Ramírez. Referente Estrategia Entornos Saludables Municipio de Cali. Entrevistada.

Dra. Gabriela Cadavid. Referente Estrategia Escuela Saludable Municipio de Cali. Entrevistada.

Dra. Diana Rivera. Magíster en Enfermedades en el Trópico y Especialista en Política Pública. Aporte en temas de política pública.

Dra. Esther Pinilla. Abogada. Aporte en temas de política pública.

Sra. Sara Helena Carrillo. Secretaria Maestría en Salud Pública. Apoyo académico.

Dra. Rosa Suárez. Docente Maestría en Salud Pública.

Enf. Evelsy Ladino. Candidata a Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Apoyo en la realización de entrevistas.

To. Juan Manuel Arango. Candidato a Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Apoyo en la realización de entrevistas.

To. Jenny Rubio. Candidata a Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Apoyo en la realización de entrevistas.

Resumen

Actualmente se reconoce el interés del gobierno y de los organismos internacionales, para que la promoción de la salud y sus componentes sean yuxtapuestos como objeto de Políticas Públicas. De esta manera en 1997, Colombia adopta la *Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud* promovida por la OPS/OMS y en 1999 realiza el primero documento de política "*Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz*", identificando el primer momento de la formulación de la política de escuela saludable. Para 2006 se identifica el segundo momento, con la elaboración de los "*Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables: escuela saludable y vivienda saludable*", con dos características, la primera la concreción de diferentes sectores sociales y la segunda con el componente vivienda saludable, con el fin de contribuir al logro de los ODM. Siendo ambos momentos objeto de estudio de la presente investigación, la cual corresponde a un estudio de evaluación de política pública de escuela saludable, teniendo como metodología de análisis el proceso de producción de políticas denominado ciclo de política.

Palabras claves: política de salud, escuela saludable, promoción de la salud, política pública, formulación de políticas.

Abstract

Health promotion and its components juxtaposed like target of Public Policy have been recognized for the interest of government and international agencies currently. In this way, Colombia adopted the *Regional School Health Promotion Initiative*, promoted by PAHO/WHO in 1997 and developed the first document policy "*Healthy School. The joy of living in peace*", identifying the first moment of the healthy school policy formulation in 1999. Later the second moment is identified with the elaboration of "*National Guidelines for the Implementation and Development of Healthy Environment Strategy: Healthy School and Healthy Housing*" in 2006, with two features, first the concretion of different social sectors and the second with healthy housing component, in order to help achieve the MDGs. Both moments are object of study in this research, which is a Health School Policy evaluation using analysis as methodology in the process of policy production called Policy Cycle.

Keywords: Health Policy, School Health, Health Promotion, Public Policy, Policy Making.

Contenido

| | |
|--|----|
| Introducción..... | 1 |
| 1. Problema de Investigación | 5 |
| 2. Valoración de la Investigación | 7 |
| 2.1 Propósito | 7 |
| 2.2 Objetivos | 7 |
| 2.2.2 Objetivo General..... | 7 |
| 2.2.3 Objetivos Específicos..... | 7 |
| 3. Justificación..... | 9 |
| 4. Marco Conceptual | 11 |
| 4.1 Promoción de la Salud..... | 11 |
| 4.1.1 Municipios saludables..... | 18 |
| 4.1.2 Entornos Saludables..... | 19 |
| 4.1.3 Escuelas Promotoras de Salud en el mundo/ Escuelas Saludables..... | 21 |
| 4.1.4 Participación Comunitaria y Redes | 25 |
| 4.2 Iniciativas y redes de escuelas promotoras de la salud o saludables..... | 25 |
| 4.2.1 Iniciativa Regional Escuela Promotoras de la Salud – IREPS..... | 25 |
| 4.2.2 Red latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud (RLEPS)..... | 26 |
| 4.2.3 Red Caribeña de Escuelas Promotoras de Salud (RCEPS)..... | 26 |
| 4.3 Políticas Internacionales..... | 26 |
| 4.3.1 Salud para todos en el año 2000 | 26 |
| 4.3.2 Convención de los Derechos del Niño (1989) | 27 |
| 4.3.3 Declaración Mundial para la Supervivencia, Protección y Desarrollo de los Niños del Mundo..... | 27 |
| 4.3.4 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) | 28 |
| 4.4 Política Pública | 30 |
| 4.4.1 Evolución Histórica de la evaluación de política pública..... | 32 |
| 4.4.2 Conceptos clave para el análisis de política pública..... | 32 |
| 4.4.3 Evaluación de política pública..... | 34 |
| 4.4.4 Determinación del objeto de análisis: ciclo de política o <i>policy cycle</i> | 35 |
| 5. Aspectos Metodológicos de la Investigación..... | 42 |
| 5.1 Tipo de Estudio..... | 42 |
| 5.2 Estrategias de Investigación | 43 |
| 5.2.1 Revisión Documental | 43 |
| 5.2.2 Entrevistas semiestructuradas | 44 |
| 5.2.3 Criterios de Selección de informantes clave..... | 44 |
| 5.2.4 Aspectos éticos en la recolección de información de las entrevistas..... | 46 |
| 5.3 Análisis de la Información/ Asignación de hallazgos según categorías | 47 |
| 5.3.1 Definición del <i>corpus</i> de textos sobre los que se va a trabajar | 49 |

| | |
|---|-----|
| 5.3.2 Definición de las unidades de clasificación, codificación y registro | 49 |
| 5.3.3 Definición del sistema de categorías..... | 49 |
| 5.4 Crítica de fuentes | 51 |
| 6. Resultados | 52 |
| 6.1 Momentos de la Formulación de la Política de Escuela Saludable en Colombia.... | 52 |
| 6.1.1 Municipios Saludables en Colombia | 52 |
| 6.1.2 Escuelas Saludables en Colombia..... | 54 |
| 6.2 Formulación de la Política de Escuela Saludable basado en el Ciclo de Política Pública | 56 |
| 6.2.1 Definición de la agenda política | 56 |
| 6.2.2 Definición de los problemas | 64 |
| 6.3 Establecimiento de objetivos | 94 |
| 6.3.1 Objetivos Generales | 94 |
| 6.3.2 Objetivos Específicos..... | 94 |
| 6.3.3 Componentes y líneas de acción de los Lineamientos de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz..... | 95 |
| 6.3.4 Componentes Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables, componente escuela saludable | 96 |
| 6.4 La selección de la opción..... | 102 |
| 6.4.1 Identificación del problema | 102 |
| 6.4.2 Identificación de componentes y objetivos | 102 |
| 6.4.3 Búsqueda y alternativas de soluciones posibles | 102 |
| 6.4.4 Aplicación de criterios objetivos | 103 |
| 6.4.5 Selección de la mejor solución..... | 103 |
| 7. Discusión..... | 109 |
| 7.1 Identificación de los momentos de la formulación de la política | 110 |
| 7.2 Definición de la agenda política | 112 |
| 7.3 Definición de los problemas..... | 112 |
| 7.4 Establecimiento de objetivos | 113 |
| 7.5 Selección de la opción..... | 114 |
| 8. Conclusiones..... | 115 |
| A. Anexo: Pauta de Entrevista A..... | 117 |
| B. Anexo: Pauta de Entrevista B..... | 119 |
| C. Anexo: Consentimiento Informado | 121 |
| D. Anexo: Transcripción de Entrevistas | 125 |
| Bibliografía | 165 |

Lista de Cuadros

| | |
|--|-----|
| Cuadro 5-1: Objetivos del estudio y su relación con las estrategias metodológicas..... | 45 |
| Cuadro 5-2: Análisis de información de la política pública en la fase de formulación del ciclo de política..... | 47 |
| Cuadro 6-1: Componentes y líneas de acción de la política de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz, en Colombia, primer momento año 1999 (100). | 95 |
| Cuadro 6-2: Componentes y líneas de acción de la Estrategia de Entornos Saludables componente Escuela Saludable en Colombia año 2006 (78)..... | 101 |

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 4-1: Ejes de desarrollo de las Escuelas Promotoras de Salud o Escuelas Saludables (9)..... | 23 |
| Figura 4-2: Ciclo de política o <i>policy cycle</i> (44)..... | 31 |
| Figura 4-3: Pasos para la aplicación del modelo de decisión racional (52). | 39 |
| Figura 4-4: Proceso de construcción de políticas públicas (60). | 41 |

Introducción

Las ciudades saludables, son un movimiento basado en la promoción de la salud, que empezó a estudiarse en Canadá en los años 80, con el fin de observar la relación entre la comunidad, el medio ambiente y los problemas de salud, Posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS), comenzó a impulsar este movimiento, teniendo como marco la doctrina de promoción de la salud de la Carta de Ottawa (1).

Sin embargo sólo hasta la década de los 90, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), empezó a impulsar este movimiento en América Latina, denominando a la estrategia Municipios Saludables en donde la prioridad fue el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud en la población (2).

Colombia acoge la estrategia en algunos municipios, logrando la construcción de entornos saludables, con la participación comunitaria y la construcción de políticas públicas locales, requiriendo voluntad política, recursos económicos y alta autonomía municipal y comunitaria (3).

A partir de las reformas políticas realizadas a comienzos de la década de los 90 y con el proceso de descentralización promovido por el gobierno nacional se inició el desarrollo del análisis de políticas públicas; de esta manera se impulsó el interés del gobierno por utilizar la evaluación de política como una herramienta que permite visualizar los procesos estatales, propendiendo por la transparencia democrática y los resultados de mayor impacto para la sociedad.

En 1992 Colombia acogió como política pública la estrategia de Municipios Saludables (3), en un contexto político de cambio y de adopción de la descentralización de las instituciones del estado, dándole a los niveles locales mayor injerencia en decisiones, especialmente en los campos de salud y educación.

En este mismo panorama político simultáneamente con el proceso de descentralización estatal surge el Sistema General de Seguridad Social, el cual está basado en un modelo de aseguramiento, en donde se mengua el rol de los municipios en el sector salud, dificultando el desarrollo de esta estrategia de promoción de la salud; razón por la cual no hubo claridad sobre si municipio saludable era una estrategia local de promoción de la salud o si verdaderamente constituía una política pública central y vertical, que comprometía a los diferentes sectores institucionales y políticos del Estado (4).

Sin embargo se reconoce el interés del gobierno y de los organismos internacionales, para que la promoción de la salud y sus componentes sean abordado urgentemente como objeto de Políticas Públicas, entendiendo que de esta manera serán promovidos los derechos humanos, se logran los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), habrá desarrollo social, económico y cultural, en especial de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes en edad escolar y en la comunidad en general.

El Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social), con su interés de impulsar estrategias de promoción de la salud, incorpora las estrategias de entornos saludables en el país. Adopta en 1997 la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud promovida por la OPS/OMS y en 1999 la consolida por medio de la elaboración de un documento de política denominado Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz; con el fin de formalizar el rol de la escuela saludable, frente a las políticas de promoción de la salud en el ámbito escolar. Además de contribuir al desarrollo humano y social de la comunidad educativa, involucrando a los diferentes actores de la sociedad civil comprometidos en los ámbitos municipal, distrital, departamental y nacional. Siendo el primer momento de la política de escuela saludable en el país.

Para 2006 nuevamente el Ministerio de la Protección Social, teniendo presente que es mediante una acción concertada, que se puede lograr un medio ambiente sostenible, que favorezca a la salud y que involucre a la comunidad; realiza la concreción de los diversos sectores sociales del país, en donde se involucran a nuevos actores, con el fin de replantear nuevamente los lineamientos nacionales de escuela saludable, pero esta vez con la propuesta de integrarlo al tema de vivienda saludable. Es así como a finales de este año surgen los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables: escuela saludable y vivienda saludable, originándose un segundo momento para la política pública de entornos saludables y sus dos componentes; cuyo fin es contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, mediante el desarrollo de metodologías y propuestas del documento de política, para minimizar el riesgo en la comunidad y promocionar los factores protectores para la misma.

Según Ippolito-Shepherd J y Cerqueira MT, “la escuela es el lugar ideal para la aplicación de los programas de promoción de la salud, pues es en donde se imparten los valores fundamentales a los niños niñas, adolescentes y jóvenes y ellos adquieren las bases de las creencias, actitudes, conocimientos y comportamientos, útiles para el resto de sus vidas” (5).

En este estudio se realiza un análisis de la política pública de escuela saludable en Colombia en los dos momentos de su formulación (1999 y 2006), momentos en los cuales se desarrollan los pasos de la formulación en el marco de lo que se conoce como ciclo de política pública y que comprende aspectos de: definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de la opción.

Se utilizarán como estrategias de investigación la revisión documental y la obtención de información mediante entrevistas semiestructuradas a informantes clave, quienes fueron seleccionados atendiendo a su condición de encargados del tema en las organizaciones que representan, conocimiento, experticia y disponibilidad. El objetivo de las entrevistas fue conocer el punto de vista de los informantes clave, respecto a la política pública de escuela saludable en Colombia. La información se organizó teniendo en cuenta las categorías definidas como producto de la revisión documental y las entrevistas para

finalmente proceder a la evaluación de la política pública de escuela saludable en Colombia en la fase de formulación, durante el período estudiado.

La presente investigación corresponde a un estudio de evaluación de política pública, teniendo como metodología de análisis el proceso de producción de políticas denominado ciclo de política. La unidad de análisis del estudio teniendo en cuenta el enfoque de ciclo de política es su fase de formulación. El objeto de estudio se aborda mediante la tipología de investigación cualitativa ex post-facto, en la recuperación, captura y producción de la información, como en el análisis e interpretación de las entrevistas y la revisión documental.

Este estudio es una contribución para entender el proceso de formulación de la política pública de escuela saludable en nuestro país, sumado a que en Colombia existen pocos estudios al respecto y es necesario conocer más sobre el origen de las decisiones públicas y posibilitar procesos de mejora continua; y de políticas en las áreas de la salud, educación y el ambiente.

Se espera que esta investigación sea el primer paso para continuar con el proceso de evaluación de las siguientes fases del ciclo de política, máxime que en el 2011 esta cumple 14 años de ser adoptada en el país haciéndose necesario evaluar su impacto.

1. Problema de Investigación

El movimiento de Municipios Saludables es un ejemplo de la aplicación de los principios de la promoción de la salud a nivel local (6), procediendo del movimiento europeo de ciudades sanas, promovido en el marco de la estrategia de Salud Para Todos en el año 2000 (7). Se ha afianzado en especial en las Américas, debido a condiciones como los procesos de democratización y descentralización.

Colombia es uno de los países de América Latina que acogió la estrategia de Municipios Saludables desde 1992, pionera en el desarrollo de la misma y entendiendo esta como un proceso que permite situar a la salud y los determinantes sociales como prioridades políticas del gobierno local (6).

La estrategia se adopta con el nombre de municipios saludables por la paz, con el fin de disminuir la violencia y la exclusión social, ya que para entonces este era uno de los problemas en salud pública más relevantes en el país (8).

Pese a los avances alcanzados en la década de los 90, la Estrategia de Municipios Saludables comenzó una etapa de declive debido a la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) basado en un modelo de aseguramiento (Ley 100 de 1993), a la implementación del Sistema General de Participaciones que inflexibiliza el presupuesto local para el sector salud y a la determinación de las competencias para el sector salud que debilita el rol de los municipios (Ley 715 de 2001). De esta manera no hubo claridad, sobre si la estrategia de promoción de la salud era abordada simplemente a nivel local o si realmente era una política pública central que comprometía a los diferentes sectores institucionales y políticos del Estado (4).

Sin embargo el país siempre continuó interesado en la búsqueda de una estrategia de promoción de la salud que contribuyera al proceso de mejora de la calidad de vida de la población y al desarrollo integral y que involucrara a las instituciones del gobierno nacional, departamental y local; es así como en 1997 el Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social), adopta la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud promovida por la OPS/OMS (4). Inicialmente con el nombre de Escuelas Saludables por la Paz, formalizada como un primer momento con el documento de política emanado en 1999 y posteriormente se adopta la política pública de Entornos Saludables con un componente denominado Estrategia de Escuela Saludable, formalizado mediante los lineamientos emanados en 2006, siendo un segundo momento de la política pública.

El presente estudio se encuentra dirigido al componente de escuela saludable considerado de relevante importancia para el desarrollo de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edad escolar, en donde interviene en el aprendizaje y en la adquisición de habilidades para la vida, mediante el desarrollo de tres ejes: educación para la salud con enfoque integral, creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables y provisión de servicios de salud, nutrición sana y vida activa (9). Cuya ejecución se desarrolla mediante la elaboración de políticas públicas saludables que permitan resolver o disminuir las situaciones problemáticas que atañen a la comunidad, en el ámbito escolar.

La evaluación de políticas, programas e intervenciones en Promoción de la Salud se hace cada vez más necesaria, teniendo presente que existe una interconexión de procesos en los que existen problemas y soluciones constantes que son redefinidos y dinámicos, además que las políticas públicas no son mecanismos tipo medio-fin de ejecución automática, en las que lo decidido en la fase de formulación de objetivos va a ser igual a lo planteado (10); es por esto que es importante realizar la evaluación con el fin de entender y velar porque las políticas sean coherentes con las necesidades y expectativas de los colombianos y las colombianas y con la capacidad de respuesta de los sectores sociales involucrados en el proceso.

Sumado a esto en Colombia todavía persiste la carencia de análisis empírico de la actividad gubernamental, dirigida a esclarecer las actividades y resultados referentes a política pública. “Ello se explica en gran parte por la ausencia de espacios de formación y de reflexión destinados a utilizar este marco analítico para estudiar la actividad gubernamental en Colombia” (11).

2. Valoración de la Investigación

2.1 Propósito

Contribuir a la comprensión de la política pública de escuela saludable en Colombia en 1999 y 2006.

2.2 Objetivos

2.2.2 Objetivo General

Evaluar la formulación de la política pública de escuela saludable en Colombia en los períodos 1999 y 2006.

2.2.3 Objetivos Específicos

- Identificar los momentos de formulación de la política de escuela saludable en Colombia con el enfoque del ciclo de política, en dos momentos 1999 y 2006.
- Obtener la información del ciclo de política en el componente de formulación, en la política pública de escuela saludable en Colombia en dos momentos 1999 y 2006, con énfasis en definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de la opción.
- Interpretar desde el análisis del ciclo de política la formulación de la política pública de escuela saludable en Colombia en dos momentos 1999 y 2006.

3. Justificación

Una de las prioridades de la Organización Mundial de la Salud (emanada en el Foro Global en Urbanismo y Salud, en la ciudad de Kobe - Japón, en noviembre de 2010) es “situar a la salud en el núcleo de todas las políticas de desarrollo urbano, con el propósito de construir políticas públicas en salud, propender por una infraestructura adecuada, servicios públicos óptimos, el impulso de los estilos de vida saludable, lograr ciudades más limpias y que permitan finalmente mejorar la salud” (12).

Sin embargo este planteamiento se había suscitado ya, a mediados de los años 80, en donde se afianzaron las políticas públicas de los municipios o ciudades saludables. Siendo uno de los componentes fundamentales en promoción de la salud, pero que con los cambios políticos y de descentralización no se llevó a cabo en todos los municipios de nuestro país.

En la décadas de los 90 motivada por el interés de cumplir con los lineamientos internacionales, Colombia adopta la estrategia de Escuela Promotora de la Salud, impulsada por la OPS/OMS y la denomina Escuela Saludable, en donde se propende por lograr espacios para afianzar la justicia social, la equidad, la participación ciudadana y la democracia, desde diferentes entornos, tales como la escuela.

El análisis de políticas públicas, en Promoción de la Salud se convierte en una necesidad, en la medida en que se busca que éstas sean más coherentes con las necesidades y expectativas de la población, con la capacidad de respuesta institucional y con la evidencia social y científica disponible. Además cuando se hace referencia a políticas de salud es necesario reconocer que estas atienden aspectos de la sociedad relacionados al bienestar de la misma. De esta manera las políticas de salud se vinculan y son una parte de las políticas sociales.

Es así como las políticas en salud buscan evitar que se deteriore el bienestar de la sociedad, dando respuesta a la necesidad sentida de la comunidad y por otro lado evidencia la importancia de involucrar a la sociedad en la formulación de las respuestas y las decisiones que atañen a su bienestar. En este sentido, dentro de las políticas de salud, la promoción de la salud es el proceso por medio del cual las comunidades y los individuos, mejoran su estado de salud y su calidad de vida, mediante el control de los determinantes sociales y la concreción de los diversos sectores de la sociedad y del gobierno.

Para efectos del presente estudio se realiza el análisis de la formulación de política pública de escuela saludable entendiendo que en las escuelas o centros de enseñanza los niños, niñas, jóvenes y adolescentes, forman su conducta y sus valores sociales; de ahí la responsabilidad de los educadores en afianzar las habilidades educativas y los conocimientos básicos en los educandos, que los preparen para afrontar la vida, en este mundo globalizado y cambiante. “Teniendo claro que el fin de los centros de enseñanza o escuelas es propender por los resultados educativos, también se debe tener en cuenta que la capacidad de cada estudiante para aprender, depende en gran medida de su estado de salud” (13).

“Además las escuelas o centros de enseñanza son escenarios donde la salud de los niños y los adolescentes, puede mejorar, y donde se pueden abordar temas de salud específicos. Junto con la familia, los centros de enseñanza son espacios clave en donde tiene lugar el desarrollo individual y social” (14).

En este sentido la escuela promotora de salud o escuela saludable, propende por el desarrollo humano sostenible de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, de los familiares y de las personas que se desempeñan en los centros de enseñanza o las escuelas, fortaleciendo de esta manera los factores protectores y disminuyendo los riesgos de esta población.

“Sin embargo para que estas estrategias de promoción de la salud se desarrollen y sean constantes en nuestro país, se requiere de un enfoque técnico y político para trabajar con distintos sectores y con el fin de mejorar la calidad de vida. Es así como estas estrategias se convierten en políticas, con la incorporación en la agenda de los gobiernos nacionales y locales, siempre con un enfoque intersectorial que influye en el estado de salud de la población” (6).

Una de las limitantes del presente estudio es que en el país existe poca evidencia en estudios sobre el análisis de política pública de escuela saludable; sumado a que hasta el momento las iniciativas como municipio saludable y entornos saludables, no han tenido el impacto esperado, ni tampoco han sido evaluadas de manera rigurosa y oportuna, para brindar información necesaria en la reformulación o toma de decisiones en los sectores involucrados.

Pero para conocer las decisiones en salud, respecto a una política, es necesario conocer su origen y toma de decisiones que conllevan a su desarrollo y reformulación si es necesaria. En el presente estudio se escudriña en la información emitida por representantes de instituciones que participan en el desarrollo de la política de escuela saludable, además de la investigación exhaustiva de documentación sobre el tema. Teniendo presente que la educación es un factor determinante en la salud y que es necesario involucrar a la escuela en el proceso de adquirir conocimiento para propender por el bienestar y desarrollo integral de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y en general la sociedad.

4. Marco Conceptual

4.1 Promoción de la Salud

La promoción de la salud ha surgido internacionalmente como una estrategia importante para lograr equidad, democracia y justicia social. Ha demostrado ser capaz de abordar difíciles problemas sanitarios, sociales y económicos, ofreciendo un marco valioso para organizar la acción social y política con el fin de mejorar la salud y las condiciones de vida (6).

Para entender el concepto de promoción de la salud se debe tener claro que es un tema político (15); en donde se han desarrollado diversos procesos para su avance presente y futuro, los cuales se han recopilado y se presentan a continuación de manera cronológica, a partir del Siglo XIX.

En este siglo el médico escocés, William Alison por primera vez planteó el término de *promoción*, quien en 1820 estudió sobre la relación de las condiciones ambientales y la enfermedad, en especial cuando se presentaron las epidemias de cólera y tifus. Para 1826 en Francia el médico Louis René Villermé realizó estudios de morbimortalidad en barrios bajos de Paris y encontró una relación entre la pobreza y la enfermedad. Posteriormente el Doctor Henry Duncan en 1842, uno de los pioneros de la salud pública, inició con el primer proyecto que se centraba en los entornos de la promoción de la salud o “Ciudades Saludables”, enfatizó en la importancia de ejercer acciones de promoción en las ciudades. Posteriormente en 1848 el médico ruso y activista político Rudolf Virchow, vislumbra el concepto de la medicina como una ciencia social, en donde la salud no solo compete a los médicos, sino a todo el pueblo en general y por lo tanto es deber del Estado asegurarla. Definió tres conceptos cruciales para la salud pública: atañe a toda la sociedad, el Estado está obligado a propender por ella y las condiciones socioeconómicas están directamente relacionadas con la salud y la enfermedad (16).

Un siglo después se originó el término de *Promoción de la Salud*, cuando el historiador francés Henry E. Sigerest en 1945, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación (15).

Para él, la salud tenía componentes complementarios como la educación, la cultura física, las adecuadas condiciones laborales, la calidad de vida, el descanso y el

esparcimiento, enmarcando estos aspectos en el concepto de promoción de la salud y planteando por primera vez, el concepto de un programa de Salud Pública. Además afirmó que *“la escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública”*. Siendo uno de los primeros investigadores en vislumbrar la importancia de esta y su relación con otros sectores, pues también planteó que la promoción se lograba mediante la unión de esfuerzos de médicos, educadores, políticos, industriales y obreros.

En Canadá en 1974, el ministro de la salud, Marc Lalonde (18), presentó la primera iniciativa de gobierno, con trascendencia política, el informe publicado se tituló *“Una nueva perspectiva de la Salud de los Canadienses”*, fue un documento netamente político y propendía por beneficiar la economía de ese país, sin embargo permitió comprender mejor los factores que contribuyen a la buena salud, por medio de cuatro elementos: biología humana, estilos de vida, organización de la atención a salud y medio ambiente. Por primera vez se incluía el concepto de promoción de la salud en la agenda política* del estado, permitiendo que se crearan políticas gubernamentales centradas en los cuatro elementos planteados en el informe.

En 1978 se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en la cual se planteó la estrategia *Salud para Todos para el año 2000 de la OMS* (19), se le dio reconocimiento internacional a la Promoción de la Salud y se afianzó el concepto de Atención Primaria en Salud**.

La atención primaria en salud es un método socialmente aceptable que permite que los individuos y las familias de la comunidad resuelvan o propendan por resolver los principales problemas en salud, de tal manera que exista la participación de toda la comunidad, los recursos económicos necesarios y reales con que esta cuenta para garantizar su sostenibilidad en el tiempo, además destaca que la educación para la salud de la comunidad permite que puedan influir en la formulación de políticas y programas de promoción de salud en la comunidad, logrando su desarrollo y el empoderamiento*** de la comunidad.

* Agenda Política: es el conjunto de problemas, demandas o asuntos que necesitan un debate público y acción de los gobernantes. Para que esto ocurra la problemática debe afectar a gran parte de las personas, debe tener amplio conocimiento en estas y que las acciones sean competencia de las instituciones públicas. Roth Formulación, implementación y evaluación. Roth A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá D.C.: Ediciones Aurora; 2002.

** La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. **Organización Mundial de la Salud**. (1978). Alma-Ata 1978. Atención Primaria en Salud. Ginebra; Organización Mundial de la Salud. UNICEF. pp. 43-45. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. [Internet]. Alma-Ata, URSS: OMS; 1978 [acceso 2010 Nov 18]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

*** Empoderamiento: Su uso en castellano no se ha librado de la polémica, se suele traducir como *empoderamiento* aunque hay autores que al considerarlo un anglicismo (incluso hay quien utiliza el término en inglés), buscan otros sinónimos como *potenciación*, *fortalecimiento*, *poderío* y en forma verbal *dar poder*, *dotar de poder*, *adquisición por alguien del ejercicio del poder*, *empoderar*. El concepto de empoderamiento para la salud de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a

Posteriormente el investigador en salud comunitaria Thomas McKeown en 1980, postula que en sociedades desarrolladas la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer son el resultado, mas que, de la innovación médica, de los programas de inmunización, ambientales y nutricionales de la comunidad. Plantea que es necesario el compromiso individual de cada persona frente a su salud, para modificar los factores de riesgo de enfermedades crónicas y la necesidad de crear entornos más saludables (20). Siendo uno de los precursores de la génesis de las políticas de educación para la salud y de las políticas públicas saludables.

En 1986 se realizó la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud “HACIA UNA NUEVA SALUD PÚBLICA”, llevada a cabo en Ottawa Canadá, dando como resultado la formulación de la Carta de Ottawa, Según la OMS La Promoción de la Salud, “es un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud” (1). Se plantea el concepto de salud relacionado con calidad de vida, mediante el desarrollo de factores como la educación, alimentación, salud, ambiente, aspectos socio-culturales, hábitos personales, aspectos económicos, entre otros. La calidad de depende de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas esenciales (21).

En la Carta se enuncian algunos factores claves para lograr tener una vida saludable, como son: la paz, la vivienda, la educación, los alimentos, los ingresos, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad.

Además plantea cinco áreas de acción para afianzar la promoción de la salud:

- Desarrollo de una política pública saludable
- Creación de entornos propicios
- Fortalecimiento de la comunidad
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios de salud

- **Desarrollo de una política pública saludable**

Para desarrollar políticas públicas saludables es necesaria la concreción de los diversos sectores sociales, la participación política y de la comunidad, lo que permite que haya

satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Organización Panamericana de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia internacional sobre promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. Ottawa: OPS: 1986.

una continuidad en las políticas, por medio de sostenibilidad económica y en convencimiento de los actores políticos, frente a la importancia de incluir en la agenda, la problemática enmarcada en la promoción de la salud.

- **Creación de entornos propicios**

Es necesario comprender que la salud va ligada a otros procesos como los ambientales, educativos, económicos, etc. Es necesario que los diversos sectores sociales trabajen en pro de políticas que fomenten entornos o ambientes propicios con el fin de generar conciencia ecológica en la comunidad. Es aquí en donde la promoción de la salud brinda un aporte clave mediante la creación de espacios que impulsen habilidades para la vida de las personas, condiciones laborales adecuadas, viviendas saludables y demás acciones que van encaminadas a propiciar entornos más amables para el buen vivir de las personas.

- **Fortalecimiento de la comunidad**

En la promoción de la salud la comunidad ejerce un papel importante desde el punto de vista de la participación en las decisiones gubernamentales y el control que cada individuo ejerce sobre su salud y sus decisiones frente a esta.

- **Desarrollo de aptitudes personales**

La promoción de la salud propende por el desarrollo de las personas, preparándolas en cada etapa de su vida, mediante el desarrollo en el hogar, la escuela, el trabajo y demás entornos. Brindado la información adecuada sobre educación en salud y creando habilidades y aptitudes en las personas frente a diversas situaciones de la vida, afianzando la responsabilidad que cada persona tiene sobre su salud y su entorno.

- **Reorientación de los servicios de salud**

Anteriormente los servicios de salud tenían una orientación curativa, basada en acciones frente a la enfermedad, siendo por lo general de bajo impacto y de carácter individual. Con la reorientación de los servicios de salud se busca que el sector salud tenga un desempeño más activo de las estrategias de la promoción de la salud, permitiendo que haya más liderazgo de la comunidad, más movilizaciones y acciones de abogacía hacia la participación de la comunidad enfrentando los determinantes de la salud y generando mejores condiciones ambientales, psicosociales y culturales de vida para todos.

Después de la Carta de Ottawa y gracias a sus aportes a nivel doctrinario, político y operacional; se realizaron otras reuniones y conferencias mundiales que acrecentaron el

conocimiento y el desarrollo de la promoción de la salud, por medio de declaraciones de carácter internacional.

1988: Adelaida (Australia), Segunda Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. "POLITICAS PÚBLICAS FAVORABLES A LA SALUD." Se plantea que la política pública saludable es la que permite que haya un ambiente favorable que permite que la gente desarrolle una vida saludable, en la conferencia se trabajan cuatro áreas fundamentales para la creación de la política pública saludable como son: alimentación y nutrición, tabaco y alcohol, creación de entornos saludables y apoyo a la salud de las mujeres.

1990: Estrasburgo (Francia), Conferencia Europea sobre Educación Sanitaria y Promoción. Los países asistentes y los organismos internacionales, impulsan la creación de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS), con el fin de promover la educación de los escolares, con un enfoque de promoción de la salud, con el fin de mejorar la calidad de vida de la comunidad.

1991: Sundsvall (Suecia), Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. "ENTORNOS PROPICIOS PARA LA SALUD", declara el compromiso de desarrollar ambientes sostenibles que permitan la participación de la comunidad y a su vez que incida en el desarrollo de acciones en salud.

1992: SantaFé de Bogotá (Colombia), Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. "LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA", Se considera como un desafío de la salud en América Latina "el transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como el trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo" (22).

Se trabaja sobre la relación entre salud y desarrollo, pues hubo una participación activa de los sectores sociales y de las instituciones, en donde hubo planteamientos para el desarrollo de la integración total de las mujeres, la promoción de la participación de la sociedad civil, el dialogo pluricultural, el respecto por las tradiciones y los conocimientos en salud, esta última en especial por el rechazo que se esboza en contra de la violencia en salud individual y de la comunidad.

1993: Puerto España (Trinidad y Tobago), Primera Conferencia de Promoción de la Salud de Caribe. "LA PROMOCIÓN DE LA SALUD". Se elabora la Carta para la Promoción de la Salud para el Caribe de habla inglesa, se definen acciones para llevar a cabo el trabajo en promoción de la salud involucrando a otros sectores sociales. Se incluyen estrategias para incluir a los medios de comunicación, siendo el punto de diferencia con la Carta de Ottawa. Esta carta es fundamental para la planificación de salud en el Caribe.

1995: Organización Mundial de la Salud, Comité de expertos sobre educación y promoción de la salud escolar (23). La finalidad del comité fue formular las recomendaciones sobre las disposiciones políticas y de acción necesarias (en los ámbitos internacional, nacional y local) para ayudar a las escuelas a convertirse en instituciones o escuelas promotoras de la salud*.

* Institución o escuela promotora de la salud es una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar que se fundamenta en el desarrollo articulado y sinérgico de tres componentes

Posteriormente la OMS inicia con la Iniciativa Mundial de Salud Escolar, en donde se dan recursos para apoyar los programas de salud escolar a nivel mundial. En Latinoamérica y el Caribe la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), asumió el reto del desarrollo de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud por medio de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud (IREPS). Con el fin de afianzar los programas de salud escolar y a su vez permitir que haya un enfoque integral en la educación escolar. Es así como en el Congreso de Salud Escolar en Chile, se da formalmente inicio a la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS).

1996: San José de Costa Rica, primera reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS). En donde se busca ilustrar e insta a los países participantes (incluyendo Colombia), sobre el impacto de la educación escolar, siendo crucial la transversalidad y la intersectorialidad para su desarrollo y buenos resultados.

1997: Yakarta (Indonesia), Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. "NUEVA ERA, NUEVOS ACTORES: ADAPTAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD AL SIGLO XXI" (24). Se destaca la participación del sector privado en el apoyo de la promoción de la salud, algo que nunca antes se había realizado. En esta conferencia se ratifica el compromiso de continuar con los planteamientos de la Carta de Ottawa. Con la experiencia recorrida durante las décadas anteriores se evidenció que las estrategias de promoción de la salud contribuyen al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en los países desarrollados como los subdesarrollados. En la Declaración de Yakarta se reitera el compromiso mundial con las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa y proporciona una comprensión más clara de la importancia fundamental de establecer asociaciones a favor de la salud, es así como es la primera conferencia en incluir al sector privado en el apoyo de la promoción de la salud. En esta se logró trabajar en cinco prioridades en el siglo XXI para la promoción de la salud que posteriormente fueron ratificadas en la Resolución sobre la Promoción de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998, las premisas fueron: promover la responsabilidad social de la salud, aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas en pro de la salud, acrecentar la capacidad de la comunidad y comprometer al individuo, garantizar una infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

1998: México, Segunda reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS). En donde se plantea un compromiso renovado para el fortalecimiento de la planificación de acciones para la promoción de la salud, que involucra la creación de redes en los países participantes y el compromiso intersectorial.

2000: en la Cumbre del Milenio en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se

principales: educación para la salud con enfoque integral, creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables, provisión de servicios de salud, nutrición sana y vida activa. Organización Panamericana de la Salud. Escuela Promotora de la Salud. Iniciativa de las Américas de Salud y Educación para el Desarrollo Humano Sostenible. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003 [acceso 2010 Abr 18]. Disponible en: http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_Folleto.pdf

considera que la salud es un factor crucial para el bienestar de las personas, la comunidad y la familia. Se plantean las opciones necesarias para combatir la pobreza extrema en el mundo y se plantean ocho objetivos en busca de disminuir la pobreza extrema y el hambre, Universalizar la educación primaria, la promoción de la igualdad de género y propender por el buen desarrollo de la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad en niños menores de cinco años, propender por la salud materna, impactar en la sostenibilidad del ambiente, trabajar en la lucha contra enfermedades como VIH/Sida, la Malaria y el Dengue e impulsar una sociedad mundial en pro del desarrollo (25).

2000: México, Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. "PROMOCIÓN DE SALUD, HACÍA UNA MAYOR EQUIDAD". Permite que haya una evaluación sobre la estrategia de promoción de la salud, en especial para realizar acciones en pro de las personas que viven en condiciones de vulnerabilidad. Se plantean compromisos por parte de los representantes de los países participantes en cuanto a incluir la promoción de la salud en la agenda, mediante la elaboración de Políticas y el fortalecimiento de programas locales, regionales, nacionales e internacionales, teniendo presente la participación de los sectores sociales y la transversalidad de las políticas; Elaborar y avalar los planes requeridos para el desarrollo de la salud en el país, participar en las redes nacionales e internacionales que promuevan la salud, abogar porque las agencias de las Naciones Unidas apoyen en los programas de desarrollo en salud (26).

2001: Bridgetown (Barbados). Reunión Constitutiva de la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud (RCEPS). Constituye una de las reuniones que permite fortalecer la red, la OPS/OMS continúa apoyando los programas en salud escolar y la integralidad de los mismos (27).

2002: Quito (Ecuador), Tercera reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS). Se enfatizó en el apoyo de la OPS/OMS para el desarrollo de las Escuelas Promotoras de la Salud y la necesidad de fortalecer las redes de escuelas promotoras de la salud en cada país de la región (28).

2002: en septiembre de ese año, la OMS puso en marcha la iniciativa: Ambientes Saludables para los Niños, con el fin de lograr una vida más saludable y segura para los niños, en los lugares en donde juegan, viven y se desarrollan (29).

2004: San Juan de Puerto Rico, Cuarta reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS). Se logra conformar la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud (RPEPS). Permite que los países participantes expongan sus experiencias y genera espacios para la formación continua e integral de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud a nivel escolar (30).

Ese mismo año la OPS convoca dos reuniones de consulta con el objetivo de preparar una estrategia de salud para el desarrollo local, cuyo objetivo era mejorar los determinantes de la salud y la calidad de vida reduciendo las inequidades sociales en salud, por medio de las relaciones entre diversos actores y la producción social. De esta manera se ratifica que la formulación de políticas públicas son elementos críticos para mejorar las interacciones productivas en las comunidades y la equidad, sumado a esto el empoderamiento y la participación ciudadana permiten que se de un desarrollo sostenible, por medio de la reflexión pública que finalmente redundan en las aspiraciones y necesidades de la comunidad.

Finalmente el desarrollo local permite establecer vínculos entre sectores público, privado y social, en las reuniones se concluyeron tres planteamientos: no se debe pensar el desarrollo local sólo dentro de una lógica estrictamente económica, las iniciativas locales tienen que reconocer la existencia de intereses distintos y conflictos latentes o potenciales como presuposición para una articulación y el gobierno en sí mismo es insuficiente para implementar iniciativas de desarrollo local, pero sin el gobierno es mucho más difícil llevarlas a cabo (31).

2005: Bangkok (Tailandia), Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. "MAYOR PARTICIPACIÓN EN LOS ESFUERZOS PARA MEJORAR LA SALUD MUNDIAL". Enfatiza en una mayor coherencia en las políticas para la promoción de la salud y mayor colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado. La Carta de la conferencia identifica los retos principales para abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado y estima que es necesario un mayor compromiso de las personas para lograr la salud para todos. Menciona la importancia de la colaboración entre gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y el sector privado, para generar mayor impacto con las políticas de promoción de la salud. Insta a que las iniciativas se centren en cuatro objetivos clave: que la promoción de la salud sea el eje fundamental en el programa mundial para el desarrollo, que la promoción de la salud sea una responsabilidad primordial de los gobiernos, que las instituciones asuman a la promoción de la salud como un objetivo en sus políticas y que la promoción de la salud sea objetivo primordial como objetivo fundamental de las actividades de la comunidad y la sociedad civil (32).

2009: Nairobi (Kenya), Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. "LLAMADO A LA ACCION". Enfatiza en la importancia de utilizar varios procesos de participación, hace una llamada a la acción, por medio de la definición, ejecución de estrategias y compromisos, para implementar la salud a nivel mundial mediante la promoción de la salud. En la Declaración emanada en la conferencia, se destaca la importancia de mejorar la educación para la salud como un componente fundamental de promover acciones individuales y colectivas que pueden influir en los determinantes de la salud. Esboza cuatro estrategias para el fortalecimiento de la alfabetización en salud: aumentar el acceso a la información sanitaria mediante las tecnologías de información y la comunicación (TIC), aumentar el acceso a la información en salud a través del empoderamiento, aumentar el flujo de información a través de la colaboración intersectorial y desarrollar métodos adecuados para medir e informar sobre los progresos en la mejora de los niveles de alfabetización en salud (33).

2010: Nueva York (Estados Unidos) Se celebró la Cumbre de líderes mundiales para examinar el progreso de los ODM (34), tras diez años de haberse promulgado. Se plantearon propuestas para reducir la pobreza, a cinco años, siendo el plazo para alcanzar los ODM. Se ratificó que cada país es responsable de su desarrollo y se instó para que se realicen las estrategias o políticas necesarias para lograrlo.

4.1.1 Municipios saludables

Según la OMS, se entiende (35) por "municipio saludable" a un colectivo integrado por autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y

privadas, los empresarios y trabajadores, y la comunidad en general, que dedica constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural, y expanden los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, y la democracia.

Se reconoce a la promoción de la salud como un elemento crucial en los procesos de desarrollo de las comunidades, mediante su influencia positiva en la salud de las poblaciones y la reducción de las inequidades; el movimiento de municipios saludables es el mejor ejemplo para lograr aplicar los principios de la promoción de la salud a nivel local, mediante la concreción de los diversos sectores, para lograr unas mejores condiciones de vida.

Los municipios empiezan a ser saludables con el compromiso de los líderes políticos, las instituciones y la comunidad, se resalta en estos la participación social, con el fin de ejercer control, evaluación y liderazgo en la toma de decisiones, en pro de la misma comunidad.

4.1.2 Entornos Saludables

Los entornos saludables son espacios determinados que permiten que las personas tengan protección frente a los factores que afecta la salud, incluyendo factores promotores de la salud y el bienestar. Estos se identifican con: espacios físicos definidos (hogares, lugares en donde habitan las personas, lugares de trabajo, de estudio, de esparcimiento, entre otros), además se relacionan con grupos de personas con funciones determinadas, infraestructuras adecuadas y seguras, espacios físicos limpios y con saneamiento básico y redes de apoyo sólidas que permitan ámbitos psicosociales fortalecidos y funcionales.

- **Los entornos saludables: una estrategia de promoción de la salud para contribuir con el desarrollo local**

El lugar en donde realmente se observa el desarrollo y el impacto de los entornos saludables, es el nivel local, si bien es cierto estas estrategias permiten mejorar los determinantes sociales y la equidad, se deben tener en cuenta aspectos sociales que permitan ir más allá en el análisis de entornos saludables, pues se debe pasar de evaluar meramente por ejemplo los estilos de vida saludables y llegar más allá, a conocer sobre los aspectos sociales y políticos que permitan hacer políticas de mayor dimensión, se debe hacer hincapié en la participación social, el empoderamiento, la participación de actores sociales para la identificación y análisis de los problemas y necesidades y tratarlos en una arena de intereses distintos, en donde se genere impacto en diversos sectores, haya transversalidad y se planteen soluciones en pro de la comunidad.

▪ Propuesta de salud y desarrollo local de la OPS (31)

Esta propuesta emanada por la OPS en el 2004, plantea mejorar los determinantes de salud y calidad de vida, disminuir la inequidad, aumentar la productividad por medio de la realización de políticas públicas saludables, la atención primaria en salud, la promoción de la salud, el empoderamiento, la intersectorialidad y el desarrollo de habilidades para vivir, como pilares de la estrategia de entornos saludables sostenibles y que permitan impulsar el desarrollo local.

Para lograr el desarrollo de la salud a nivel local se requiere el empoderamiento de la comunidad, de los alcaldes, las autoridades locales tanto civiles, como militares, religiosas, las ONG y todos los que de una u otra forma inciden en el desarrollo local.

La propuesta se sintetiza en cinco aspectos: conformar un comité intersectorial para implementar un plan local de desarrollo, en donde la salud se incluirá en la agenda pública^{**}; realizar el plan de desarrollo en donde se realicen estrategias, programas, políticas en pro de la salud y con participación intersectorial comprometida y sostenible; el plan de desarrollo incluirá la participación social durante los procesos de planeación, implementación y evaluación y los recursos económicos necesarios para la sostenibilidad del mismo; realizar alianzas con los sectores comprometidos, especialmente con el sector educación para crear ambientes saludables para lograr escuelas promotoras de salud, al igual que con los sectores de planeación y trabajo para lograr viviendas saludables y trabajos saludables, cumpliendo con los propósitos de las Estrategias de Entornos Saludable; y por último establecer políticas públicas saludables para mejorar los determinantes de los salud, tales como seguridad alimentaria, saneamiento básico (agua potable), espacios libres de humo, disminución de accidentes de tránsito, disminución de la violencia y el maltrato y la creación de espacios y estilos de vida saludables.

De esta manera la propuesta de la OPS para el desarrollo local tiene como una de sus bases en la iniciativa de entornos saludables, especialmente los municipios y comunidades saludables, las ciudades saludables, cuyo potencial de fortalecer los procesos de gestión local y la descentralización^{***} son fundamentales para mejorar los

* Los determinares de la salud son de naturaleza comportamental, social, biológica, económica, política, cultural e inciden en el estado de salud de la población. Para actuar frente a los determinantes de la salud es necesario crear políticas públicas, que le permiten a los gobernantes e investigadores en salud entender los procesos relacionados con los determinantes. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2005 [acceso 2010 Abr 08]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/Desarrollo_Local_Cumbre_ELS_corregido.pdf

** Agenda Pública: es el conjunto de cuestiones que la sociedad percibe como merecedores de atención política y de asuntos que le competen a la autoridad gubernamental. Roth A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá D.C.: Ediciones Aurora; 2002.

*** Descentralización es la acción y efecto de descentralizar. Diccionario de la Lengua Española, 22a. edición, Real Academia Española, 2001. [Internet]. 2001 [acceso 2011 Mar 24]. Disponible en: <http://www.rae.es>. Para el Departamento Nacional de Planeación (DNP), la descentralización es un modelo de organización del Estado que busca asegurar el cumplimiento de su función

determinantes de la salud y la calidad de vida; así también se basa en la iniciativa de escuelas promotoras de la salud, cuyo potencial de contribuir al desarrollo humano y social es fundamental para un desarrollo local democrático y sostenible. Y también se apoya en los lugares de trabajo saludable y la vivienda saludables cuya área de influencia contribuye al bienestar, la productividad y la calidad de vida (31).

Una de las formas para contribuir con el desarrollo local y la promoción de la salud son las estrategias de entornos saludables, teniendo claro que es crucial el fortalecimiento de la capacidad en el nivel local y la participación de los actores de cada localidad. Además del trabajo en red**** (36), en donde se pueden compartir ideas, conocimientos y experiencias, que permitan afianzar a este nivel las estrategias de entornos saludables.

4.1.3 Escuelas Promotoras de Salud en el mundo/ Escuelas Saludables

Una escuela promotora de salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar (37).

Las escuelas o planteles educativos son cruciales en el proceso de desarrollo de los niños, niñas, adolescentes y estudiantes ya que contribuyen a la salud y el bienestar de ellos, desde la década de los noventa se ha venido planteando este concepto, con diferentes nombres como Escuelas Promotoras de Salud, Salud Escolar Integral, Escuelas para los Niños, Escuela por la Paz y Escuelas Saludables, impulsadas por diversas instituciones internacionales como la UNESCO, la OMS-OPS, la UNICEF, entre otras. En el desarrollo de estas estrategias se busca dejar de hacer simples campañas, clases o acciones puntuales para lograr dejar en los escolares una enseñanza auto sostenible acerca de la promoción de la salud en sus vidas.

Es así como una escuela promotora de salud es una estrategia valiosa de la promoción de la salud que permite la concreción de los diversos sectores sociales con el fin de mejorar la calidad de vida de los estudiantes permitiendo que el aprendizaje se haga con calidad y que se propicie el desarrollo humano sostenible en los escolares que están integrados al proceso, minimizando los riesgos a los que están expuestos y

constitucional en el campo social, económico y cultural, así como la protección de los recursos naturales y del medio ambiente. Se da a partir del fortalecimiento del municipio como entidad fundamental de la organización político-administrativa (del Estado) y de la participación activa de la ciudadanía en los asuntos públicos. Pening J. Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. Fundación Autónoma de Colombia. Economía y Desarrollo, Vol.2 (1); 2003. Citado por :Rodríguez LF. La viabilidad de la estrategia de municipios saludables. Bogotá D.C.: Colección textos de Rehabilitación y Desarrollo Humano- Editorial Rosarista; 2007.

**** La red es la forma de organización más habitual de la actividad humana a pequeña escala. Pero la aparición de Internet ha hecho posibles nuevas formas de trabajo y coordinación en red a gran escala y ha sustituido a las cadenas de mando lineales y centralizadas. Castells M. La era de la información: Economía, sociedad y cultura. Volumen I: La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial, 1997. Citado por Dorado C. El trabajo en red como fuente de aprendizaje: posibilidades y límites para la creación de conocimiento. Una visión crítica. [Internet]. Barcelona; 2006. p 16. [acceso 2011 Feb 09]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/58018/68086>.

fortaleciendo los factores protectores en los entornos escolares en donde ellos se desarrollan.

▪ **Finalidad de las Escuelas Promotoras de Salud**

Las Escuelas Promotoras de Salud permiten que los escolares cumplan con sus objetivos académicos, haciendo de ellos unos ciudadanos sanos física y mentalmente, además de permitir que los escolares puedan desarrollar habilidades que les permitan su desarrollo y adaptación al mundo globalizado, en donde puedan aportar críticamente con su participación en las solución de problemas sociales locales y a su vez que generen un concepto de salud mediante la alfabetización y las técnicas de educación utilizadas.

▪ **Elementos claves para la promoción de la salud en la escuela**

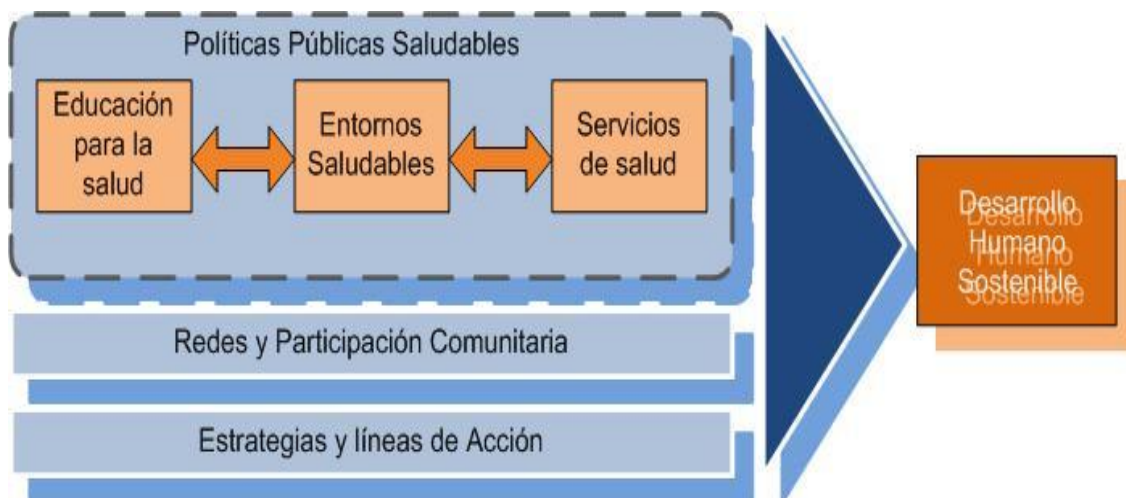
La escuela promotora de salud o escuela saludable está basada en los fundamentos para la promoción de la salud propuestos en la Carta de Ottawa (1) y consta de seis elementos:

- Políticas públicas saludables: son adaptadas y ratificadas por medio de documentos cuyo objetivo es promover la salud y el bienestar en la comunidad escolar.
- El entorno físico saludable: se refiere a la infraestructura interna y externa de la escuela saludable, además del saneamiento básico que está en torno a la escuela.
- El entorno social de la escuela: se refiere al aspecto psicosocial de los involucrados en la escuela (padres, estudiantes, maestros, personal de servicios varios, bibliotecarios, etc.) y sus relaciones interpersonales, solución de conflictos, tolerancia, entre otros aspectos.
- Habilidades de salud individuales y competencias para la acción: está relacionado con el desarrollo del plan curricular integral, tanto desde el punto de vista académico, como de la parte personal y las habilidades adquiridas para tomar decisiones críticas a la hora de actuar para mejorar su salud y su bienestar.
- Vínculos con la comunidad: son las relaciones que existen con los padres de familia y los entornos externos a la escuela, que de una u otra forma inciden en el desarrollo de la escuela y los involucrados directos de la escuela (estudiantes, maestros, personal de servicios varios, bibliotecarios, etc.)
- Reorientación de los servicios de salud: son a los que tienen acceso los integrantes de la escuela, en donde se vela por la atención en salud integral y la promoción de la salud de los escolares.

- **Ejes de desarrollo de las Escuelas Promotoras de Salud o Escuelas Saludables**

Las escuelas promotoras de salud o saludables son estrategias que hacen confluir todos los elementos de la promoción de la salud en el ámbito escolar haciendo énfasis en tres ejes de desarrollo: Educación para la Salud, Servicios de Salud y Medio Ambiente (Figura 4-1).

Figura 4-1: Ejes de desarrollo de las Escuelas Promotoras de Salud o Escuelas Saludables (9).



Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003:38. [Acceso 2010 Abr 10]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_No4.pdf

- **Educación para la salud con un enfoque integral**

Antes de impartir la educación para la salud con un enfoque integral, la educación para la salud tradicional hacía énfasis en los aspectos preventivos de las enfermedades, especialmente biomédicos e individuales. Hoy día la educación para la salud integral está planteada teniendo en cuenta la etapa de desarrollo de las personas, el nivel de desarrollo y escolaridad, los aspectos socio-económicos y culturales, las necesidades de las personas y diversos factores que influyen para que esta se desarrolle. En donde su finalidad es facultar a cada individuo por medio de la adquisición del conocimiento y el desarrollo de experiencias positivas cognitivas, emocionales y sociales para que asuma posiciones críticas frente a como apropiarse de su realidad y generar cambios necesarios frente a esta.

Esta educación integral involucra a todas las personas que pertenecen a la comunidad educativa, ya sean los maestros, los padres de familia, el personal de apoyo de los colegios (celadores, personal de servicios generales, cocineros, bibliotecarios, etc.) y el niño o joven, quien finalmente forma sus hábitos y estilo de vida por medio de la educación integral, con el fin de impactar su calidad de vida y a la vez de la sociedad.

▪ **Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables a nivel escolar**

Para lograr desarrollar las estrategias de entornos saludables en el nivel escolar, se debe iniciar en diferentes entornos que rodean a la comunidad. Para efectos de la presente investigación nos centraremos en la escuela, siendo uno de los lugares en donde los niños y los jóvenes, permanecen la mayor parte de su tiempo, desarrollándose en un entorno físico y psicosocial, siendo estas últimas dos dimensiones diferentes y complementarias, la primera se refiere al entorno físico en donde se deben garantizar las condiciones mínimas de seguridad y saneamiento básico; respecto al entorno psicosocial se refiere a la interacción respetuosa, amable, que permite el desarrollo de los derechos humanos en el aula de clase, tanto entre pares, como con los profesores y personal de los planteles educativos.

▪ **Provisión de servicios de salud, alimentación sana y vida activa a nivel escolar**

La provisión de servicios de salud, alimentación sana y vida activa para los escolares debe organizarse de acuerdo con las políticas, mecanismos, modelos y contenidos relevantes que responden a las necesidades de los escolares, y los recursos previstos en cada caso (país, región o municipio) para la atención de la salud de la población en general. En este sentido, una Escuela Promotora de la Salud (9):

- Orienta a la comunidad educativa para que los escolares accedan oportunamente a todas las acciones de prevención (inmunizaciones, cribados visuales y auditivos, salud bucal, salud mental y consejería, entre otros) y tratamiento de la enfermedad, alimentación y nutrición a que tienen derecho dentro de los mecanismos previstos en el sistema sanitario vigente.
- Organiza, en coordinación con la red de servicios disponibles localmente, la prestación directa de servicios de salud (incluidos los de alimentación, nutrición y vida activa) dentro de la escuela, en los casos en que esto se considere pertinente y de acuerdo con las políticas establecidas, el modelo vigente para la prestación de servicios sanitarios, los recursos disponibles para tal fin y el contexto sociocultural.
- Ejerce auditoría de la calidad y oportunidad de los servicios de salud (incluidos los de alimentación, nutrición y vida activa) que reciben los estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa.
- Informa y educa a la comunidad educativa sobre los derechos y deberes de los escolares y demás miembros dentro del sistema sanitario al que pertenecen.

- Participa en la vigilancia epidemiológica de las condiciones de riesgo y factores protectores para la salud a que está expuesta la comunidad educativa.

4.1.4 Participación Comunitaria y Redes

La definición de participación comunitaria se aviene con las propuestas de las “teorías del comportamiento colectivo” compartidas por la psicología social o comunitaria y especialmente por la sociología constructivista, las cuales sostienen que la integración de los individuos en la vida cotidiana, comunitaria y local trasciende el ámbito de la política procedimentalmente entendida (38).

En la participación comunitaria los ciudadanos confluyen con el fin de enfrentar una situación en común por medio de proyectos de desarrollo que den solución a esta y de esta manera mejorar el bienestar de la comunidad en función de sus propios valores, de manera sostenible en el tiempo, sin necesidad de requerir la intervención de partidos políticos, sino por el contrario buscando soluciones endógenas, con iniciativa y compromiso propio de la comunidad.

4.2 Iniciativas y redes de escuelas promotoras de la salud o saludables

Para realizar la construcción de las redes de escuelas saludables o promotoras de la salud, es necesaria la participación activa de los sujetos sociales incluidos en ella y de la transversalidad en la toma de decisiones no solo de los actores, sino también de las instituciones involucradas en su desarrollo; las políticas de descentralización se aplican también en el desarrollo de la estrategia de entornos saludables componente escuela saludable y de las redes generadas para que las escuelas saludables se vinculen entre sí, compartan sus experiencias, con el fin de construir un tejido social sólido y comprometido por medio de lazos de solidaridad creados a lo largo del desarrollo de las redes e iniciativas locales.

4.2.1 Iniciativa Regional Escuela Promotoras de la Salud – IREPS

La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud tiene como objetivo (23) fortalecer el desarrollo humano sostenible de niños, niñas, adolescentes y jóvenes a nivel del ámbito escolar, realizando una alianza estratégica con los programas de salud escolar existentes en Latinoamérica y el Caribe, mediante el fortalecimiento de los conocimientos científicos y técnicos sobre salud y educación, mediante el desarrollo de modelos y acciones educativas que permitan accionar los programas de salud integral en

los escolares en los niveles nacional, departamento y local. Se fundamenta en tres componentes: educación para la salud, incluyendo las habilidades para la vida, creación de entornos psicosociales y ambientes físicos saludables y servicios de salud, psicosociales, de nutrición y de promoción de vida activa.

4.2.2 Red latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud (RLEPS)

La Red latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud tiene como propósito (39) asesorar y afianzar en los procesos de realización de las escuelas promotoras de la salud o escuelas saludables y las redes que cada país realiza para fortalecerlas.

Algunas estrategias para afianzar el trabajo de la RLEPS son: capacitar al recurso humano que está relacionado con la escuela en las áreas de promoción de la salud, participación comunitaria, gestión y planeación, apoyar la investigación de la academia, crear espacios académicos y de discusión que generen reflexión sobre la promoción de la salud en las escuelas, realizar la concreción de diferentes sectores sobre escuelas saludables e impulsar políticas para el buen desarrollo de la estrategia.

4.2.3 Red Caribeña de Escuelas Promotoras de Salud (RCEPS)

La Red Caribeña Escuelas Promotoras de Salud plantea (30) ser un apoyo en los países del Caribe para la realización de políticas saludables en el ámbito escolar mediante el fortalecimiento de los Ministerios de Salud y Educación de estos países, además de aumentar el compromiso de los padres y cuidadores en el bienestar de los escolares y brindar apoyo científico técnico a los maestros, personal que educa a los niños, cuidadores sobre escuela promotora de la salud integral, en donde haya más participación comunitaria.

4.3 Políticas Internacionales

4.3.1 Salud para todos en el año 2000

La **Organización Mundial de la Salud OMS**, **UNICEF** y los países miembros presentes en **Alma-Ata**, se comprometieron a enfrentar el gran reto de definir la salud como un derecho humano fundamental y adoptaron la estrategia de Atención Primaria en Salud

APS, para alcanzar la meta de “**Salud para todos en el año 2000**” (19). Una de las premisas que se resaltan en la reunión, es el hecho de involucrar a las personas en la planificación y toma de decisiones en la atención sanitaria.

“Los objetivos y metas mínimas y las estrategias se inspiran en el concepto de atención primaria, reconocimiento que esta es más que una simple extensión de los servicios básicos de salud y que su consecución repercute en el desarrollo económico y social. Todo esto requiere la formulación de estrategias adicionales para fortalecer las políticas sociales y la armonización de planes y acciones intersectoriales, para asegurar la participación efectiva del sector salud, junto con el resto de sectores del desarrollo socioeconómico, en la disponibilidad de alimentos y vivienda, en el equilibrio ecológico y en la organización y participación de la comunidad para su desarrollo y bienestar” (40).

4.3.2 Convención de los Derechos del Niño (1989)

En noviembre de **1989**, se realizó la Asamblea General de las Naciones Unidas, en donde los representantes a nivel mundial realizaron una convención especial dirigida a los menores de 18 años por sus condiciones especiales, es el primer documento internacional que hace que jurídicamente se incluyan la diversidad de derechos humanos (civiles, culturales, económicos, políticos y sociales) y que sean de obligatorio cumplimiento a nivel mundial, haciendo nuevos aportes a la Declaración de los Derechos del Niño de 1959.

En la Convención se resalta la importancia de la participación en la vida familiar, cultural y social de los niños y se exponen cuatro principios fundamentales en pro de los niños: la no discriminación; la dedicación e interés en el niño; el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; y el respeto por los puntos de vista del niño. En esta también se propende por la necesidad de mejorar los servicios de salud, educación y prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales, en pro del desarrollo y preservación de los derechos del niño (41).

4.3.3 Declaración Mundial para la Supervivencia, Protección y Desarrollo de los Niños del Mundo

En 1990 en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se suscribe Declaración Mundial para la Supervivencia, Protección y Desarrollo de los Niños del Mundo en donde los jefes de estado adquirieron compromisos respecto a propender por el bienestar de los niños, por medio de políticas públicas sólidas, trabajo conjunto internacional y nacional, involucrando a los diversos sectores sociales. Se concluyeron diez puntos a trabajar en los países convocados: promover la rápida ratificación y aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño y la difusión de los derechos del niño; adoptar medidas nacionales e internacionales en pro de la salud de los niños, la atención prenatal y la reducción de la mortalidad en menores de cinco años en todos los países y propender

por la provisión de agua potable; aplicar medidas para erradicar el hambre y la desnutrición para el desarrollo óptimo de los niños; fomentar la planificación responsable, mejorar la condición de la mujer y la responsabilidad y decisión sobre el tamaño de su familia; velar por la consolidación de la familia y el esfuerzo de los padres y cuidadores por el desarrollo y bienestar de los niños y también de la condición especial de los niños que no tienen familia; realizar programas para reducir el analfabetismo y ofrecer educación para todos los niños; aunar esfuerzos para mejorar la situación de millones de niños en condiciones desfavorables como indigencia, trabajo, desplazamiento, maltrato y condiciones propicias para la drogadicción; fomentar los valores de paz, comprensión y diálogo en la educación de los niños, con el fin de proteger a los niños de las consecuencias de la guerra, la violencia y tomar las medidas necesarias para evitar un conflicto armado (42).

4.3.4 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

En el año 2000, en la Cumbre del Milenio en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se centraron en el ser humano y resaltan que la salud es decisiva para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y es clave para el desarrollo humano. Los objetivos planteados para el 2015 son (43):

- Objetivo 1: Reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre.
- Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.
- Objetivo 3: Dar autonomía a las mujeres y promover la equidad entre mujeres y hombres.
- Objetivo 4: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años.
- Objetivo 5: Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna.
- Objetivo 6: Combatir la propagación de enfermedades, sobre todo el VIH/SIDA y el paludismo.
- Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad medioambiental.
- Objetivo 8: Establecer una asociación mundial para el desarrollo, con objetivos sobre ayuda, comercio y alivio de la deuda.

- **Objetivo 1: Reducir a la mitad la pobreza extrema y el hambre**

1,200 millones de personas todavía viven con menos de \$1 dólar al día. Sin embargo, 43 países, que suman más del 60 por ciento de los habitantes del mundo, ya han logrado o están en camino de lograr la meta de reducir a la mitad el hambre para el año 2015.

- **Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal**

113 millones de niños no asisten a la escuela, aun así, esta meta se encuentra al alcance. India, por ejemplo, tendrá al 95 por ciento de sus niños en la escuela para el año 2005.

- **Objetivo 3: Dar autonomía a las mujeres y promover la equidad entre mujeres y hombres**

Dos terceras partes de los analfabetos del mundo son mujeres y 80 por ciento de los refugiados son mujeres y niños. Desde la Cumbre de Microcréditos del año 1997 se han hecho progresos para dar autonomía a las mujeres pobres, casi 19 millones de mujeres pobre se han beneficiado tan sólo en el año 2000.

- **Objetivo 4: Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños menores de cinco años**

11 millones de niños mueren todos los años, pero ese número está por debajo de los 15 millones que morían en el año 1980.

- **Objetivo 5: Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna**

En el mundo en desarrollo, el riesgo de morir durante el parto es de uno por cada 48. Sin embargo, ahora virtualmente todos los países tienen programas de maternidad segura y están logrando progresos.

- **Objetivo 6: Combatir la propagación de enfermedades, sobre todo el VIH/SIDA y el paludismo**

Las enfermedades mortales han acabado con una generación de logros del desarrollo. No obstante, países como Brasil, Senegal, Tailandia y Uganda han demostrado que podemos detener al VIH.

- **Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad medioambiental**

Más de mil millones de personas todavía carecen de agua potable segura. Sin embargo, durante los años noventa, casi mil millones de personas obtuvieron acceso al agua potable segura, y otros tantos, a mejores condiciones de salud.

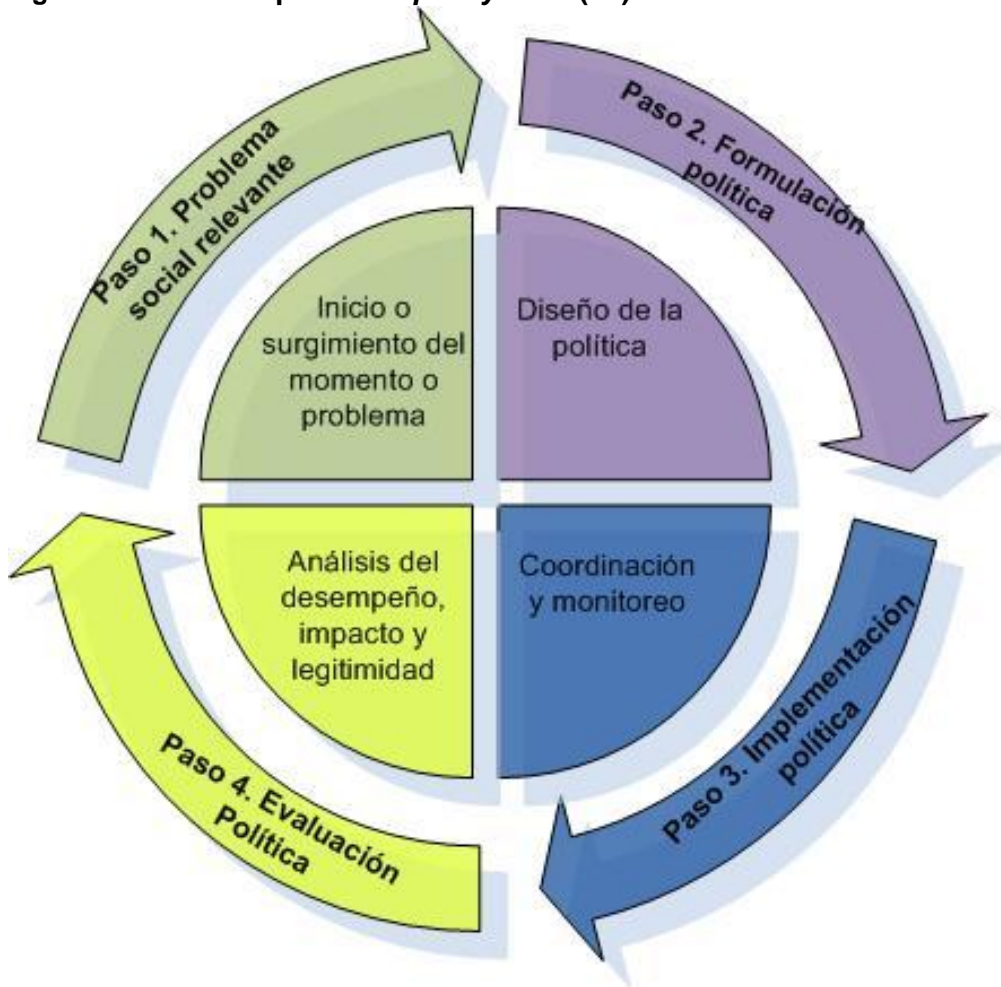
- **Objetivo 8: Establecer una asociación mundial para el desarrollo, con objetivos sobre ayuda, comercio y alivio de la deuda**

Demasiados países en desarrollo están gastando más en el pago de la deuda que en servicios sociales. Sin embargo, los nuevos compromisos de ayuda firmados tan sólo durante la primera mitad del año 2002 alcanzarán anualmente los \$12 mil millones de dólares adicionales para el año 2006.

4.4 Política Pública

La presentación de este marco teórico se realiza a través de la descripción de los conceptos considerados para analizar una política pública a través de una herramienta muy conocida llamada el **ciclo de política o *policy cycle*** (Figura 4-2).

Figura 4-2: Ciclo de política o *policy cycle* (44).



Adaptado de Meny Y, Thoening JC. Las políticas públicas. Barcelona (trad.), Ariel; 1992.

Para ello se propone un esbozo de los componentes del ciclo de política y una aproximación más en detalle a los conceptos a incorporar en el análisis de política pública de escuela saludable en Colombia en la fase de formulación, aportando su definición e implicaciones en concordancia con los objetivos de la investigación.

Existe un debate acerca de la naturaleza, las características y los procesos concernientes a la política pública. Para algunas corrientes es un ejercicio "técnico", para otras, está enmarcada en la dinámica socio-política de cada sociedad y del accionar de los actores comprometidos en esta, de esta manera se hace importante conocer más acerca de la evaluación de políticas públicas, el ciclo de política y sus componentes.

4.4.1 Evolución Histórica de la evaluación de política pública

Para entender el desarrollo de esta área es necesario situarla en un contexto histórico, en donde los sucesos no se han dado de manera lineal, sino más bien han sido el resultado de aproximaciones emanadas desde distintas ópticas y con distintos objetivos, teniendo claro que inciden factores en su desarrollo tales como el cambio ideológico, político y social, la expansión y crecimiento de los programas sociales, el mejoramiento de las técnicas de investigación social y su incorporación a la solución de problemas sociales, entre otros. Siendo todos estos factores los que han permitido la aplicación de los métodos de evaluación para el análisis de las políticas públicas.

Sin embargo no se conoce a ciencia cierta cuando se empezó a aplicar por primera vez la evaluación como técnica de análisis de políticas y programas públicos. Se considera que el punto de partida de esta disciplina surge en Norteamérica con el trabajo de Alfred Binet, quien en 1904 desarrolló el método conocido con el nombre de "test de inteligencia de Binet" y ello marcó el comienzo de la psicología experimental y la introducción del experimentalismo como enfoque científico adaptado para la Administración Pública (45).

Después de la segunda Guerra Mundial, con el desarrollo de programas de bienestar social, la disciplina analiza la evolución e impacto de estos, impulsándose y posteriormente en los años 50 se aplica la evaluación de políticas en programas en Europa y en países en desarrollo con el apoyo de programas de Naciones Unidas.

En las décadas de los 60 y 70 se asienta la evaluación como área de investigación y estudio de diversas disciplinas científicas y sociales en donde se elabora una amplia bibliografía al respecto, se recopilan y analizan experiencias, se elaboran documentos, textos, boletines, revistas y se abren espacios de discusión tanto académicos como técnicos.

Y es a partir de los años 80 cuando se produce la aplicación sistemática y generalizada de la evaluación en la mayoría de los países desarrollados. Sin embargo en los países en desarrollo a finales de la década de los ochenta se inicia el desarrollo de la disciplina.

4.4.2 Conceptos clave para el análisis de política pública

Debido a que existe una pluralidad de perspectivas respecto al análisis de políticas públicas es necesario aclarar algunos conceptos claves en donde se esclarece el concepto de políticas públicas, para esto es necesario traducir del inglés al español, siendo algo difícil ya que en inglés existen tres términos diferentes y para trasladarlos al español sólo existe uno: **policy** (las políticas públicas), **politics** (programa de acción gubernamental o actividades políticas) y **polity** (es la esfera política diferente a la sociedad civil) (11).

Para entender la acción pública es necesario conocer el significado del concepto de **política pública** desde diferentes puntos de vista; inicialmente Lasswell la define como "una política es un programa proyectado de valores, fines y prácticas" (46).

Posteriormente Dye dice que una política pública “es aquello que el gobierno escoge hacer o no hacer” (47).

Otros autores consideran que las políticas públicas se asocian al ejercicio del poder por parte de las autoridades públicas, es el caso de Luís Aguilar quien refiere que

Lo específico y peculiar de las políticas públicas consiste en ser un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo e interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente (con las correcciones marginales necesarias), en correspondencia con el cumplimiento de funciones públicas que son de naturaleza permanente o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida en el tiempo. La estructura estable de sus acciones, que se reproduce durante un cierto tiempo, es lo específico y distintivo de ese conjunto de acciones de gobierno que se llama políticas públicas (48).

Para otros autores los actores sociales son importantes para el desarrollo de las políticas públicas, es el caso de Frohock, para quien la sociedad organizada tiene un papel preponderante al definirla como “una práctica social ocasionada por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas” (49).

Isabel Maggiolo (50), explica que en la dinámica social contemporánea las políticas públicas deben tratar de reconstruir la relación Estado-Sociedad a través de la generación de escenarios, vínculos, sentido de pertenencia y bienestar para la población. Para lograr esto, es conveniente la promoción e implementación de mecanismos de participación directa de los actores afectados que refuercen, tanto la función receptiva de la sociedad como la capacidad utilitaria del Estado.

Actualmente los actores sociales son clave para el cumplimiento de los objetivos políticos, en especial cuando están bien informados del acontecer respecto a las políticas públicas, lo que redundaría en garantías para definir prioridades que propendan por el bien común.

Desde el contexto colombiano, algunos autores han propuesto definiciones que destacan el aspecto político como factor clave para comprender las políticas.

Alejo Vargas define que se debe entender la política pública como el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables. Por ello se puede plantear que hay un nivel de incertidumbre en la política pública a pesar de considerar que el objeto de cualquier propuesta de política es controlar y dirigir cursos futuros de acción, que es la única acción sujeta a control... La política pública es la concreción del Estado en acción, en movimiento frente a la sociedad y sus problemas... Los problemas sociales en toda sociedad rebasan la capacidad de respuesta del Estado, razón por la cual, es necesario establecer un conjunto de prioridades denominadas situaciones socialmente problemáticas (51).

André-Noël Roth al plantear su definición de política pública considera que es la existencia de “un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de

orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (52). Su definición es más amplia al identificar cuatro aspectos para que exista una política pública como son, la implicación del gobierno, la percepción del problema, la definiciones de objetivos y el proceso como elemento fundamental de la política pública, entendiendo que esta es una construcción social, en donde el Estado orienta el comportamiento de los actores.

Una conceptualización en la que la política pública también se muestra como mediadora de los intereses de los distintos actores implicados es la de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que entiende la política pública como una serie de acciones de gobierno que buscan adecuar, continuar o generar nuevas realidades, deseadas en el nivel territorial e institucional, poniendo de relieve los intereses sociales, políticos y económicos y coordinando los esfuerzos de los actores y organizaciones que defienden dichos intereses (53).

Teniendo en cuenta las definiciones citadas, se evidencian algunos elementos comunes que integran el concepto de política pública. De esta forma se deduce que es el resultado de iniciativas, decisiones y acciones de los actores e instituciones gubernamentales, frente a una situación socialmente problemática, con el fin de llevarla a niveles manejables en donde es importante la concreción de las instituciones, la participación y el conocimiento de los actores sociales, la participación del gobierno y las acciones a seguir frente a la problemática planteada teniendo claro que las políticas tienen objetivos, recursos y producen resultados.

4.4.3 Evaluación de política pública

La política pública involucra tres sistemas: el político (toma de decisiones), el administrativo (ejecuta las decisiones) y el social (busca del Estado la solución a los problemas o demandas de la sociedad) (11).

De esta manera cuando se hace un análisis de política pública se deben involucrar estos tres sistemas, para determinar las acciones del Estado y su gestión, mediante la revisión crítica de la información, el razonamiento y el cálculo del análisis que se hizo, con el fin de sustentar la decisión y el proyecto a definir de la política en curso. Por consiguiente el análisis es parte fundamental de las decisiones de una política pública o de un determinado campo de esta, este puede ser un acumulo histórico y también tiene una pretensión prospectiva, en donde es útil para quienes toman las decisiones públicas. Generando un aprendizaje, que sobrepasa la dimensión académica y se convierte en una herramienta que permite mejorar la gestión pública.

Vargas define (51) cuatro grandes características del análisis de políticas públicas, así:

Toma la política pública como **unidad de análisis**, es decir una visión realizada y basada a partir de los eventos realizados en el proceso de la política pública; tiene una **pretensión explicativa** y no simplemente descriptiva: no solamente se basa en la observación, sino en ir más allá, llegar a la conceptualización del proceso generado alrededor de la política pública; apela al **análisis histórico (o diacrónico)**: la política pretende reconstruir el proceso histórico desde su origen, hasta el análisis. **Rompe con las barreras** que separan al sistema político-administrativo, público-sociedad: busca hacer una interrelación al desarrollo de la

política pública planteada. Por lo anterior se afirma que el análisis de política pública es una forma de abordar la relación entre estado y sociedad, pero dando prioridad al momento estatal-administrativo, a partir de un supuesto teórico-metodológico.

André-Noël Roth, define (52) tres objetos de estudio en el análisis de políticas públicas: Los objetos colectivos que el Estado considera como deseables o necesarios, incluyendo el proceso de definición y de formación de estos; los medios y acciones procesados, total o parcialmente, por una institución u organización gubernamental, los resultados de estas acciones, incluyendo tanto las consecuencias deseadas como las imprevistas. Para él, el análisis de políticas públicas consiste en examinar una serie de objetivos, de medios y de acciones definidos por el Estado para transformar parcial o totalmente la sociedad así como sus resultados y efectos.

4.4.4 Determinación del objeto de análisis: ciclo de política o *policy cycle*

Para el análisis y entendimiento de la política pública se utiliza una herramienta que es el proceso de producción de políticas públicas (*policy cycle*), que se desarrolla en una secuencia de etapas funcional y temporalmente diferentes.

En la presente investigación se analiza la política pública de escuela saludable con la metodología del ciclo de política, ya que permite conocer el proceso de producción de la política y facilita la comprensión del mismo, mediante el análisis de la fase de formulación con el fin de conocer de manera específica sobre el origen de la política en mención.

Entendiendo el papel de las políticas públicas como un elemento fundamental en la relación Estado – Sociedad (50) y a partir del cual se busca dar respuestas coherentes y sistemáticas a determinadas situaciones sociales, el tema del proceso de formación de las mismas toma trascendencia en términos de identificar las diferentes fases que implica esta toma de decisión y de cómo se traducen en acciones concretas. En esa lógica, lo primero que se realizará será revisar las diferentes propuestas que describen este proceso para después pasar a caracterizar cada una de las fases de formulación.

Doren (54); citado por Ruelas-Barajas, sostiene que el proceso de gestación de una política pública puede ser entendido desde varias perspectivas. Algunos conciben la generación de una política pública como un proceso lineal e incremental en el que se va construyendo paulatinamente a partir de un “agente originador” que la impulsa y en la medida de lo posible. Otra concepción explica este desarrollo como un proceso de interacción entre legisladores, funcionarios públicos, grupos de interés, población en general, a través del cual se logran balances de poder en donde las partes ven representados sus intereses. Otra, como un proceso dialéctico resultante de conflictos permanentes que se confrontan para llegar a una conclusión, posiblemente temporal.

Subirats habla de un proceso extenso y complejo que incluye once fases (55): percepción y definición del problema, intereses afectados, grado de organización, acceso a los canales representativos, consecución del estatuto propio de tema a incluir en el programa o agenda de actuación de los poderes públicos, formulación de una solución o de una acción de respuesta, establecimiento de objetivos y prioridades, soportes políticos presupuestarios y administrativos de la solución propuesta, implementación o puesta en práctica de esa política, evaluación y control de los efectos producidos y mantenimiento,

revisión o terminación de esa política. Asimismo, el autor manifiesta que aunque la política responde a determinados objetivos, estos tienen la posibilidad de transformarse en razón de las necesidades y situaciones que surjan durante el proceso de formulación.

Por otro lado Rose (56), plantea que las Políticas Públicas pueden ser comprendidas como un proceso de cinco etapas conectadas entre sí: identificación y definición del problema; formulación de las alternativas de solución; adopción de una alternativa; implementación de la alternativa seleccionada y evaluación de los resultados obtenidos.

Tomando como base las dos propuestas anteriores, Maggiolo (50) construye su propio entendimiento del procedimiento de formación de políticas y sugiere que el mismo está conformado por seis fases: reconocimiento del problema e inclusión en la agenda del gobierno, posibles soluciones al problema, aceptación y reconocimiento de la propuesta de solución, implementación de la propuesta y su evaluación, seguimiento y evaluación de resultados, seguimiento y evaluación del impacto de la política.

Vargas propone (51) los momentos y etapas de la política pública, aclarando que a pesar de tratarse de un proceso, en ocasiones pueden ocurrir acciones simultáneas en fases distintas de este desarrollo.

▪ **El inicio o surgimiento, el momento en que un problema social se convierte en una situación socialmente problemática**

En este momento, se denota que el problema social es percibido por la sociedad y el Estado institucional, el cual debe dar respuesta de una manera concreta y eficaz. Sin embargo para Maggiolo y Peroza, este proceso resulta imperioso, debido a que existen actores plurales (estatales y sociales), para la toma de decisiones, quienes condicionan las prioridades de la Agenda Política e influyen en la toma de decisiones (50).

Lenoir citado por Roth (57), distingue tres fases en la construcción de problemas:

- Transformación de la vida cotidiana de los individuos originada por cambios sociales que afectan a los grupos sociales.
- El paso de un problema “privado” a un problema “social”. Aquí es necesario que los grupos sociales tengan el interés de hacer “público” el problema, a través de los medios de expresión pública. Es importante el papel de los medios de expresión, los círculos académicos y científicos y los actores políticos, en la definición y difusión del problema.
- La institucionalización: una vez reconocido el problema social y su formulación, es necesaria la intervención pública (o política), por medio de leyes o reglamentos.

Entonces, para que determinado problema social (salud, analfabetismo, alimentación, vivienda, servicio de agua, violencia familiar), logre transformarse en una situación socialmente problemática es fundamental la incidencia de los distintos actores sociales a partir de la influencia que puedan ejercer estos en los procesos de decisión. Maggiolo (50) realiza la invitación a la organización ciudadana como medio de transformación en

actores de política para lograr que los problemas sociales se conviertan en situaciones políticas relevante.

▪ **Formulación o toma de decisiones. Las instituciones estatales valoran diferentes alternativas. Opciones a seleccionar**

En el momento en que existe interacción entre los diferentes actores políticos y grupos de la sociedad han agendado políticamente una situación problemática o han tomado una decisión por medio de acuerdos o consensos mediante la creación de un documento en donde el Estado plasma la manera de intervenir en una situación ya sea para minimizarla o solucionarla.

La formulación está compuesta de cuatro etapas (58):

- La definición de la agenda política
 - La definición de los problemas
 - El establecimiento de objetivos
 - La selección de la opción
-
- **La definición de la agenda política:** no todas las demandas o problemas de la sociedad logran posicionarse en la agenda política, para que esto suceda se deben dar circunstancias, momentos, intereses y diversos factores que confluyen y hacen realidad la creación de políticas públicas.
 - **La definición de los problemas:** posterior a realizar la agenda política se debe identificar la problemática a abordar, para conocer su origen, componentes, consecuencias, actores involucrados y posteriormente se debe determinar el tiempo de acción de la política pública, teniendo claro que deben ser dinámicas ya se a corto, mediano o largo plazo.
 - **Establecimiento de objetivos:** es muy importante esta fase, pues refleja el camino a seguir en las etapas posteriores, básicamente en la implementación. En esta confluyen elementos como el aspecto económico, el ámbito político, las políticas internas y externas que afectan a un país y que hacen que un país asuma como políticas públicas algunos programas o compromisos internacionales adquiridos en las reuniones convocadas por organizaciones internacionales.
 - **La Selección de la opción:** es la última fase del proceso de elaboración de las políticas públicas, permite obtener la opción más adecuada y acorde, en coherencia

con las anteriores fases del proceso, para continuar posteriormente con la ejecución/implementación.

Durante la toma de decisiones se seleccionan modelos que permitan decidir la elección ideal es decir la racionalidad absoluta (52). Se toman decisiones basadas en un proceso racional, por medio de la observación empírica. Roth citando a Monnier (44), refiere que estos modelos no han funcionado debido a que la lógica para la toma de decisiones políticas, es normativa, lineal y simplista, ignorando que el modo de toma de decisiones en las democracias complejas sigue siendo la negociación, el ajuste entre intereses y la aceptabilidad social, más que la estricta optimización técnico económica.

Modelo de la Racionalidad Absoluta: para tomar una decisión la razón indica que primero hay que conocer el problema, identificar sus componentes y objetivos, analizar las posibles soluciones y los medios más adecuados y escoger la decisión óptima (52).

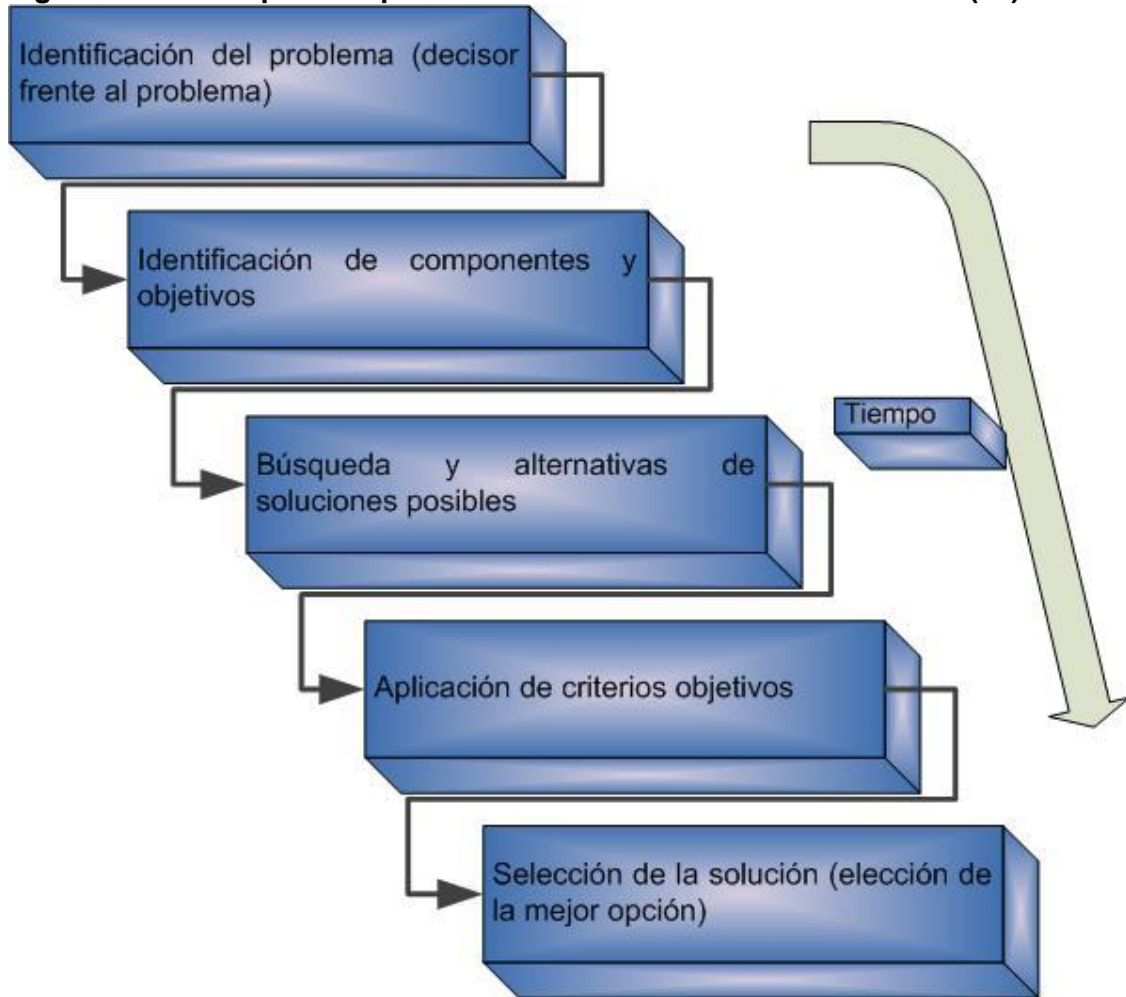
Los pasos para aplicar el modelo de decisión racional son (Figura 4-3):

- Identificación del problema
- Identificación de componentes y objetivos
- Búsqueda y alternativas de soluciones posibles
- Aplicación de criterios objetivos
- Selección de la mejor solución

Si bien es cierto que el modelo de decisión satisface la razón, tiene la limitación de ser poco realista. Para Roth “los postulados necesarios para su aplicación rara vez coinciden, por no decir nunca. Es una visión ideal y normativa del proceso de toma de decisión” (52).

- El modelo de Decisión Racional implica que:
- Los objetivos y los componentes de la decisión sean claros.
- Que el conocimiento sobre la situación y las alternativas de solución sean completos.
- Que la decisión que se tome sea la más próxima a los valores

Figura 4-3: Pasos para la aplicación del modelo de decisión racional (52).



Adoptado de: Roth A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá D.C.: Ediciones Aurora; 2002:89.

- **Ejecución/implementación. Materializar las decisiones tomadas anteriormente**

Es importante la participación de las instituciones estatales y la participación privada (empresarial, ciudadana, ONG), emanando tensiones novedosas, con la participación de este último sector.

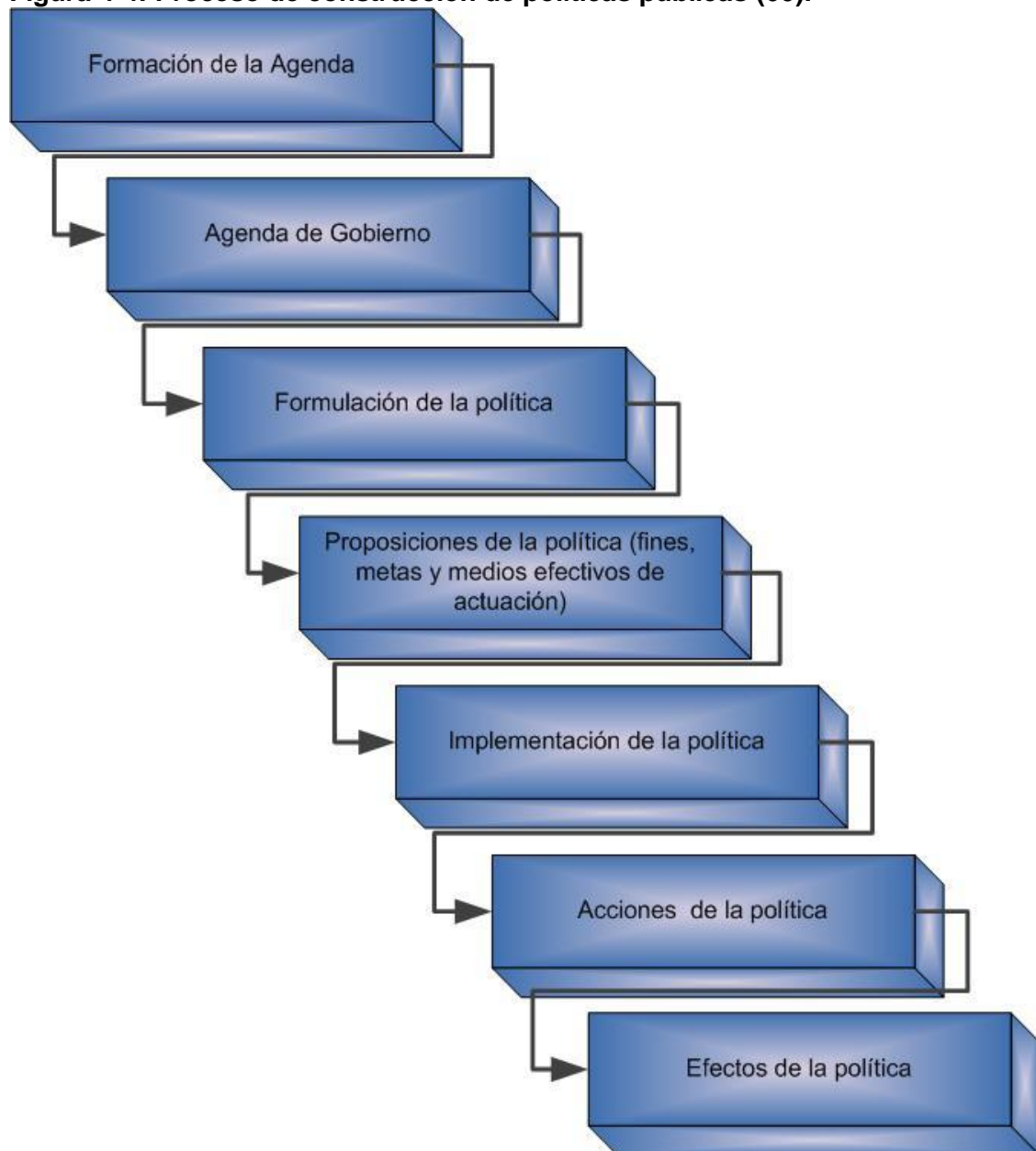
Toda política pública tiene implícito, que existe un sector social con mayor beneficio y otro que busca de una u otra forma “presionar” a la administración pública, en pro de sus intereses.

- **Evaluación. Es la opción de valorar a *posteriori* los resultados, efectos e impacto de la política**

Evaluar una política es investigar si los medios jurídicos, administrativos o financieros puestos en acción permitieron producir los efectos esperados de esta política y atender los objetivos que le fueron fijados (59).

Es fundamental este momento, ya que se puede aprender o reformular la política pública, teniendo presente que toda política tiene un grado de incertidumbre y por esta razón los responsables de la misma deben tener una gran capacidad de acomodación a situaciones nuevas e imprevistas. A su vez la evaluación da cuenta de los éxitos o fracasos de la política pública.

El profesor Roth, afirma (52) que en la vida política, en realidad las cosas no funcionan de manera lineal, ni secuencial. Además el proceso de una política pública, puede iniciar en cualquiera de estas fases, obviar una u otra fase o invertir las etapas. Sin embargo existen unos procesos que son clave en la construcción de políticas públicas (Figura 4-4).

Figura 4-4: Proceso de construcción de políticas públicas (60).

Adaptado de: Huenchuan S, Políticas Públicas y Políticas de vejez. Aspectos teórico-conceptuales. [Internet]. [Acceso 2010 Abr 08]. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/REDES004_Huenchan.pdf

5. Aspectos Metodológicos de la Investigación

5.1 Tipo de Estudio

La presente investigación corresponde a un estudio de evaluación de política pública, teniendo como metodología de análisis el proceso de producción de políticas denominado ciclo de política. La unidad de análisis del estudio teniendo en cuenta el enfoque de ciclo de política es su fase de formulación. El objeto de estudio se aborda mediante la tipología de investigación cualitativa *ex post-facto*, en la recuperación, captura y producción de la información, como en el análisis e interpretación de las entrevistas y la revisión documental.

“En razón a que no existe un criterio único y uniforme para el análisis de política pública” (61) y comprendiendo que las políticas públicas son un elemento fundamental en la relación Estado – Sociedad (50), con el que se busca dar respuesta a situaciones sociales identificadas, es crucial entender el proceso de formación de las políticas, sus diferentes fases y lo que implica en la toma de decisiones y desarrollo de acciones concretas.

En esta investigación se eligió como herramienta de análisis de la política pública de escuelas saludables el enfoque del ciclo de política, ya que permite conocer el proceso de producción de la política y facilita la comprensión del mismo, mediante el análisis de la fase de formulación con el fin de conocer de manera específica el origen de la política en mención.

Mediante la aplicación del ciclo de política, se puede evidenciar la fase de formulación o toma de decisiones, siendo un momento clave, para la elaboración de políticas públicas en el cual interactúan diferentes actores políticos y grupos de la sociedad. Son estos actores y grupos quienes elaboran una agenda política con la situación problemática y toman las decisiones pertinentes para resolverla, por medio de acuerdos o consensos. El Estado realiza las acciones necesarias para intervenir estas situaciones. Minimizándolas o solucionándolas en un momento determinado.

El proceso de producción de políticas públicas (*policy cycle*) es entendido como un conjunto de etapas de decisiones y acciones. Citando a Knoepfel y otros (62), “este es un

marco de referencia que da respuesta al proceso de decisiones y procedimientos que forman una política pública”. Aguilar (63) es más explícito: “la noción de *policy process* (ciclo) es propiamente un dispositivo analítico, intelectualmente construido, para fines de modelación, ordenamiento, explicación y prescripción de una política. Como tal pertenece al orden lógico más que al cronológico, por lo que no entiende ser la representación descriptiva de una secuencia de tiempos y sucesos que efectivamente suceden uno tras otro, las etapas pueden sobreponerse y suponerse unas a las otras, condensarse alrededor de una de ellas, anticiparse o retrasarse, repetirse”.

En este sentido el presente estudio se centra en el análisis del ciclo de política fase de formulación de la política pública de escuela saludable en dos momentos 1999 y 2006, sus condicionantes y resultados, teniendo que en este análisis se profundiza en cuatro aspectos (58): la definición de la agenda política, la definición del problema, el establecimiento de objetivos y la selección de la opción.

5.2 Estrategias de Investigación

Para identificar los momentos y comprender la formulación de la política pública de escuela saludable en Colombia en 1999 y 2006, como también conocer su contexto, se definieron como estrategias centrales de recolección de información la revisión documental (fuente secundaria) y la entrevista semiestructurada (fuente primaria), para el análisis de la información se utilizó el análisis de contenido temático.

5.2.1 Revisión Documental

La revisión documental es una técnica de recolección de información, que consiste en observar y reflexionar sistemáticamente sobre realidades, con el propósito de indagar y analizar temas o aspectos de interés en la investigación (64). Citando a Andréu “la revisión documental es la operación, o conjunto de operaciones, tendientes a representar el contenido de un documento bajo una forma diferente de la suya original a fin de facilitar su consulta o localización en un estudio ulterior” (65).

Para la selección de los documentos de revisión se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: autenticidad (documentos con la autoría correspondiente), representatividad (documentos disponibles en bibliotecas universitarias y digitales), credibilidad (información de páginas Web de instituciones nacionales y organismos internacionales y documentos acordes con el tema de investigación).

Las fases llevadas a cabo en la revisión documental fueron:

- Fase 1: búsqueda, ubicación y consulta de fuentes primarias, relacionadas con el objeto de investigación.

- Fase 2: es la fase de selección de los documentos (fuente secundaria), disponibles que se aproximaban al tema.
- Fase 3: documentos (fuente terciaria) que emanan información recogida o publicada por diversas instituciones en páginas web, relacionadas con la investigación.
- Fase 4: selección de la técnica de análisis de los documentos, mediante la clasificación, valoración y análisis de las fuentes enunciadas en las anteriores fases.

5.2.2 Entrevistas semiestructuradas

En las entrevistas semiestructurada se tuvieron en cuenta los objetivos del estudio y se hicieron preguntas abiertas, permitiendo que el entrevistado aborde el tema de manera abierta, sin condiciones preestablecidas, el entrevistador dispuso de un guión o pauta, que contenía los temas que se iban a tratar a lo largo de las entrevistas, aunque era libre de formular las preguntas que consideraba pertinentes en esta.

Entrevistas a profesionales: en el presente estudio se aplicaron ocho entrevistas a informantes clave de las organizaciones que componen el Comité Nacional de Entornos Saludables y que trabajan o trabajaron en el desarrollo de la política de escuela saludable en Colombia y Latinoamérica. En los sitios escogidos por los participantes en las ciudades de Medellín, Bogotá, Bucaramanga (vía Internet) y Cali, en fecha y hora previamente concertadas, en los meses de noviembre de 2010 a febrero de 2011.

Se construyeron y utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de información: dos pautas o guías de entrevista semiestructurada a informantes clave, representantes de instituciones relacionadas con entornos saludables componente escuela saludable y que tuvieron la experiencia y el conocimiento de los dos momentos de desarrollo de la política de escuelas saludables y que tienen experiencia en el tema, con el fin de guiar la entrevista. Y un documento de consentimiento informado. (Anexos A, B y C).

Las entrevistas fueron realizadas, grabadas, transcritas y analizadas por los investigadores del proyecto (Anexo D).

5.2.3 Criterios de Selección de informantes clave

Los informantes clave, representantes de instituciones relacionadas con entornos saludables fueron seleccionados por los investigadores por cumplir con los siguientes criterios:

- Experticia: las personas convocadas, se seleccionaron por ser personas conocedoras del tema y que participaron de los procesos de formulación de la política de escuela

saludable en Colombia y en Latinoamérica, durante los dos momentos de la formulación.

- Organizaciones: ejercer o haber ejercido cargos a nivel directivo o estratégico en las instituciones que representan (estas fueron seleccionadas por pertenecen al Comité Técnico de Entornos Saludables), en el tema de entornos saludables - componente escuela saludable. Antes y después de los dos momentos de la política (1999 y 2006), bien sea en el nivel internacional, nacional, departamental o municipal.
- Disponibilidad: los informantes clave, dedicaron de su tiempo entre hora y media y dos horas, para responder las entrevistas. Fueron personas que aceptaron de manera voluntaria (constancia en el Consentimiento Informado), colaborar y responder las preguntas planteadas en las pautas de la investigación.

Con el fin de desarrollar los objetivos del estudio y su relación con las estrategias metodológicas, instrumentos y técnicas de recolección de la información, se programaron los siguientes parámetros (Cuadro 5-1):

Cuadro 5-1: Objetivos del estudio y su relación con las estrategias metodológicas.

| Estrategias Metodológicas del estudio | | |
|---|--|--|
| Objetivos | Estrategias Metodológicas | Instrumentos y Clasificación de datos |
| Identificar los momentos de formulación de la política de escuela saludable en Colombia con el enfoque del ciclo de política, en dos momentos 1999 y 2006. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión documental ▪ Entrevistas semiestructuradas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fichas de análisis bibliográfico. ▪ Formato en Excel de clasificación de información de bases de datos y otras fuentes. ▪ Elaboración de mapas conceptuales y cuadros comparativos. |
| Obtener la información del ciclo de política en el componente de formulación, en la política pública de escuela saludable en Colombia en dos momentos 1999 y 2006, con énfasis en definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión documental ▪ Entrevistas semiestructuradas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fichas de análisis bibliográfico. ▪ Formato en Excel de clasificación de información de bases de datos y otras fuentes ▪ Elaboración de mapas conceptuales y cuadros comparativos. ▪ Pautas de entrevista. ▪ Elaboración y aplicación de consentimientos |

| Estrategias Metodológicas del estudio Objetivos | Estrategias Metodológicas | Instrumentos y Clasificación de datos |
|--|---|---|
| la opción. | | informados. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grabaciones de audio. ▪ Grabaciones de video. ▪ Relatorías escritas |
| Interpretar desde el análisis del ciclo de política la formulación de la política pública de escuela saludable en Colombia en dos momentos 1999 y 2006. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión documental (clasificación y orden) ▪ Entrevistas semiestructuradas (análisis de contenido) Teniendo en cuenta las categorías de la formulación de políticas públicas: definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de la opción. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fichas de análisis bibliográfico ▪ Formato en Excel de clasificación de información de bases de datos y otras fuentes ▪ Elaboración de mapas conceptuales y cuadros comparativos. ▪ Pautas de entrevista. ▪ Elaboración y aplicación de consentimientos informados. ▪ Grabaciones de audio. ▪ Grabaciones de video. ▪ Relatorías escritas. |

Fuente: elaboración propia.

5.2.4 Aspectos éticos en la recolección de información de las entrevistas

Para los aspectos éticos, se procedió de acuerdo con la Resolución 008430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud de Colombia (66). Previamente a la realización de la entrevista se obtuvo el consentimiento informado de los participantes por escrito, en donde se autorizó a los autores de la presente investigación a realizar grabación de audio y de video y transcripción de las entrevistas y la autorización para publicar el nombre de los participantes y sus valiosos aportes a la investigación. La guía de entrevista se completó en una hora y media aproximadamente.

5.3 Análisis de la Información/ Asignación de hallazgos según categorías

Para dar respuesta a los objetivos planteados, la sistematización y análisis de la información se realizó mediante la definición de categorías que permitieron clasificar los hallazgos de acuerdo a los dos momentos de surgimiento de la política y a la fase de formulación del ciclo de política y las respectivas subdivisiones de esta fase.

Siguiendo entonces la herramienta metodológica del ciclo de política en la fase de formulación, se determinaron como categorías de análisis la definición de los problemas, el establecimiento de objetivos y la selección de la opción, con sus respectivas subdivisiones (51).

En el cuadro 5-2, se presenta un resumen de las categorías de análisis teniendo en cuenta los dos momentos de formulación de la política y las fases de formulación con sus respectivas divisiones analíticas.

La fase de análisis e interpretación en este estudio, implicó interpretar la información existente de los aspectos teóricos y conceptuales obtenidos. Para identificar el surgimiento de la política y realizar la evaluación, se tomo como herramienta el ciclo de política pública en la fase de formulación, teniendo en cuenta las categorías de análisis: definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de la opción.

Cuadro 5-2: Análisis de información de la política pública en la fase de formulación del ciclo de política.

| Análisis de información de política pública basado en el ciclo de política en la fase de formulación. | | |
|---|---|---|
| Estrategias de recolección de información | Categorías o fases de análisis | Divisiones de análisis |
| Revisión documental Entrevistas semiestructuradas | Identificación de los momentos de la formulación de la política | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surgimiento de la política pública |
| | Definición de la agenda política | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marco Normativo y/o decisión jurídica ▪ Agenda política |
| | Definición de los problemas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas o situaciones problemáticas que va a enfrentar la política ▪ Actores Nacionales de la política de escuela saludable ▪ Tiempo de acción de la política Pública |

| Análisis de información de política pública basado en el ciclo de política en la fase de formulación. | | |
|---|--|---|
| Estrategias de recolección de información | Categorías o fases de análisis | Divisiones de análisis |
| | Establecimiento de objetivos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de Objetivos. (Objetivos Generales, Objetivos Específicos) ▪ Componentes y líneas de acción de la política de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz, en Colombia, primer momento (1999). ▪ Componentes y líneas de acción de los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables, componente escuela saludable, segundo momento (2006). |
| | Selección de la opción (modelo de decisión racional) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación del problema ▪ Identificación de componentes y objetivos ▪ Búsqueda y alternativas de soluciones posibles ▪ Aplicación de criterios objetivos ▪ Selección de la mejor solución |

Fuente: elaboración propia.

Una vez determinadas las categorías de análisis se procedió a evidenciar el surgimiento de la política y la referencia sobre la secuencia de las decisiones de política que se expresaron en normas, observación de actores, relaciones, problemas, objetivos, líneas de acción, tiempos de acción de la política y toma de decisión.

5.3.1 Definición del *corpus* de textos sobre los que se va a trabajar

Posterior a la transcripción de las entrevistas y la comparación de estas mediante un primer cuadro de análisis, se realizó la lectura y se seleccionaron los contenidos de interés. Luego se realizó un encadenamiento lógico de las frases y preposiciones de interés y se registraron en otro cuadro comparativo, para facilitar su análisis.

Respecto a la revisión documental se elaboraron realizaron las lecturas de los documentos seleccionados y en mapas conceptuales se conectaron las ideas de interés de los documentos. Luego se registraron en cuadros comparativos, para facilitar su análisis.

5.3.2 Definición de las unidades de clasificación, codificación y registro

Posteriormente al construir el *corpus*, se realizaron las unidades de clasificación o codificación en las que se subdivide el documento, “la codificación consiste en una transformación mediante reglas precisas de los datos brutos del texto. Esta transformación o descomposición del texto permite su representación en índices numéricos o alfabéticos que permiten una descripción precisa de las características de su contenido” (65), mediante la técnica de análisis de contenido temático, citando a Andréu “el análisis de contenido temático, sólo considera la presencia de términos o conceptos, con independencia de las relaciones surgidas entre ellos. Las técnicas más utilizadas son las listas de frecuencias, la identificación y clasificación temática, y la búsqueda de palabras en contexto” (65). Para efectos del presente estudio se facilitó la selección de estas unidades a través de frases o preposiciones clave, que permitieron hacer la codificación de la información, basados las fases de análisis establecidas previamente (definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de la opción).

5.3.3 Definición del sistema de categorías

La categorización según Bardin (67), “es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto por diferenciación, tras la agrupación por analogía, a partir de criterios previamente definidos”. En el presente estudio se utilizaron como criterios de definición de las categorías temáticas, las relacionadas con las fases de análisis establecidas.

- Definición de la agenda política
- Definición de los problemas

- El establecimiento de objetivos
- La selección de la opción

Definición de la agenda política

En esta categoría de la formulación, se analizan:

- El surgimiento de la política pública
- El marco normativo
- La agenda política

Definición de los problemas

En esta categoría de la formulación se analizan los problemas o situaciones problemáticas que va a enfrentar la política.

El establecimiento de objetivos

En esta categoría de la formulación, se analizan:

- Los actores nacionales de la política de escuela saludable
- El tiempo de acción de la política pública
- Las líneas de acción a corto, mediano y largo plazo
- El establecimiento de objetivos (generales y específicos)
- Componentes y líneas de acción de la política de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz, en Colombia, primer momento (1999)
- Componentes Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables, componente escuela saludable (2006)

La selección de la opción

- Identificación del problema
- Identificación de componentes y objetivos

- Búsqueda y alternativas de soluciones posibles
- Aplicación de criterios objetivos
- Selección de la mejor solución

5.4 Crítica de fuentes

Mediante los mapas conceptuales, se organizó la información y se cotejaron sus relaciones, teniendo en cuenta las categorías y fases de análisis. Se cotejaron las fuentes primarias, secundarias y terciarias y posteriormente las entrevistas semiestructuradas, lo que permitió llegar a definir las características de los actores y a organizar los hallazgos evidenciados en las fases y categorías definidas previamente.

6. Resultados

6.1 Momentos de la Formulación de la Política de Escuela Saludable en Colombia

Para lograr comprender los momentos de la formulación de la política pública de escuela saludable, es necesario conocer el contexto y surgimiento de la misma:

6.1.1 Municipios Saludables en Colombia

El inicio de la estrategia de Ciudades Saludables se gestó en el congreso celebrado en Toronto (Canadá) en 1984 bajo el lema de “Toronto Saludable. Más allá de los servicios de cuidados de salud”, identificándose la estrecha relación entre comunidad, ambientes urbanos y problemas de salud, dando especial importancia a la ciudad como escenario de acciones de salud pública (68). Posteriormente la Oficina Regional Europea de la OMS creó el proyecto de Ciudades Saludables teniendo como marco lo lineamientos de promoción de la salud de la Carta de Ottawa (1).

El movimiento de ciudades saludables se desarrolla en América Latina, a partir de 1991, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), tomó el liderazgo para impulsar la estrategia denominándola Municipios Saludables, dando prioridad al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud en la población (2).

A partir de 1992, Colombia acogió como política pública la estrategia de Municipios Saludables (3) como una oportunidad para modificar los determinantes de la salud en el marco de las políticas de descentralización y desconcentración* del poder para fortalecer

* La desconcentración administrativa es el proceso a través del cual las funciones de una entidad u organismo son distribuidas en diferentes áreas funcionales o unidades territoriales, las cuales cuentan generalmente una estructura administrativa, y cuyo fin último es, al igual que la descentralización y la delegación, garantizar los fines esenciales del estado. Hernández Pedro (1999). Descentralización, desconcentración y delegación en Colombia. Editorial Legis, Bogotá.

los niveles locales. Se desarrollaron entonces con este enfoque algunas experiencias de municipios y ciudades saludables como: Versalles (Valle), Guatapé (Antioquia), La Vega (Cundinamarca), Mesitas del Colegio (Cundinamarca), Calarcá (Quindío), Manizales (Caldas), Cali (Valle), Barrancabermeja (Santander del Sur) y otros municipios del departamento del Huila.

Para Cabarcas y Agudelo “la estrategia de Municipios Saludables por la Paz es una política nacional cuya importancia consiste en permitir un mejor control de los individuos y las poblaciones sobre sus condiciones de vida, mayor libertad de las mismas y lleva implícita la idea de cambio social. Simultáneamente facilita la construcción de ciudadanía en las comunidades” (69).

Dentro de las características de implementación de los municipios saludables en Colombia se encuentran (3):

- Se implementan con iniciativas locales y la voluntad política a ese nivel.
- Permiten que haya participación comunitaria y movilidad.
- Se originan por la necesidad de la comunidad frente a problemáticas medioambientales (agua potable, saneamiento básico, zoonosis, etc.) y sobre problemáticas que afectan la salud y la integridad de la comunidad.
- Requiere de un comité que garantice la intersectorialidad.
- Cuenta con un líder, fácil de identificar y comprometido con el movimiento de municipios saludables.

Posteriormente en 1996 mediante la Resolución 4288 de ese año, se resalta la importancia de la estrategia de municipios saludables en la articulación de acciones de promoción de la salud: “para facilitar el desarrollo de acciones de promoción de la salud en el ámbito distrital o municipal, éstos podrán implementar la estrategia de “Municipios Saludables” como una propuesta de acción local para movilizar, convocar recursos y comprometer los esfuerzos intersectoriales y comunitarios en la perspectiva de un trabajo integral por el bienestar y el desarrollo social de una población” (70).

Para el año siguiente mediante la Resolución 4296 de 1997 (71), el Ministerio de Salud creó y reglamentó el Premio Municipios Saludables por la Paz con el esfuerzo de exaltar los esfuerzos de las autoridades y comunidades de aquellos municipios colombianos descentralizados que desarrollaran planes, programas y proyectos intersectoriales y participativos de trascendencia, con el objeto de fomentar estilos de vida saludables en su población, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (4).

Sin embargo, Rodríguez LF, (3), refiere que:

En el país la estrategia no tuvo un impulso sostenido por parte de los organismos centrales de gobierno nacional encargados de ello (es el caso del antiguo Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social y las Secretarías Departamentales de Salud). Se han

realizado esfuerzos de algunas poblaciones (especialmente sus mandatarios y las comunidades organizadas), que han tenido la iniciativa de impulsar el proceso de Municipios Saludables, apoyados por la OPS y centros universitarios.

Con todos los procesos que se gestaron para realizar la “modernización del estado” y con el antecedente de la OPS que desde 1988 tenía el interés de reformar los antiguos sistemas nacionales de salud, por los sistemas locales de salud (SILOS), en donde se propendía por el proceso de descentralización en Latinoamérica y por ende Colombia (3), se impulso este proceso con la Ley 10 de 1990 (72) para la cual se expide el estatuto de descentralización en beneficio de los municipios.

Es así como luego de avances iniciales importantes en la década de los 90, la Estrategia de Municipios Saludables comenzó una etapa de declive debido a la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud basado en un modelo de aseguramiento (Ley 100 de 1993) y a la determinación de las competencias para el sector salud que debilita el rol de los municipios (Ley 715 de 2001). Así no hubo claridad sobre si el municipio saludable es una estrategia local de promoción de la salud o si verdaderamente constituye una política pública central que compromete a los diferentes sectores institucionales y políticos del Estado (4).

Finalmente en la búsqueda de una estrategia de promoción de la salud que comprometa tanto a las instituciones del gobierno nacional como a los gobiernos departamentales y locales, en 1997, el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social) acogió la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud promovida por la OPS.

6.1.2 Escuelas Saludables en Colombia

En Colombia a comienzo de los años noventa, la iniciativa de la OPS de Escuelas Promotoras de Salud se adoptó con el nombre de “Escuelas Saludables”, siendo una estrategia clave para implementar la promoción de la salud en los planteles educativos e involucrar en el proceso a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del país.

En 1991, con la elaboración de la Constitución Política, se fortalece la iniciativa de Escuelas Saludables, por su concreción a nivel intersectorial, en pro de mejorar la calidad de vida, por medio del empoderamiento de la comunidad y el fortalecimiento del sector salud y educación. Para este último, el artículo 67, establece que “la educación será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y comprenderá como mínimo, un año de preescolar”. (73) Posteriormente esta propuesta fue avalada por el Ministerio de Educación Nacional, el cual emana la Ley General de Educación (Ley 115 de 1994), en la cual propende elevar la calidad de la educación y contribuir al desarrollo integral y armónico de todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edad escolar.

En el sector salud surgió la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual contempla la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A nivel individual se reglamenta el Plan Obligatorio en Salud (POS) y a nivel colectivo el Plan de Atención Básica (PAB).

El Ministerio de Salud, actual Ministerio de la Protección Social, con el fin de dar cumplimiento a la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud de la OPS/OMS, impulsada por el organismo en 1995 en Latinoamérica, toma el liderazgo de afianzar la iniciativa a nivel nacional, departamental y municipal.

Mantilla afirma (74), *“Colombia ha vivido dos momentos claves con relación a la formulación de políticas o lineamientos de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, Escuelas Saludables”*.

Una vez identificado el contexto de surgimiento de la política se puede definir el **primer momento** de su desarrollo en 1999, cuando el Ministerio de Salud actual (Ministerio de la Protección Social), el Ministerio de Educación Nacional, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, y la OPS/OMS, firmaron un acuerdo para el desarrollo de la estrategia **“Escuela Saludable, la Alegría de Vivir en Paz”** y elaboraron los lineamientos de la estrategia. “Estos lineamientos convirtieron a Colombia en el primer país de la Región de las Américas en tener una política pública para el desarrollo de la Estrategia de Escuela Saludable” (4).

Esta fue una época muy enriquecedora para la iniciativa de Escuelas Saludables en el país, es así como en julio de 2002 se conformó la Red Nacional de Escuelas Saludables* con representantes de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud y Educación, Ministerios de Salud y Educación, Instituto Nacional de salud, Universidad Nacional de Colombia, Universidad del Bosque, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), La Organización de Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); con el propósito de fomentar el intercambio de conocimientos y experiencias entre las diferentes instituciones, organizaciones y regiones sobre la implementación de diversas actividades de Promoción y Educación para la salud en el ámbito escolar (75).

Hacia el 2002, los cálculos del Ministerio de Salud indicaban que 1.248 escuelas del país habían adoptado la estrategia, sin embargo, ese año hubo en Colombia una reestructuración de las entidades del Estado, desapareciendo el Ministerio de Salud y surgiendo el Ministerio de la Protección Social, con nuevas funciones y con cambios internos, que se completaron sólo hasta el año 2003. Este hecho repercutió en que la estrategia no avanzara, ni se realizará el seguimiento y la evaluación de la misma por casi dos años (76).

Aunque por iniciativa propia muchos alcaldes y gobernadores continuaron impulsando la Iniciativa de Escuelas Saludables, como componente de la Estrategia de Municipios Saludables (77), se debió conformar nuevamente el Comité Técnico Nacional, para unificar los conceptos sobre la iniciativa, uno de los logros del Comité fue reunir representantes de varias instituciones (logrando un proceso de concreción y transversalidad). conformado por: Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, Servicio

* Según la OPS/OMS. La Red de Escuelas Saludables es una organización que agrupa instituciones y organismos de diversos sectores que promueve la salud, la educación, el bienestar, los valores y habilidades sociales para la vida armónica entre la comunidad educativa. <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/ESCUELASALUDABLE/03redescuelas.asp>

Nacional de Aprendizaje, Acción Social, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Secretaría de Salud de Bogotá, Secretaría de Educación de Cundinamarca, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS en alianza con otros sectores e instituciones, entre ellos: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad de los Andes, UN- HABITAT Plan Internacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección Departamental de Salud de Antioquia, Dirección Departamental de Salud del Cauca, Dirección Departamental de Salud de Nariño, Fe y Alegría, y la Universidad Industrial de Santander, a través del Instituto PROINAPSA, para contribuir, mediante una acción coordinada, a crear un medio ambiente sostenible que permita el adecuado desarrollo de los niños, las niñas, los jóvenes, las familias y las comunidades en su hábitat individual, familiar y colectivo (78).

En esta reunión surge la propuesta de la OPS de articular las *estrategias de Escuela Saludable a la de Vivienda Saludable*, en el marco de la estrategia de Atención Primaria Ambiental. Con el fin de proveer mejores condiciones de vivienda y de salud a las personas, por medio de la acción comunitaria y la integración interinstitucional (78).

Posteriormente y tras reuniones de concertación, en el año 2006 se genera el **segundo momento** de la política de escuela saludable, como componente de la estrategia de entornos saludables, con la elaboración de los lineamientos nacionales de entornos saludables denominado “**Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables (Escuela Saludable y Vivienda Saludable)**”, elaborado por el Comité Técnico Nacional de Entornos Saludables.

6.2 Formulación de la Política de Escuela Saludable basado en el Ciclo de Política Pública

6.2.1 Definición de la agenda política

- **Marco normativo nacional para la promoción de la salud- estrategias de entornos saludables- escuelas saludables**

A partir de 1987 Colombia inicia el proceso de descentralización con el Decreto 77, en donde se emana el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios; en 1990 se crea la Ley 10 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud, se estipula que la salud es un servicio público, a cargo de la nación, gratuito, para todos los habitantes del territorio y se integra a la participación ciudadana y comunitaria, como ejes fundamentales para propender por la conservación de la salud por medio de la participación activa de la comunidad en la elaboración de planes, programas y proyectos.

Dentro de los compromisos adquiridos por Colombia en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en 1990, están elaborar el pacto para la infancia par propender por el mayor compromiso frente al bienestar de la niñez a nivel transversal, de esta manera el tema de

la niñez llega a la agenda de gobierno y uno de los logros más significativos fue la definición de los diagnósticos departamentales de la situación de la niñez. “Por primera vez, los gobernantes territoriales incluyeron en sus planes de desarrollo, políticas y programas dirigidos a la familia y la infancia” (79).

En 1992, se formuló el Plan Nacional de Acción a favor de la Infancia - PAFI, orientando sus políticas y programas a los menores de 18 años y extendiéndose hasta finales de la década de los noventa, con el fin de generar compromiso a nivel local a favor de la infancia (79).

Para 1993 surge la ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que priorizó la atención de las madres gestantes y lactantes, de la población infantil menor de un año y de las mujeres cabeza de familia.

Surge el Salto Social 1994-1998”, en donde se propende por el desarrollo del bienestar de la niñez como base de desarrollo nacional. Se fortalecen Hogares Comunitarios de Bienestar y se crea el Programa FAMI (Familia, Mujer e Infancia) el cual entrega complemento nutricional a madres gestantes, mujeres lactantes y niños y niñas entre los 6 y los 24 meses, y ofrece sesiones educativas a las madres, para que realicen actividades pedagógicas con los niños y niñas menores de 2 años (80).

Posteriormente el Ministerio de Educación Nacional, en el marco de la Ley General de Educación Ley 115 de 1994, reglamenta la estructuración de los Planes Educativos Institucionales* (PEI), que son de obligatorio cumplimiento en los cuales se articulan intereses de los diferentes actores de la comunidad educativa. Esto permite abrir un espacio para la concreción con el sector salud respecto a los programas de promoción de la salud y la inserción de estos en los PEI.

En 1995, surge el Plan Decenal de Educación 1995-2005. “La educación un compromiso de todos”. Es una oportunidad para que la ciudadanía exprese su opinión y participación democrática en la planeación, gestión y control de la educación, junto con las organizaciones sociales.

Para el 2001 se elaboró la ley 715 (81) que definió las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (salud y educación) y estableció el Sistema General de Participaciones SGP. Además se derogó la Ley 60 de 1993.

La educación es uno de los derechos principales de los seres humanos, por consiguiente, el Ministerio de Educación Nacional para contribuir al logro de los Objetivos del Milenio, ha planteado no solo el aumento de las coberturas, sino brindar educación de calidad a través de la estrategia denominada Revolución Educativa - Colombia Aprende, perteneciente al Plan Sectorial 2002-2006, que busca fortalecer los aprendizajes de

* Los PEI son reglamentados por el Decreto 1860 de 1994 del Ministerio de Educación y son un espacio de reflexión y concertación acerca de los problemas de la comunidad educativa, a este se le incorporan los componentes de promoción de la salud, estilos de vida saludable, medio ambiente saludable, con el fin de crear una educación integral y que genere bienestar y conciencia en los estudiantes. Ministerio de Educación Nacional. La Revolución Educativa. Plan Sectorial 2002-2006. [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia, 2002:7. [acceso 11 de Diciembre de 2010]. Disponible http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-102312_archivo_pdf.pdf

niñas, niños y jóvenes de manera que cuenten con las capacidades para transformar sus realidades. Para ello cuenta con la participación activa de las y los docentes, padres y madres de familia y la formulación de estándares básicos que permitan desarrollar no sólo habilidades cognitivas, sino competencias para ejercer derechos y deberes como ciudadanas y ciudadanos. En esencia la Revolución Educativa “busca dar respuesta a las necesidades de cobertura y calidad que requiere el país para alcanzar mejores condiciones de desarrollo social y económico, y mejorar la calidad de vida de la población” (82).

Para este fin, el Plan de Desarrollo Educativo, ha definido tres políticas educativas básicas: ampliar la cobertura educativa, mejorar la calidad de la educación y mejorar la eficiencia del sector educativo. En él, se reconoce que la educación es un factor primordial, estratégico, prioritario y una condición esencial para el desarrollo social y económico de cualquier conglomerado humano. Asimismo, es un derecho universal, un deber del Estado y de la sociedad, y un instrumento esencial en la construcción de sociedades autónomas, justas y democráticas (83).

Con la Ley 812 de 2003, se reglamenta el Plan de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario (2002-2006) (84), prioriza la ampliación de cobertura en la población más pobre y adopta los Consejos para la Política Social, creados en el período anterior, que aun presentan deficiencias técnicas en la asignación de los recursos, como mecanismo para asegurar la coordinación entre las diferentes instancias del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF).

En el 2005 se elabora en CONPES 091 de 2005 (85) con el fin de definir las metas a alcanzar por Colombia en cada uno de los Objetivos del Milenio. Se adoptan medidas relacionadas con salud pública, vigilancia en salud pública y mejor atención en servicios de salud.

En el año 2006, se elabora el CONPES 102 (86), el cual busca promover la incorporación efectiva de los hogares más pobres a las redes sociales del Estado y asegurar la superación de su condición.

Ese mismo año se elaboran los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables.

Desde la perspectiva que solamente mediante una acción concertada es posible crear un medio ambiente sostenible que sea favorable a la salud este documento técnico orienta a los diferentes actores en el desarrollo de actividades tendientes a mejorar el entorno familiar y escolar y por ende la calidad de vida de las familias y comunidades educativas en general. Igualmente se dan directrices para fortalecer la ejecución de las Estrategias de Escuelas y Viviendas Saludables y lograr que se desarrollen articuladamente en el ámbito nacional (78).

Posteriormente se elabora el Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016. Pacto Social por la Educación. Se define como un pacto social por el derecho a la educación en la medida en que su formulación y ejecución comprometa a todos los agentes responsables de la educación, representados en el Estado, la sociedad y la familia; tiene como finalidad servir de ruta y horizonte para el desarrollo educativo del país en el próximo decenio, de referente obligatorio de planeación para todos los gobiernos e instituciones educativas y de instrumento de movilización social y política en torno a la

defensa de la educación, entendida ésta como un derecho fundamental de la persona y como un servicio público que, en consecuencia, cumple una función social (87).

Este año se elabora también la segunda etapa de política educativa, denominado el Plan Sectorial 2006-2010. Revolución Educativa. Con el fin de dar cumplimiento a los compromisos plasmados en el Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2015. Con el fin de hacer un país más competitivo en el tema de educación; el plan sectorial se constituye de cuatro políticas fundamentales: cobertura, calidad, pertinencia y eficiencia (88).

A finales de 2006, se firma la Declaración de la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. Integra los dos componentes de las Estrategias de Entornos Saludables, Viviendas Saludables y Escuelas Saludables. Con el fin de desarrollar habilidades, competencias y recursos especialmente a las poblaciones más pobres y vulnerables para la ejecución de actividades que protejan y promuevan la salud y prevengan los peligros socio ambientales a los que están expuestos y a su vez contribuyen al desarrollo local (89).

Al año siguiente, como resultado de los compromisos de la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables, se realiza el Plan de Acción Intersectorial de Estrategias de Entornos Saludables.

Se propone basado en los desafíos de desarrollo y salud en el país y las prioridades del Gobierno Nacional para reducir la extrema pobreza, mejorar la salud, promover la paz, los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental". El propósito es "Contribuir al fortalecimiento de las Entidades Territoriales para que establezcan procesos sociales que logren la reducción del riesgo y la promoción de factores protectores en salud existente en los entornos, especialmente en los más amenazados y vulnerables, y fomenten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles (90).

En el 2007 se publica el documento Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad. Estrategia de Entornos Saludables Documento 02. El cual describe el proceso de institucionalización de la EES como política pública Nacional (4).

La ley 1151 de 2007, reglamenta el Plan Nacional de Desarrollo Estado Comunitario: Desarrollo para Todos, (2006-2010). Como uno de los objetivos esenciales de la acción del Estado: "Una gestión ambiental y del riesgo que promueva el desarrollo sostenible, sustentado en la articulación adecuada de las dimensiones económica, social y ambiental. Así mismo, una gestión de riesgo orientada no sólo a la atención, sino prioritariamente a la prevención" (91).

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Una de las modificaciones en el SGSSS, es la definición de un nuevo Plan Nacional de Salud Pública, de intervenciones colectivas y el cual reemplazará el Plan de Atención Básica. El Artículo 33 del Capítulo VI establece que el Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo y tendrá como objetivo la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables; para ello se plantea que el Plan incluya diversas acciones, entre ellas: "actividades que busquen

promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de éstos en los distintos niveles educativos” (92).

Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007–2010. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, que se complementaran con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial. Además incluye las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación en salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores (93).

Resolución 425 de 2008 (94). Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, las Direcciones Territoriales de Salud deben formular y aprobar el Plan de Salud Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

Colombia fue uno de los países seleccionados para dar su balance en cumplimiento de diez años de haberse planteado los ODM. El presidente Juan Manuel Santos en su discurso refiere los programas que han surgido del gobierno que le precede y que él sigue impulsando en su mandato: “... *Para alcanzar este objetivo, quisiera resaltar dos programas de reducción de pobreza que se vienen implementando con éxito en el país y que seguiremos promoviendo en mi gobierno. El primero, llamado “Familias en Acción”, es un programa de subsidios condicionados que hoy atiende a más de 2,6 millones de familias de escasos recursos en todo el país. El programa condiciona la entrega de efectivo al cumplimiento de dos condiciones básicas: asistencia a la escuela de los niños en edad escolar, y controles periódicos de nutrición y crecimiento. El segundo de estos programas es la Red JUNTOS, cuyo objetivo es establecer las condiciones para que un millón y medio de familias superen la pobreza extrema, alineando la demanda con la oferta de servicios para esta población. También hemos avanzado de forma significativa en disminuir la desnutrición infantil a través de programas de complemento alimentario... En los últimos seis años hemos reducido la tasa de analfabetismo de 2,6 por ciento a 2 por ciento, y hemos incrementado el número de años promedio de educación de la población entre 15 y 24 años de 8,5 años a 9,2 años. Los positivos resultados en este frente han sido producto de políticas enfocadas al desarrollo de la educación inicial, la priorización de zonas rurales marginadas, la generación de incentivos a grupos de menores ingresos y el uso de las tecnologías de información en la educación. Nos enfocaremos en los próximos años en el incremento de la calidad educativa, y en algo muy importante en todos los aspectos del desarrollo humano, como es la atención integral a la primera infancia, entre los cero y cinco años, incluyendo la atención de las madres gestantes*”. En esta Cumbre el mandatario de Colombia ratifica su compromiso

por desarrollar las estrategias necesarias para afianzar los ODM en el país, teniendo claro que para esto se requiere del compromiso local, como de las políticas nacionales, con el fin de reducir la pobreza y trabajar en el campo de la educación, la salud y el ambiente. En consecuencia se deben afianzar políticas, siendo herramientas esenciales para propender por el desarrollo de la nación en esta materia y cumplir con los pactos internacionales adquiridos (95).

- ***Definición de la Agenda Política***

La mayoría de situaciones socialmente problemáticas son evidenciadas bajo la forma de una agenda política. La política pública de Escuelas Saludables, por ser una iniciativa internacional y un compromiso asumido por los representantes del gobierno y el presidente de la república en las reuniones de promoción de la salud y en cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, originó interés a este nivel, permitiendo que los Ministerios e instituciones nacionales aunaran esfuerzos para lograr consolidar lo necesario para el desarrollo de dicha política.

Para realizar los primeros lineamientos de la política de la primera fase de la formulación, se desarrollaron las siguientes etapas:

- **Etapa 1: reunión nacional de expertos en salud escolar. (experiencias exitosas en el país sobre escuela saludable y primeras propuestas para elaborar los lineamientos nacionales).**

En 1995, el Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social), convocó a los responsables de diversos proyectos en Colombia, encaminados al desarrollo de escuelas saludables, en donde se compartieron experiencias importantes, en temas como desparasitación, nutrición, salud visual, bucal, en la escuela. Los invitados de compartir sus experiencias exitosas fueron: Cali (proyecto UNI de la Universidad del Valle), Rionegro (Proyecto UNI de la Universidad de Antioquia), Bogotá (Impulsado por la Universidad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia) y Bucaramanga (Intitulo PROINAPSA de La Universidad Industrial de Santander). En esta reunión se aunaron esfuerzos de Secretarías Departamentales de Salud y Expertos en Salud Escolar, con el fin de iniciar con las propuestas para elaborar los lineamientos de promoción de la salud en el ámbito escolar (96).

- **Etapa 2: elaboración y Publicación del Documento. 1999**

Con los aportes de la reunión de expertos en salud escolar y con el reto aceptado por el Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social), de asumir el compromiso de impulsar la estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, con el apoyo de la OPS/OMS, en 1997 se continuaron con reuniones concretas entre los Ministerios de Salud y Educación y el ICBF, para elaborar los lineamientos nacionales, para el desarrollo de la política, con el título *“Escuela Saludable, la alegría de vivir en paz”* publicado finalmente en 1999.

▪ **Etapas 3: divulgación a nivel nacional**

Con el fin de dar a conocer los lineamientos a nivel nacional, del 12 al 16 de abril de 1999, se realizó en Bucaramanga el primer Taller Nacional de Escuelas Saludables, desarrollado por el Instituto PROINAPSA-UIS, en convenio con el Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social), en donde participaron 35 coordinadores departamentales del Plan de Atención Básica (Actual Plan de Intervenciones Colectivas). Durante el taller se compartieron los lineamientos, las experiencias en salud escolar y se plantearon estrategias para impulsar la política en los departamentos (96).

Para realizar los segundos lineamientos de la política de la segunda fase de la formulación, se desarrollaron las siguientes fases (74):

Fase 1: síntesis del Estado del Arte (Agosto 2005 a Febrero-2006)

- Consulta a personas con experiencia en ambas estrategias, los integrantes de la Comisión Nacional Mixta* y los responsables de las estrategias en los departamentos.
- Análisis crítico de la información recolectada en la consulta relacionada con las dos estrategias en el país.
- Síntesis de los antecedentes nacionales e internacionales y los aspectos conceptuales de ambas estrategias.
- Elaboración de un documento final del Panorama Nacional de las dos Estrategias en el país. Documento técnico denominado "*Elaboración participativa de Lineamientos Técnicos que reorienten la implementación en Colombia de las Estrategias Escuelas Saludables y Vivienda Saludable*", el cual contiene tres grandes capítulos: Antecedentes internacionales y nacionales a cerca de las Estrategias Escuelas Promotoras de Salud (Escuelas Saludables) y Vivienda Saludable; aspectos conceptuales de las Estrategias Escuelas Promotoras de Salud (Escuelas Saludables) y Vivienda Saludable; y Panorama actual de las Estrategias Escuelas Promotoras de Salud (Escuelas Saludables) y Vivienda Saludable. Este fue el insumo para el desarrollo de la primera reunión de consenso.

Fase 2: construcción participativa con el grupo de personas con experiencia en ambas estrategias (Febrero a Mayo de 2006)

Primera Reunión Nacional de Consenso con el grupo de personas con experiencia y representantes institucionales en ambas estrategias, celebradas en Bogotá, los días 9 y 10 de febrero de 2006. El objetivo de la reunión fue: Socializar los resultados del Panorama Nacional de las dos Estrategias, analizar los desarrollos de las mismas, e

* Las Comisiones Mixtas de Salud-Educación son consideradas como una modalidad de trabajo necesaria y estructural para desarrollar la estrategia de escuelas promotoras de salud, algunos ejemplos son (grupos intersectoriales, Comité Técnico Intersectorial, entre otros). Tomado de Josefa Ippólito-Shepherd y Lic. Karina Cimmino. Situación actual de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas. 2002:49

iniciar el proceso de construcción participativa de los Lineamientos Nacionales que reorienten el desarrollo de dos Estrategias en el país.

- Definición del esquema del contenido final del documento preliminar sobre los lineamientos técnicos de las estrategias, quedando acordado: un primer capítulo con la Marco conceptual y referencial de las estrategias, un segundo capítulo con los Lineamientos de la Estrategia Escuelas Saludables y un tercer capítulo con los Lineamientos de la Estrategia Vivienda Saludable.
- Conformación de cinco grupos de trabajo elegidos en la reunión de consenso para apoyar la construcción participativa de los lineamientos y seguimiento a los mismos a través de la modalidad virtual.
- Discusiones y acuerdos virtuales del equipo de trabajo encargado del marco conceptual y referencial del documento de lineamientos, así como de los contenidos temáticos del mismo.
- Estudio y discusión permanente con los diferentes equipos de trabajo sobre la articulación de los contenidos temáticos que integran los tres capítulos del documento de Lineamientos de las dos Estrategias.
- Realización de abogacía con el Ministerio de Educación Nacional, para apoyar la construcción de los Lineamientos de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Reuniones de seguimiento con el grupo de personas con experiencia y representantes institucionales de la Estrategia Escuelas Saludables para la discusión del capítulo dos, correspondiente a los Lineamientos de esta Estrategia.
- Realización de una reunión con el grupo de personas con experiencia y representantes institucionales en la temática de vivienda, con el objetivo de discutir los avances en la redacción del marco referencial y las líneas de acción de los Lineamientos de la Estrategia Vivienda Saludable.
- Elaboración del primer borrador del documento de Lineamientos de las dos Estrategias, insumo para la segunda reunión nacional de consenso.

Segunda Reunión Nacional de Consenso con el grupo de personas con experiencia y representantes institucionales de ambas estrategias, celebradas en Bogotá, los días 13 y 14 de julio de 2006. En esta reunión participaron en promedio 33 personas del nivel nacional, departamental, del sector gubernamental, no gubernamental y de agencias de Naciones Unidas. El objetivo general de la misma fue: Propiciar la discusión con el grupo de participantes y formular conjuntamente propuestas de mejora al documento borrador de los Lineamientos Nacionales de las Estrategias Escuelas Saludables y Vivienda Saludable. Para facilitar la discusión entre los participantes, se envió con anterioridad, vía electrónica el documento borrador de los Lineamientos Nacionales de las dos estrategias, siendo éste un insumo importante para el desarrollo de la reunión.

En esta reunión se discutió, analizó y profundizó en los cambios y sugerencias que las personas asistentes tenían para los tres capítulos del documento de Lineamientos Nacionales. Para esto se conformaron grupos de personas que a través de guías de

trabajo dieron sus sugerencias y recomendaciones. También se realizó la evaluación del proceso realizado.

Fase 3: generación de un nuevo documento sobre Lineamientos

- Ajustes finales al documento preliminar de los lineamientos de las dos estrategias con base en lo discutido y acordado en la Segunda Reunión Nacional de Consenso. Para esto se tuvieron en cuenta las relatorías realizadas para cada uno de los capítulos del documento.
- Reunión con la Comisión Nacional de Entornos Saludables, en Bogotá el 31 de agosto de 2006, en la cual se discutieron algunos puntos del documento final y donde se acordó que el equipo de consultores de PROINAPSA-UIS entregaría el documento con los acuerdos de la segunda reunión y la mirada técnica que este grupo tiene frente a las dos estrategias, la Comisión Nacional de Entornos Saludables retomaría el documento en lo que encontraran pertinente para producir el documento definitivo a ser publicado para el país, después de la revisión institucional de cada participante.
- Generación del documento final sobre los lineamientos técnicos de las dos estrategias, el cual se envió el 8 de septiembre, con el título Lineamientos técnicos para la implementación en Colombia de las Estrategias Escuelas Saludables y Vivienda Saludable- Documento Definitivo.

Como se mencionó anteriormente, el documento fue sometido a una nueva revisión y se le hicieron algunas modificaciones que dio origen al documento: Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables, publicado por los Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional y Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial en diciembre de 2006.

6.2.2 Definición de los problemas

▪ *Problemas o situaciones problemáticas que va a enfrentar la política*

La formulación de una política pública se da cuando un problema llega a ser percibido colectivamente como una situación socialmente problemática para la cual el gobierno debe dar soluciones. “La definición de políticas públicas ayuda a marcar el rumbo de una sociedad, siempre y cuando su formulación e implementación se encuentren sujetas a las necesidades sociales y no a las de quienes ocupen los roles políticos del momento” (7).

El caso de la política de escuela saludable en Colombia, fue asumido como política, en cumplimiento del compromiso adquirido por el gobierno con organismos internacionales como la OPS/OMS, tras la firma de acuerdos internacionales. Es así como logra convertirse en una estrategia para afrontar situaciones problemáticas, que enmarcan al país y que requieren pronta solución, tales como (90):

- Las marcadas desigualdades entre grupos sociales y regiones, así como entre áreas urbanas y rurales.

- La existencia de población afro-colombiana y de minorías étnicas con culturas ancestrales (indígenas, gitanos y raizales) que tienen índices más elevados de pobreza, dificultades de acceso a servicios de saneamiento básico y sufren de marginación, violencia y problemas de salud.
- La violencia y el desplazamiento forzoso que impactan negativamente el desarrollo humano y la seguridad.
- Los cambios demográficos propios de las sociedades en transición. La población está envejeciendo, la tasa de fecundidad descende y la distribución es predominantemente urbana.
- Disminución de los grupos de edad entre 15 y 35 años, debido en parte a los efectos de la violencia y al fenómeno de la migración.
- Deficiencia en los servicios de saneamiento básico, especialmente en las áreas rurales y marginales urbanas.
- Las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y los tumores son actualmente las principales causales de mortalidad.
- Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas continúan siendo importantes causas de morbilidad en los menores de cinco años.
- Las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, leishmaniasis y enfermedad de Chagas) son causa importante de morbilidad.
- El tabaquismo es un fenómeno creciente entre adolescentes y jóvenes.
- Las lesiones fatales de causa externa intencionales y no intencionales, especialmente los homicidios, accidentes de tránsito y suicidios, que afectan a la población desde edades tempranas, así como la violencia intrafamiliar, que impactan la salud pública.
- En cuanto a la contaminación física y química, la contaminación del aire de las grandes ciudades y la contaminación del ambiente por plaguicidas en el sector rural son los problemas más importantes.

“La Estrategia de Entornos Saludables permite realizar acciones de promoción, prevención y protección que contribuyen al mejoramiento de las condiciones de salud de las poblaciones en su entorno (hogar, escuela, trabajo, barrio, localidad) promoviendo estilos de vida saludables complementadas con intervenciones de mejoramiento del entorno” (97).

- ***Actores Nacionales de la política de escuela saludable***

En Colombia, se identifica que la política de escuela saludable se originó a inicios de los años noventa, siendo reconocida en 1997 como la “estrategia de escuelas saludables por la paz”, la cual fue consolidada con la elaboración en 1999 de los “Lineamientos

Nacionales de Escuelas Saludables por la Paz” Este primer momento de la política pública de escuelas saludables; responde a los intereses y posiciones de actores internacionales como la OPS/OMS y a nivel nacional de actores como el Ministerio de Salud (Actual Ministerio de la Protección Social) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En 2006 tras años de concertación entre las instituciones nacionales como el Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (ACCIÓN SOCIAL), Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, apoyados por la OPS/OMS. Se elaboraron los “Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de entornos Saludables. Escuela Saludable y Vivienda Saludable”, identificándose como un segundo momento de la política de escuelas saludables en el país.

En este apartado se describen los actores que tuvieron injerencia en la implementación de la política pública de escuelas saludables y que fueron identificados en el proceso de formación de agenda.

- **Agencia de Cooperación técnica en salud. OPS-OMS**

Dra. Helena Restrepo

Consultora Internacional y asesora para programas de promoción de la salud y salud pública en Colombia. Medellín (Antioquia).

Dr. Eduardo Guerrero

Consultor Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública y consultor internacional de la OPS en Guatemala, Argentina, Brasil, USA, Salvador y Colombia. Cali (Valle del Cauca).

- **Instituto PROINAPSA Universidad Industrial de Santander:**

Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe

Directora Instituto del Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud- PROINAPSA- Universidad Industrial de Santander. Centro Colaborador de la OPS/OMS en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Bucaramanga (Santander).

- **Universidad del Rosario:**

- ***Dr. Luís Fernando Rodríguez Ibagué***

- Profesor Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario. Bogotá (Cundinamarca).

- **Universidad de Antioquia:**

- ***Dr. Gustavo Cabrera Arana***

- Profesor Maestría Salud Pública Universidad de Antioquia. Medellín (Antioquia).

- **Universidad Nacional de Colombia:**

- ***Dr. Juan Carlos Eslava***

- Profesor Maestría Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Bogotá (Cundinamarca).

- **Secretaría Distrital de Salud de Cali:**

- ***Dra. Yamile Ramírez***

- Referente Estrategia Entornos Saludables Municipio de Cali. Cali (Valle del Cauca).

- ***Dra. Gabriela Cadavid***

- Referente Estrategia Escuela Saludable Municipio de Cali. Cali (Valle del Cauca).

A continuación se describen los actores/instituciones con sus posiciones e intereses frente a la política de escuela saludable en los dos momentos clave de su desarrollo en Colombia:

Actores de la política de escuela saludable en Colombia en el marco de los lineamientos de “Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz.” Primer momento de la política de escuela saludable año 1999.

AGENCIA DE COOPERACIÓN EN SALUD/NIVEL INTERNACIONAL

- **Actor:**

- Organización Panamericana de la Salud

- **Característica:**

- Influencia en los tomadores de decisiones/financiamiento/abogacía.

▪ Intereses principales:

Afianzar el proceso nacional de desarrollo institucional para fortalecer la capacidad política y técnica del ministerio de salud (Actual Ministerio de la Protección Social) en su función de rectoría sectorial, en términos de concertar intereses, definir orientaciones, movilizar recursos y coordinar acciones de los diferentes actores sociales que intervienen en el sector, todo ello manteniendo el proceso de reforma sectorial dentro de los parámetros políticos, técnicos y administrativos adecuados.

▪ Logros:

- La Organización tomó parte en la preparación del Plan de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, en el establecimiento del Centro de Educación Permanente en la Universidad Tecnológica de Pereira y en el trabajo de reforma curricular en salud pública, farmacología clínica y medicina familiar.
- Participó en un análisis sectorial sobre agua potable y saneamiento realizado en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Económico, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente y otras organizaciones afines. El mayor problema encontrado fue la gran inequidad existente en materia de saneamiento básico rural (98).
- Transferir el modelo de Escuelas Promotoras de la Salud impulsado en la región de las Américas a Colombia, con la promoción y educación para la salud enfoque integral en el ámbito escolar (98).

▪ Posición y Propuesta:

- La cooperación técnica de la OPS/OMS para implementar la estrategia consistió en difundir el conocimiento y la metodología para desarrollar la estrategia de escuelas saludables a nivel departamental y local.
- Apoyar la adaptación y prueba piloto de instrumentos para la identificación de conductas de riesgo en escolares.
- Animar el intercambio de experiencias entre los países, incluyendo Colombia por medio de la participación activa de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud.
- Apoyar en el desarrollo de una metodología simplificada para el diagnóstico y análisis de las necesidades de la estrategia lo cual ha sido validado en varios países.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social)

- **Característica:** conocimiento del tema de Escuelas Saludables/influyente/alto poder político/financiamiento

- **Intereses principales:**
 - Continuar con la consolidación del proceso de descentralización del país, con el fin de favorecer la movilización de recursos hacia los municipios y el aprendizaje en la formulación y ejecución de proyectos, para así tener una mejor preparación para identificar los problemas y proponer soluciones a nivel local.
 - Afianzar el sistema general de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993), respecto a las acciones de promoción y prevención en salud. Siendo reglamentados a nivel individual en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y en lo colectivo a través del Plan de Atención Básica (PAB). Estas acciones están encaminadas a proveer los elementos básicos para la conservación de la salud, mediante la creación de ambientes favorables en cada uno de los ámbitos de la vida social (99).
 - Crear espacios institucionales para que el diseño y la ejecución de los programas de educación para la salud, se conviertan en un instrumento pedagógico primordial en desarrollo de una acción educativa que beneficie a la población escolar y la comunidad en general.

- **Logros:**
 - Ejecutar, implementar y coordinar la gestión de la política de Escuelas Saludables por la Paz en Colombia.
 - Orientar, asesorar, monitorear y evaluar a las entidades territoriales y demás instituciones involucradas en la implementación y gestión de la Estrategia de Escuelas Saludables por la Paz.
 - Monitorear y evaluar los resultados de la Política.
 - Gestionar acuerdos de cooperación intersectorial.
 - Propiciar la coordinación interinstitucional para que las EPS y ARS presenten los servicios de promoción y prevención a los escolares afiliados y las entidades territoriales a los escolares vinculados.
 - Garantizar la inclusión de la estrategia dentro del PEI mediante convenio intersectorial.
 - Implementar y promover la difusión de la estrategia a través de asistencia técnica.
 - Consolidar y fortalecer los equipos de trabajo interinstitucionales, intersectoriales e interdisciplinarios.
 - Realizar la promoción de conocimientos, de valores, de actitudes, de hábitos, y de costumbres que permitan un desarrollo sostenible, la cual incluye el ambiente familiar, institucional, social y comunitario, relacionado con los aspectos físicos, psicológicos y sociales (96).

Posición y Propuesta:

- Promover la inclusión de la estrategia en el PAB y su articulación con los PEI.
- Capacitar a la comunidad educativa sobre el SGSSS.
- Asesorar, acompañar y capacitar a los multiplicadores del sector educativo para el desarrollo de las acciones y proyectos educativos incluidos dentro del PEI.
- Dar asistencia técnica para la implementación y desarrollo de la política.
- Articular la red de Escuelas Saludables a los niveles internacional, nacional, departamental y local.
- Reconocer el tema de salud como un eje transversal en todos los grados de educación formal, con una orientación de trabajo interdisciplinario que facilita la construcción de hábitos para una vida saludable (96).
- Articular a los comités locales interinstitucionales de la población escolar, a la estrategia.
- Realizar encuentros inter-escolares para socializar experiencias de escuelas saludables e intercambiar materiales educativos.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- **Característica:** conocimiento del tema de Escuelas Saludables Influyente/financiamiento
- **Intereses principales:** promover acciones tendientes a mejorar condiciones nutricionales y de bienestar para los niños y niñas, así como evitar abandono y maltrato físico y psicológico (99).
- **Logros:**
 - Asesorar y supervisar los programas establecidos en los centros educativos.
 - Adelantar los procesos de formación y educación a padres de familia, docentes y agentes educativos.
 - Diseñar y reproducir material didáctico.

- Sistematizar y tener actualizados los diagnósticos del estado nutricional de la población atendida en los programas de asistencia nutricional.
- Atender y canalizar los casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual, consumo de sustancias psicoactivas, maltrato infantil que se presente en los centros zonales.
- **Posición y Propuesta:**
- Crear y mantener los restaurantes escolares y los complementos nutricionales.
- Realizar visitas para intercambio de programas de actualización de docentes y funcionarios del ICBF, necesarios para garantizar la estrategia.
- Participar de la comunidad educativa en la aplicación de técnicas, instrumentos y análisis de los procesos de seguimiento y evaluación de la estrategia, con el fin de alimentar el sistema de información del ICBF.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL

- **Actor:** Departamentos y Distritos
- **Característica:** Influencia en los tomadores de decisiones/Financiamiento/alto poder político.
- **Intereses principales:** mejorar las condiciones de salud de su población. La salud, en este contexto, se encuentra estrechamente vinculada al desarrollo local. En particular, la promoción de la salud se convierte en una poderosa estrategia de salud pública en la cual se reconocen los factores sociales y ambientales, y los modos de vida como los factores determinantes de la salud (99).
- **Logros:**
- Adoptar los lineamientos de la política, difundirlos e incorporarlos al Plan de Desarrollo Departamental o Distrital.
- Realizar seguimiento y evaluación de la estrategia.
- Coordinar con organizaciones sociales el desarrollo de procesos de movilización social de familias y comunidad educativa general.
- Apoyar a los municipios en el desarrollo de Políticas pública saludables. Socializar los lineamientos nacionales de escuela saludable.

- **Posición y Propuesta:**

- Conformar o activar los comités intersectoriales (100).
- Concertar con las autoridades municipales (100).
- Integrar ONG locales y nacionales, para el desarrollo de la política.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL MUNICIPAL

- **Actor:** municipios/Hospitales/Colegios

- **Característica:** financiamiento/ejecución

- **Intereses principales:** mejorar las condiciones de salud de la población, mediante la adopción de políticas públicas saludables (100).

- **Logros:**

- Apropiar la estrategia y difundirla.
- Incorporar la propuesta al Plan de Desarrollo Municipal.
- Concertar y firmar convenios con centros educativos a través del PEI y del PAB.
- Consolidar y fortalecer los equipos de trabajo interinstitucional, intersectorial e interdisciplinario.
- Implementar los lineamientos nacionales de escuela saludable y desarrollar la estrategia, para fortalecer las políticas saludables municipales, con el apoyo del nivel departamental.

- **Posición y Propuesta:**

- Propiciar la participación social, seguimiento y evaluación a los proyectos (100).
- Formular políticas públicas saludables como: ordenanzas, acuerdos de alcaldía, resoluciones, etc. (100).
- Elaborar y ejecutar programas y proyectos en el marco del Plan de Desarrollo Municipal.
- Informar, comunicar y difundir la ejecución de actividades contempladas en el Plan de Desarrollo Municipal.

Actores de la política de escuela saludable en Colombia en el marco de los “Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de entornos Saludables. Escuela Saludable y Vivienda Saludable” Segundo momento de la política de escuela saludable año 2006.

AGENCIA DE COOPERACIÓN EN SALUD/NIVEL INTERNACIONAL

▪ **Actor:**

Organización Panamericana de la Salud

▪ **Característica:**

Influencia en los tomadores de decisiones/financiamiento/abogacía.

▪ **Intereses principales:**

Liderar esfuerzos conjuntos estratégicos entre los estados miembros para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y duración de vida de las poblaciones de las Américas. Técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos (101).

▪ **Logros:**

- Fortalecer la capacidad del país con metodologías y tecnologías, manejo del riesgo, fortalecimiento de la gestión y desarrollo de estrategias de promoción como las Escuelas Saludables de Salud y Vivienda Saludable (78).

▪ **Posición y Propuesta:**

- Difundir la información técnica sobre las estrategias de escuelas y viviendas saludables.
- Propiciar encuentros regionales y nacionales que permitan compartir experiencias para el fortalecimiento de las redes de entornos.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Ministerio de la Protección Social

- **Característica:** Experiencia en el tema de Escuelas Saludables/influyente/alto poder político

- **Intereses principales:** las políticas públicas del Sistema de la Protección Social se concretan mediante la identificación e implementación, de ser necesario de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud, en el marco de las competencias asignadas al ministerio (102).

- **Logros:**
 - Articular la Estrategia de Entornos Saludables, con sus dos componentes “Escuelas Saludables” y “Viviendas Saludables”, con el fin de desarrollar habilidades, competencias y recursos especialmente en las poblaciones más pobres y vulnerables, para prevenir, mitigar y superar los riesgos que afectan de manera negativa la calidad de vida de los niños, jóvenes, familias, y población en general.

 - Velar porque los PAB (actualmente Plan de Intervenciones Colectivas) estén orientados a desarrollar actividades, procedimientos e intervenciones para promover la cultura de la salud y crear condiciones ambientales saludables para la familia, la escuela, etc.

- **Posición y Propuesta:**
 - Gestionar ante la Dirección General de Salud Pública, la inclusión de la Estrategia de Entornos Saludables como proceso transversal para el abordaje de las acciones colectivas de salud pública, en el Plan Nacional de Salud Pública (4).

 - Apoyar la política pública de primera infancia, mediante la concreción con el sector ecuación y el ICBF.

 - Fortalecer la red nacional de escuelas saludables y apoyar la conformación de redes departamentales y municipales, para el intercambio de experiencias.

 - Impresión y divulgación de textos relacionados con las estrategias de entornos saludables componente escuela saludable y vivienda saludable.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Ministerio de Educación Nacional

- **Característica:** interés en el tema de Escuelas Saludables/influyente/alto poder político

- **Intereses principales:**
 - Asesorar la implementación y gestión de la estrategia de entornos saludables componente escuela saludable en lo referente a los programas de educación formal y no formal y educación continua, orientados a mejorar las condiciones de vida de los estudiantes en el territorio nacional y a la creación de una cultura saludable a nivel nacional (99).
 - Establecer las políticas y los lineamientos para dotar el sector educativo de un servicio de calidad con acceso equitativo y con permanencia en el sistema (99).
 - Diseñar estándares que definan el nivel fundamental de calidad de la educación que garantice la formación de las personas en convivencia pacífica, participación y responsabilidad democrática, así como en valoración e integración de las diferencias para una cultura de derechos humanos y ciudadanía en la práctica del trabajo y la recreación para lograr el mejoramiento social, cultural, científico y la protección del ambiente (4).

- **Logros:**
 - Integrar al PEI, las estrategias de escuela y vivienda saludable, reconociendo que son unos procesos permanentes para el desarrollo humano e institucional en los entornos escolares, familiares, en donde aprenden los seres humanos (4).
 - Facultar a los ciudadanos en Promoción de la Salud, para tomar sus propias decisiones sobre su propia salud.
 - Fortalecer las culturas, las comunidades y los sujetos colectivos, rurales y humanos mediante la educación territorizada, situada y contextualizada en los ámbitos: regionales y locales, que relacione los saberes académicos y ancestrales con los quehaceres cotidianos.
 - Incluir en el Plan Decenal los parámetros básicos de calidad de la educación, como condiciones sociales, económicas, étnicas, culturales y físicas y la infraestructura necesaria y adecuada para que sean garantizadas por las instituciones educativas públicas y privadas, bajo criterios ambientales, territoriales y de tiempos culturales (calendario escolar).

- **Posición y Propuesta:**

Los siguientes ítems están basados en los roles y compromisos de los actores de la EES (4):

- Articular la Estrategia con el proyecto Estilos de Vida Saludable que va a desarrollar el Ministerio.
- Apoyar el fortalecimiento de redes sociales que integren familia y comunidad.
- Identificar, sistematizar y divulgar experiencias significativas de Entidades Territoriales que trabajen en estilos de vida saludable.
- Apoyar a los docentes con el Plan Decenal, por medio del acompañamiento a las plantas docentes.
- Ampliar la cobertura en educación, acompañada de calidad en los programas educativos, infraestructura y condiciones generales para satisfacer las necesidades de la población escolar.
- Promover el deporte y las habilidades para la vida desde la escuela, influyendo en los entornos familiares, escolares y sociales.
- Gestión de programas nacionales de actividad física, recreación y deporte.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial
- **Característica:** conocimiento en el tema de Viviendas Saludables/ influyente/alto poder político
- **Intereses principales:** contribuir y promover el desarrollo sostenible a través de la formulación y adopción de políticas, planes, programas, proyectos y regulación en materia ambiental, recursos renovables, uso de suelo, ordenamiento territorial, agua potable y saneamiento básico y ambiental, desarrollo territorial y urbano, así como en materia habitacional integral (99).
- **Logros:**

Los siguientes ítems están basados en los roles y compromisos de los actores de la EES (4):

- Incluir dentro de los factores de calificación de los proyectos de vivienda de interés social, un componente socio educativo alrededor de la vivienda saludable.
- Divulgar y promover la estrategia “Vivienda Saludable” en los eventos que organiza el Vice-ministerio de Vivienda y Desarrollo Territorial.
- Asesorar a las entidades del sector a nivel nacional y territorial en la implementación y gestión de la estrategia de entornos saludables-componente vivienda saludable, en el acceso a vivienda digna y segura.
- Asignación de Programas de Vivienda Social y mejoramiento para los hogares que tengan dentro de sus miembros niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- **Posición y Propuesta:**

Los siguientes ítems están basados en los roles y compromisos de los actores de la EES (4):

- Diseño de una Estrategia para el desarrollo del componente socio educativo por parte de los constructores de vivienda de interés social que favorezcan la convivencia de la familia y el sano desarrollo de la niñez en los hogares.
- Implementación de las estrategias “Entornos saludables” en el proyecto mejoramiento de vivienda en la Isla de Providencia.
- Desarrollo del proceso educativo en entornos saludables en el proyecto Fronterizo “Colombia - Ecuador”.
- Fortalecer la red nacional de viviendas saludables y la conformación de redes departamentales y locales.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- **Característica:** experiencia en el tema de Escuelas Saludables/influyente/alto poder político

- **Intereses principales:**

- Promover acciones tendientes a mejorar condiciones nutricionales y de bienestar para los niños y niñas, así como evitar abandono y maltrato físico y psicológico (99).
- Formular, ejecutar y evaluar programas con miras a cumplir las políticas nacionales para el fortalecimiento y bienestar de la familia y del menor (103).

- **Logros:**

- Coordinar la implementación de las estrategias para el mejoramiento de las condiciones de vida y del entorno de los niños y niñas de 0 a 6 años para garantizar su desarrollo integral.
- Promover las estrategias contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en razón a que tienen relación directa con los objetivos de la política de primera infancia y entornos saludables (79).
- Asesorar y supervisar los programas establecidos en los centros educativos.
- Adelantar los procesos de formación y educación a padres de familia, docentes y agentes educativos.

- **Posición y Propuesta:**

- Ente facilitador del trabajo intersectorial e interinstitucional, entre las entidades encargadas de la Estrategia de Entornos Saludables componente Escuela Saludable.
- Crear y mantener los restaurantes escolares y los complementos nutricionales.
- Realizar visitas para intercambio de programas de actualización de docentes y funcionarios del ICBF, necesarios para garantizar la estrategia.
- Participar de la comunidad educativa en la aplicación de técnicas, instrumentos y análisis de los procesos de seguimiento y evaluación de la estrategia, con el fin de alimentar el sistema de información del ICBF.
- Integrar las estrategias de entornos saludables a las políticas y programas sociales que se definan para la protección de la familia, la niñez y la adolescencia.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Departamento Nacional de Planeación (DNP)
- **Característica:** Influyente/alto poder político/financiamiento

- **Intereses principales:**

- Aprobar las metodologías para el diseño, el seguimiento y la evaluación de las políticas, los programas y los proyectos contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo (99).
- Diseñar y organizar las políticas de los sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública, tanto en lo relacionado con políticas como con proyectos de inversión.

- **Logros:**

- Priorizar de acuerdo con los objetivos y metas del Plan Nacional de Desarrollo los programas y proyectos del Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) para su inclusión en la Ley Anual del Presupuesto, asegurando su relación con los resultados de la evaluación.
- Presentar ante el CONPES los documentos de Política pública para su aprobación. (CONPES Social 91 de 2005 y CONPES 3550 de 2008).
- Promover la inclusión de la Primera Infancia en la agenda de la cooperación internacional.

- **Posición y Propuesta:**

- Coordinar la planeación y financiamiento de la política de entornos saludables componentes escuela saludable y vivienda saludable.
- Realiza el monitoreo y evaluación de la política de entornos saludables componentes escuela saludable y vivienda saludable.
- Desarrollar acciones de formación con contenidos sobre la aplicación de los instrumentos existentes.
- Coordinar con los ministerios responsables de la política de primera infancia, la implementación de los programas y lineamientos definidos para este grupo de población, con las familias beneficiarias de programas como Familias en Acción.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional ACCIÓN SOCIAL
- **Característica:** influyente/alto poder político/ financiamiento

▪ Intereses principales:

- Coordinar la gestión de recursos de cooperación internacional públicos y privados que recibe y otorga el país, en el marco del Sistema Nacional de Cooperación Internacional, mediante la participación en el ciclo de vida de la cooperación (104).
- Financiar y cofinanciar programas y proyectos de apoyo a los sectores más pobres de la población colombiana, en materia de empleo, educación, alimentación, seguridad social, actividades deportivas, recreativas, culturales y de integración de asentamientos marginados (105).

▪ Logros:

- Gestionar recursos para programas cuya finalidad sea promover los derechos constitucionales y el desarrollo integral de la infancia. Tales como Programas Familias en Acción y Apoyo Integral a la población desplazada.
- Consolidación de programas en pro de la consolidación del Hábitat (intervención en construcción, saneamiento básico, agua potable, mejoramiento del entorno y recreación).

▪ Posición y Propuesta:

- La Estrategia de Cooperación Internacional 2007-2010 reorganiza la demanda de cooperación alrededor de tres áreas prioritarias: Objetivos de Desarrollo del Milenio; lucha contra el problema mundial de las drogas y protección del medio ambiente; reconciliación y gobernabilidad (102).
- Implementar los conceptos de vivienda saludable en el programa Hábitat. Evaluar anualmente con recursos propios los resultados de al menos una acción del programa que incluya los conceptos de vivienda saludable (4).

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA
- **Característica:** Promotor de la estrategia/gestor del Desarrollo social y comunitario

▪ Intereses principales:

- Invertir en el desarrollo social y técnico de los trabajadores colombianos y contribuir al desarrollo comunitario a nivel urbano y rural, aplicando medios y estrategias dirigidos a la maximización de cobertura y la calidad de la formación profesional integral (99).
- Participar en actividades de investigación y desarrollo tecnológico, ocupacional y social, que contribuyan a la actualización y mejoramiento de la formación profesional integral (99).

▪ Logros:

- Apoyo al Comité de Entornos Saludables por medio de propuestas para su fortalecimiento.
- Ejecución de programas de formación y actualización en salud, orientados a fomentar en el individuo y la comunidad la adquisición de hábitos que promueven y protegen la salud.
- Incluir contenidos sobre entornos saludables en los programas de formación que se relacionen.

▪ Posición y Propuesta:

- Desarrollar acciones de formación con contenidos sobre la aplicación de los instrumentos existentes.
- Formar multiplicadores de las estrategias de entornos saludables.
- Fortalecer los programas de formación con perfiles ocupacionales definidos para cada uno de los sectores, de manera que respondan a las estrategias de entornos saludables.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Entes Universitarios Autónomos

- **Características:** Promotor de la estrategia/gestor del Desarrollo social/financiamiento/ Influyente

▪ Intereses principales/objetivos:

- Cada una de las universidades tiene sus objetivos y funciones específicas, en general las universidades públicas tienen como principal misión institucional la promoción de la investigación, la ciencia, las artes y en general todas las manifestaciones de la cultura humana (102).
- Las Universidades se dedican a la formación intelectual, técnica y científica de la población colombiana en todas las ramas del saber (99).

▪ Logros:

- Apoyar a las instituciones del Estado en la construcción de lineamientos nacionales y documentos respecto a entornos saludables.
- Apoyar mediante resultados, los procesos de desarrollo nacional y departamental, en áreas relacionadas con promoción de la salud.
- Formular nuevos proyectos de desarrollo que mejoren la calidad de la vida de la población colombiana.
- Establecer relaciones con entes nacionales e internacionales para el desarrollo de investigaciones e innovaciones en salud.

▪ Posición y Propuesta:

- Fortalecer el enfoque de educación para el desarrollo Sostenible en las acciones derivadas de los proyectos relacionados con entornos saludables.
- Fortalecer los programas académicos en el tema de promoción de la salud.
- Fortalecer la promoción y cultura ecológica.

Ofrecer asesoría técnica y científica en estudios relacionados con el desarrollo humano, el medio ambiente y la salud.

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

- **Actor:** Actores No Gubernamentales, Universidades, Instituciones Universitarias, Academias de ciencias y sociedades científicas, Centros de investigación, Grupos de investigación, Redes temáticas, Asociaciones de entidades educativas.

- **Características:** promotor de la estrategia/gestor del Desarrollo social y comunitario
- **Intereses principales/objetivos:**
 - El Estado fortalecerá la investigación científica en las universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo (Art. 69) (73).
 - El caso de la Academia colombiana de ciencias exactas, físicas y naturales: la Academia Colombiana de Ciencias tiene por objeto la investigación científica y su fomento en los campos de las ciencias exactas, físicas y naturales, a la vez que la cooperación en el mejoramiento de la docencia de estas ramas del conocimiento en los distintos niveles de la enseñanza (102).
- **Logros:**
 - Propender por que la formulación de las políticas ambientales, en educación y salud tengan en cuenta el resultado del proceso de investigación científica (102).
 - Colaborar con las correspondientes entidades nacionales e internacionales en la adecuada conservación y defensa del patrimonio científico de Colombia, en especial de los elementos ambientales y recursos naturales (102).
- **Posición y Propuesta:**
 - La acción para la protección y recuperación ambientales del país es una tarea conjunta y coordinada entre el Estado, la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado (102).
 - Actuar armónicamente con las demás estructuras académicas del Estado.
 - Promover y conservar un ambiente adecuado, por medio del fomento de la educación en entornos saludables.

ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

- **Actor:** Organizaciones comunitarias organizaciones religiosas entidades sin ánimo de lucro (fundaciones, asociaciones, corporaciones, instituciones de utilidad común) redes y Grupos de interés observatorios asociaciones y Federaciones sin ánimo de lucro, de carácter gremial, constituidas por entidades territoriales y por Corporaciones Autónomas

- **Característica:** promotor de la estrategia/gestor del Desarrollo social y comunitario/ejecutor de las políticas
- **Intereses principales/objetivos:**
 - Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad. (Art. 38) (73).
 - Realizar la formación de asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, como mecanismos democráticos de representación en las distintas instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública existentes (102).
- **Logros:**
 - Propender por que la formulación de las políticas ambientales, en educación y salud tengan en cuenta el resultado del proceso de investigación científica (102).
 - Colaborar con las correspondientes entidades nacionales e internacionales en la adecuada conservación y defensa del patrimonio científico de Colombia, en especial de los elementos ambientales y recursos naturales (102).
 - Lograr la participación ciudadana como representación de las necesidades sentidas de los colombianos, en los temas de entornos saludables (106).
- **Posición y Propuesta:**
 - La acción para la protección y recuperación ambientales del país es una tarea conjunta y coordinada entre el Estado, la comunidad, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado (102).
 - Actuar armónicamente con las demás estructuras académicas y gubernamentales del Estado.
 - Promover y conservar un ambiente adecuado, por medio del fomento de la educación en entornos saludables.
 - Participar en el Comité de Entornos Saludables a nivel local y formular las recomendaciones pertinentes para el desarrollo de entornos saludables.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL

- **Actor:** Entidades Territoriales o Distritales

- **Característica:** influencia en los tomadores de decisiones/Financiamiento/alto poder político/ejecutor de las políticas.
- **Intereses principales:**
 - Gestionar (implantar, monitorear y evaluar), la estrategia de entornos saludables.
 - Articular a nivel territorial a todas las entidades del gobierno local y a las instituciones públicas y privadas para garantizar el logro de los resultados propuestos en la Política que conduzcan al mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes escolares (99).
 - Incorporar en los Planes de Desarrollo Territoriales, programas, metas, indicadores, inversión y estrategias sectoriales e intersectoriales, que permitan abordar y priorizar el tema de entornos saludables.
 - Asesorar y brindar asistencia técnica a las entidades territoriales municipales para la gestión integral de la Política de Entornos Saludables.
 - Formular los planes operativos articulados para la aplicación de la Política de Entornos Saludables.
- **Posición y Propuesta:**
 - Diseñar, implementar y supervisar la ejecución y evaluación de los planes de acción intersectorial en los territorios (99).
 - Establecer acuerdos intersectoriales para el desarrollo de proyectos de inversión que fortalezcan la estrategia de entornos saludables en el ámbito departamental y distrital.
 - Incluir en los planes de gestión departamental y distrital, la estrategia de entornos saludables.
 - Desarrollar políticas públicas saludables a nivel departamental y distrital.
 - Difundir la información técnica sobre viviendas saludables y escuelas saludables, en especial en zonas urbanas y rurales con condiciones precarias.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL MUNICIPAL

- **Actor:** Entidades Municipales
- **Característica:** financiamiento/ ejecución

- **Intereses principales:** mejorar las condiciones de salud de la población, mediante la adopción de políticas públicas saludables (4).
- **Logros:**
 - Lograr la consolidación y fortalecimiento de equipos de trabajo interinstitucionales, intersectoriales e interdisciplinarios.
 - Promover en los planes territoriales la política de entornos saludables componente escuela saludables y vivienda saludables.
 - Concertar y firmar convenios con centros educativos a través del Plan Educativo Municipal y del Plan de Atención Básica (Actual Plan de Intervenciones Colectivas).
- **Posición y Propuesta:**
 - Incorporar la política de entornos saludables componente escuela saludables y vivienda saludables a los programas sociales del municipio (4).
 - Establecer acuerdos intersectoriales para el desarrollo de proyectos de inversión que fortalezcan la estrategia de entornos saludables en el ámbito local.
 - Incluir en los planes de gestión municipal, la estrategia de entornos saludables.
 - Difundir la información técnica sobre viviendas saludables y escuelas saludables, en especial en zonas urbanas y rurales con condiciones.
 - Desarrollar políticas públicas saludables a nivel municipal.

Actores y funciones del Comité de Entornos Saludables formulados en los “Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de entornos Saludables. Escuela Saludable y Vivienda Saludable” Segundo momento de la política de escuela saludable año 2006.

Con el fin de fortalecer las redes nacionales de entornos saludables y sus componentes escuela saludable y vivienda saludable y crear espacios políticos, sociales y técnicos de articulación y complementariedad de ambos componentes surge el Comité de Entornos Saludables con las siguientes funciones (78):

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL NACIONAL

- **Actor:** Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas, Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, Ministerio de Educación Nacional, ICBF, SENA, Acción Social, Academia, ONG Y OPS-OMS.

Acciones/funciones:

- Formular lineamientos técnicos nacionales para el desarrollo de los lineamientos técnicos nacionales para el desarrollo de las de las estrategias de entornos saludables (Escuela Saludable y vivienda saludable) acordes con la diversidad étnica y cultural, promover su aplicación en el ámbito nacional y brindar asistencia técnica a las entidades territoriales para su desarrollo.
- Integrar las Estrategias de Entornos Saludables a las políticas y programas sociales que se definan para la protección de la familia, la niñez y la adolescencia.
- Fortalecer el enfoque de Desarrollo Sostenible en las acciones que se deriven de los proyectos relacionados con la estrategia de entornos saludables.
- Incorporar el concepto de Vivienda Saludable en las políticas, normas y reglamentos nacionales que se expidan para el diseño y construcción de viviendas de interés social.
- Fortalecer la Red Nacional de Entornos Saludables (Red de Escuelas Saludables, liderada por el Ministerio de la Protección Social y Red de Viviendas Saludables, liderada por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial) y la conformación de redes departamentales y locales.
- Establecer acuerdos intersectoriales que permitan el desarrollo de proyectos de inversión que propicien el fortalecimiento de la estrategia de entornos saludables en los ámbitos nacional, departamento, distrital y local.
- Promover la inclusión en los planes de gestión departamental, distrital y municipal de los temas de Escuela Saludable, Vivienda Saludable, saneamiento básico y ambiental, y, en general, entornos saludables.
- Promover el fortalecimiento institucional de la estrategia Entornos Saludables bajo los principios de representabilidad, intersectorialidad, multidisciplinariedad, participación comunitaria y alianza en redes.
- Desarrollar y promover políticas públicas saludables y ambientales en las viviendas y escuelas.
- Incorporar en los programas que se adelanten, lineamientos técnicos para la vigilancia sanitaria, evaluación, prevención y mitigación de los factores de riesgo ambiental y social en la vivienda y en la escuela.
- Priorizar el desarrollo de las estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable en las poblaciones vulnerables ubicadas en asentamientos precarios en zonas urbanas y rurales.
- Difundir la información técnica sobre las estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable entre el personal de salud, de educación, de ambiente, de las administraciones locales y de las poblaciones beneficiarias de esta estrategia.

- Articular las estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable a los Planes de Apoyo al Mejoramiento, a los Planes de Atención Básica - PAB, y con la estrategia de mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de Acción Social.
- Propiciar encuentros regionales y nacionales que permitan compartir experiencias para el fortalecimiento de las redes de entornos saludable.
- Propiciar los procesos investigativos alrededor de los componentes de las estrategias de Entornos Saludables.
- Diseñar y difundir metodologías e instrumentos para la sistematización y evaluación de las estrategias de Entornos Saludables.
- Consolidar y reportar el desarrollo de las estrategias a través de la página Web del MPS.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL DEPARTAMENTAL

- **Actor:** Secretarías de Salud Departamentales y Distritales, Secretarías de Planeación Departamentales, Secretaría de Educación Departamental, Secretaría de Gobierno Departamental, Institutos de Vivienda Departamental y Distrital, INCODER, SENA, ICBF, Acción Social, Corporaciones Autónomas Regionales, ONG, Academia, Oficinas de terreno OPS/OMS y Otros organismos de Naciones Unidas.
- **Acciones/funciones:**
 - Apropiar y adaptar los lineamientos técnicos nacionales para el desarrollo de las estrategias de entornos saludables (Escuela Saludable y Vivienda Saludable) acordes con la diversidad étnica y cultural, promover su aplicación en el ámbito departamental y brindar asistencia técnica a los municipios y en caso de los distritos localidades para su desarrollo.
 - Integrar las estrategias de Entornos Saludables a las políticas y programas sociales departamentales y distritales que se definan para la protección de la familia, la niñez y la adolescencia.
 - Fortalecer el enfoque de Desarrollo Sostenible en las acciones que se deriven de los proyectos relacionados con la estrategia de entornos saludables.
 - Incorporar las estrategias de Entornos Saludables en las políticas, normas y reglamentos departamentales y distritales.
 - Fortalecer las Redes departamentales y distritales de Entornos Saludables (Red de Escuela Saludable, liderada por el Ministerio de la Protección Social y Red de

Vivienda Saludable, liderada por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial).

- Establecer acuerdos intersectoriales que permitan el desarrollo de proyectos de inversión que propicien el fortalecimiento de la estrategia de entornos saludables en los departamentos y distritos.
- Promover la inclusión en los planes de gestión departamental y distrital de los temas de Escuela Saludable, Vivienda Saludable, saneamiento básico y ambiental, y en general, entornos saludables.
- Promover el fortalecimiento institucional de la estrategia de Entornos Saludables bajo los principios de representabilidad, intersectorialidad, multidisciplinariedad, participación comunitaria y alianza en redes.
- Desarrollar y promover políticas públicas saludables y ambientales en las viviendas y escuelas.
- Incorporar los lineamientos de la vigilancia de la salud pública a la estrategia de Entornos Saludables.
- Priorizar el desarrollo de las estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable en las poblaciones vulnerables ubicadas en asentamientos precarios en zonas urbanas y rurales.
- Difundir la información técnica sobre las Estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable entre el personal de salud, de educación, de ambiente, de vivienda, de las administraciones y de las poblaciones beneficiarias de las estrategias.
- Articular las estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable a los Planes de Apoyo al Mejoramiento de la calidad escolar, a los Planes de Atención Básica - PAB, y con la estrategia de mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de Acción Social. Para el caso de vivienda articular con los planes de otorgamiento de subsidio para compra de vivienda, mejoramiento de vivienda y titulación de predios.
- Propiciar encuentros regionales que permitan compartir experiencias para el fortalecimiento de las redes de entornos saludables.
- Propiciar los procesos investigativos alrededor de los componentes de las estrategias de Entornos Saludables.
- Diseñar y ejecutar propuestas, departamentales y distritales para la movilización de recursos en favor de las Estrategias, según necesidades y prioridades.
- Diseñar y producir materiales educativos e informativos que estén al alcance de los distintos actores sociales y comunidades.
- Coordinar con el SENA procesos educativos de carácter no formal dirigidos a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre la Estrategias de Entornos Saludables.

- Garantizar a través de convenios docente - asistenciales con universidades, la práctica de estudiantes pasantes, enmarcada en los diferentes componentes y líneas de acción definidos en el presente documento.
- Establecer convenios intersectoriales que permitan incorporar los temas de entornos saludables en los proyectos educativos institucionales - PEI.
- Presentar reportes de evaluación y sistematización de las estrategias en el nivel nacional.
- Considerar, de acuerdo con la complejidad o categoría del los municipios, la designación de un coordinador que impulse el desarrollo y seguimiento de las estrategias.

SECTORES Y ENTIDADES PÚBLICAS DE NIVEL MUNICIPAL

- **Actor:** Otros organismos de Naciones Unidas, Secretarías de Salud Municipal, Secretaría de Planeación, Acción Social, Alcaldías Municipales, Fondos de Cofinanciación, ONG, Organizaciones defensoras de los Derechos Humanos y Comunidad organizada.
- **Acciones/funciones:**
 - Apropiar lineamientos técnicos nacionales para el desarrollo de las estrategias de entornos saludables (Escuela Saludable y Vivienda Saludable) acordes con la diversidad étnica y cultural.
 - Integrar las estrategias de Entornos Saludables a las políticas y programas sociales de los municipios y localidades que se definan para la protección de la familia, la niñez y la adolescencia.
 - Fortalecer el enfoque de Desarrollo Sostenible en las acciones que se deriven de los proyectos relacionados con la Estrategia de Entornos Saludables.
 - Incorporar las estrategias de Entornos Saludables en las políticas, normas y reglamentos de los municipios y las localidades.
 - Fortalecer las Redes municipales de Entornos Saludables.
 - Establecer acuerdos intersectoriales que permitan el desarrollo de proyectos de inversión que propicien el fortalecimiento de la Estrategia de Entornos Saludables en municipios y localidades.

- Promover la inclusión en los planes de Desarrollo de los municipios y las localidades de los temas de Escuela Saludable, Vivienda Saludable, saneamiento básico y ambiental, y, en general, entornos saludables.
- Promover el fortalecimiento institucional de la estrategia Entornos Saludables bajo los principios de representabilidad, intersectorialidad, multidisciplinariedad, participación comunitaria y alianza en redes.
- Desarrollar y promover políticas públicas saludables y ambientales en las viviendas y escuelas.
- Incorporar los lineamientos de salud pública a la Estrategia de Entornos Saludables.
- Priorizar el desarrollo de las estrategias de Escuelas y Viviendas Saludables en las poblaciones vulnerables ubicadas en asentamientos precarios en zonas urbanas y rurales.
- Difundir la información técnica sobre las estrategias de escuelas y viviendas saludables entre el personal de salud, de educación, de ambiente, de vivienda, de las autoridades territoriales y de las poblaciones beneficiarias de las estrategias.
- Articular las estrategias de Escuelas y Viviendas Saludables a los Planes de Apoyo al Mejoramiento de la calidad escolar, a los Planes de Atención Básica - PAB, y con la estrategia de mejoramiento de las condiciones de habitabilidad de Acción Social.
- Para el caso de vivienda articular con los planes de otorgamiento de subsidio para compra de vivienda, mejoramiento de vivienda y titulación de predios.
- Propiciar encuentros municipales que permitan compartir experiencias para el fortalecimiento de las redes de entornos saludables.
- Propiciar y participar en procesos investigativos alrededor de los componentes de las estrategias de Entornos Saludables.
- Diseñar y ejecutar propuestas desde municipios y localidades para la movilización de recursos en favor de las Estrategias, según necesidades y prioridades.
- Diseñar y producir materiales educativos e informativos que estén al alcance de los distintos actores sociales y comunidades.
- Coordinar con el SENA procesos educativos de carácter no formal dirigidos a técnicos, profesionales y líderes comunitarios sobre la estrategia de Entornos Saludables.
- Garantizar a través de convenios docente asistenciales con universidades la práctica de estudiantes pasantes, enmarcada en los diferentes componentes y líneas de acción definidos en el presente documento.
- Establecer convenios intersectoriales que permitan incorporar los temas de entornos saludables en los proyectos Educativos Institucionales - PEI.

- Presentar reportes de evaluación y sistematización de las estrategias al nivel departamental.
 - Definir un plan operativo anual donde se consignen los objetivos, las metas, las estrategias, las actividades, los recursos económicos, materiales y el talento humano necesario para el desarrollo de la misma, definidos en el marco de los componentes, líneas de acción y actividades descritas en estos lineamientos.
 - Conformar un comité gestor en cada institución educativa integrado por rectores, docentes, estudiantes, padres y madres de familia, personeros escolares, profesionales de apoyo para la estrategia y organizaciones de la comunidad.
-
- ***Tiempo de acción de la política Pública***

Para lograr desarrollar y tener resultados de la política pública de Escuelas Saludables por la Paz en Colombia se definieron tiempos y metas a corto, mediano y largo plazo así:

Primer momento, documento de política “Lineamiento de Escuelas Saludables por la Paz”. (2000-2006) (100):

- **A corto plazo:** El 100% de Secretarías de Educación, Direcciones Departamentales de Salud y Centros Zonales del ICBF están impulsando la estrategia de Escuelas Saludables.
- **A mediano plazo (año 2002):** Estrategia de Escuelas Saludables contenida en el 40% de los PAB municipales. Estrategias de Escuelas Saludables incorporadas al PEI del 40% de centros educativos de educación básica del sector público. Acciones de complementación alimentaria y vigilancia nutricional incluida en el 40% de centros educativos con estrategia de escuelas saludables.
- **A largo plazo (año 2006):** Estrategia de Escuela Saludable contenida en el 80% de los PAB municipales. Estrategia incorporada al PEI del 80% de centros educativos de educación básica del sector público. Acciones de complementación alimentaria y vigilancia nutricional incluida en el 80% de centros educativos con estrategia de escuelas saludables.

“Con el fin de actualizar y unificar los conceptos, criterios y mecanismos para el desarrollo de las estrategias en el entorno nacional, el Comité Técnico Nacional inicia los ajustes del documento de Lineamientos de la Estrategia de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz de 1999 y elabora los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables en el año 2006” (78).

Segundo momento, documento de política “Lineamiento Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. Escuela Saludable y Vivienda Saludable” (2007-2011) (78):

- **A corto plazo:** suscribir las Estrategias de Entornos Saludables en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, como actividad de obligatorio cumplimiento por las entidades territoriales (4).

Suscribir la “**Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables**”. En diciembre de 2006 se realiza y se da un plazo de tres meses a partir de firmarse esta agenda, para que se realice el Plan de de Acción Intersectorial, el cual se extenderá por cuatro años a partir de su suscripción (89).

- **A mediano plazo (año 2007):** Elaborar y ejecutar el Plan de Acción Intersectorial. En junio de este año se elabora con el propósito de: “Contribuir al fortalecimiento de las Entidades Territoriales para que establezcan procesos sociales que logren la reducción del riesgo y la promoción de factores protectores en salud existente en los entornos, especialmente en los más amenazados y vulnerables, y fomenten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo que sean seguras y sostenibles” (90).

Basado en el Plan de Acción Intersectorial, para lograr este propósito se trabajará en tres líneas de acción:

Línea de Acción 1: Fortalecimiento de la gestión de la Estrategia de Entornos Saludables.

Línea de Acción 2: Evaluación causa-efecto para la elaboración de políticas públicas saludables.

Línea de Acción 3: Acciones integrales intersectoriales evaluadas por su impacto en la salud y viabilidad económica.

A su vez, para cada línea de acción se ha definido un resultado esperado, así:

Resultado1: Sistema nacional de gestión de la Estrategia de Entornos Saludables instalado y funcionando.

Resultado 2: Sistema nacional de evaluación del impacto de políticas de interés social en salud, con énfasis en educación y habitabilidad, desarrollado.

Resultado 3: Acciones integrales seguras y sostenibles para lograr la reducción de los riesgos y la promoción de los factores protectores del entorno en la salud, con énfasis en escuelas y viviendas, desarrolladas.

- **A largo plazo (año 2011):**

Instalación de un sistema nacional de gestión intersectorial e interinstitucional de la Estrategia de Entornos Saludables; Desarrollo de un programa de caracterización y seguimiento de las condiciones socio-ambientales y sanitarias del entorno, con énfasis en escuelas saludables y viviendas; desarrollo de acciones integrales seguras y sostenibles para lograr la reducción de los riesgos y la promoción de los factores protectores del entorno en la salud, con énfasis en escuelas y viviendas (4).

6.3 Establecimiento de objetivos

Los Objetivos generales y específicos de la política de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz (1999) plasmados en los lineamientos son (100):

6.3.1 Objetivos Generales

- Contribuir a la formación y al pleno desarrollo de las potencialidades físicas, psicológicas, emocionales, afectivas, psicomotoras, y sociales de los escolares de preescolar y educación básica, mediante la integración de acciones educativas, de Promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de manejos ambientales dirigidos a la comunidad educativa y su entorno.
- Convertir la escuela en un entorno saludable, en una herramienta de trabajo integral que facilite a la comunidad educativa de formar escolares en capacidad de desarrollar todas sus potencialidades, para su propia realización, adaptación e integración a una sociedad compleja y cambiante, respondiendo de forma positiva a los retos del ambiente.

6.3.2 Objetivos Específicos

- Promover la formación de una cultura de salud y ambiental acorde con el medio sociocultural y el perfil epidemiológico mediante el desarrollo de proyectos pedagógicos que impulsen la construcción de estilos de vida saludable.
- Promover ambientes escolares saludables mediante la identificación, el control y/o la eliminación de factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales y la potencialización de los factores protectores.
- Mejorar el estado nutricional y de salud de los escolares mediante la orientación de la comunidad educativa para que accedan a las acciones de promoción de la salud, y prevención de la enfermedad o a través de la coordinación de los servicios de salud y nutrición.
- Desarrollar procesos pedagógicos conducentes a la formación de valores, conocimientos y comportamientos de convivencia ciudadana y participación.

6.3.3 Componentes y líneas de acción de los Lineamientos de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz

Los Componentes y líneas de acción de la Política son (100):

- **Componente 1. La educación en Salud:** como proceso permanente de enseñanza de estilos de vida saludable y construcción de valores y habilidades para la convivencia pacífica.
- **Componente 2. El medio ambientes escolar y el entorno saludable:** como creación no solo de condiciones físicas mínimas sanitaria y de higiene del ambiente físico de la escuela sino del clima emocional y social que afecta el bienestar y la productividad de los estudiantes y la comunidad en general, el desarrollo de habilidades para la vida, las relaciones armónicas, y el respeto por la naturaleza.
- **Componente 3. El acceso a servicios de salud y nutrición:** como medio de favorecer y proteger el sano crecimiento y desarrollo del escolar.

Para el año 1996, los Componentes y líneas de acción son (Cuadro 6-1).

Cuadro 6-1: Componentes y líneas de acción de la política de Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz, en Colombia, primer momento año 1999 (100).

| Componentes y líneas de acción de escuela saludable. Primer momento 1999. | |
|---|---|
| COMPONENTES | LINEAS DE ACCION |
| COMPONENTE 1 La educación en Salud | Líneas de Acción: como proceso fundamental para que los escolares se adapten a la sociedad y sus procesos cambiantes. Estas se orientan principalmente en cuatro enfoques: toma de conciencia, mediante la convivencia pacífica, la formación de hábitos, actitudes y prácticas de vida saludables, el desarrollo integral del escolar por medio de espacios reflexivos de sí mismo y su entorno, y el desarrollo de los valores para vivir y valorar la vida. |
| COMPONENTE 2 El medio ambientes escolar y el entorno saludable | Líneas de Acción: se relaciona con el medio ambiente físico y ambiental a nivel escolar y presenta un componente importante acerca de las relaciones entre los escolares y las personas relacionadas con la escuela. Estas acciones se encaminan hacia el fortalecimiento de las |

| Componentes y líneas de acción de escuela saludable. Primer momento 1999. | |
|--|---|
| COMPONENTES | LINEAS DE ACCION |
| | relaciones sociales, la organización del trabajo y su relación con ambientes psicosociales adecuados, ambientes seguros físicamente y limpios acorde con las necesidades de los estudiantes. |
| COMPONENTE 3 El acceso a servicios de salud y nutrición | Línea de Acción: las actividades para lograrla, forman parte de las metas de salud pública, mediante la promoción activa y el bienestar físico, emocional, mental y social de la comunidad educativa, acorde con el SGSSS y que permite la articulación con las aseguradoras y los prestadores para desarrollar la atención integral a la comunidad escolar. |
| La Línea de Acción en Investigación, es transversal a todos los componentes, se encuentra la investigación y el estudio dinámico de los problemas de educación y de salud de los escolares mediante la elaboración del diagnóstico de situación de salud de la comunidad educativa y la elaboración de investigaciones para avanzar en el desarrollo de estrategias pedagógicas y de promoción en pro de la comunidad escolar. | |

Adaptado de: Colombia. Ministerio de Salud. Lineamientos Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz. 1999 Santa fe de Bogotá, D.C.: Fotolito Parra & Cia Ltda. 1999:20-1.

6.3.4 Componentes Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables, componente escuela saludable

En cuanto a los lineamientos de Entornos Saludables componente Escuela Saludable no tiene objetivos de manera explícita según Mantilla, quien estuvo como representante de PROINAPSA en la elaboración del documento de política en ese entonces (2006), refiere que *“los lineamientos de Entornos Saludables componente Escuela Saludable no tiene objetivos como tal, sino que se reflejan en Componentes y Líneas de Acción, ya que su fin es fijar las directrices nacionales, departamentales y municipales para el desarrollo de la política en el país”* (74).

La política de escuelas saludables se desarrolla en tres ejes (78):

- **Promoción de estilos de vida saludables:** se plantea a través del Proyecto Educativo Institucional y en promoción de la salud se llevan a cabo programas para evitar el embarazo precoz, la violencia y la dependencia al alcohol, tabaco o drogas.
- **Servicios de salud escolar:** en promoción de la salud se llevan a cabo programas nutrición y crecimiento y desarrollo.
- **Salud Ambiental y Psicosocial:** en promoción de la salud se vela porque las escuelas tengan agua potable, saneamiento básico adecuado e infraestructuras seguras para los escolares. Además de programas en pro de mejores ambientes psicosociales y disminución de la violencia escolar.

Los Planes de de Desarrollo Municipales y Departamentales a través del plan de Atención Básica (PAB) (Actual Plan de intervenciones colectivas PIC), acogen las estrategias de entornos saludables con sus diferentes componentes y los articulan con otras estrategias de promoción de la salud.

Los componentes se han basado en los lineamientos de las escuelas promotoras de salud y permiten que se desarrollen las líneas de acción que a su vez son las intervenciones que hacen que se desarrolle la estrategia. Estos son:

- **Componente 1. Políticas Públicas y Planes para la Escuela Saludable.**

Permite que haya concreción en las diferentes instituciones y actores de la comunidad, con el fin de generar políticas públicas saludables y planes para la escuela saludable con base en la necesidad de la comunidad a la que atañen.

- **Líneas de Acción Componente 1.**

Articulación de la estrategia Escuela Saludable a otros proyectos

Permite que los contenidos de la promoción de la salud y la prevención se incorporen en todos los ámbitos de la vida escolar, tales como Proyecto Educativo Institucional, Proyectos Ambientales Escolares, Proyectos Ciudadanos de Educación Ambiental, Plan de Intervenciones Colectivas y Planes de Mejoramiento Institucional.

Fortalecimiento de las actividades de salud pública que se desarrollan en las Instituciones Educativas

En cuanto a estas actividades se tiene el Programa Ampliado de Inmunizaciones con coberturas útiles, ejecución de los programas de crecimiento y desarrollo, detección de casos de maltrato, promoción estilos de vida saludable, promoción y prevención en la atención preventiva en salud visual y bucal y fortalecimiento de los docentes en temas de salud sexual y reproductiva, discapacidad, enfermedades emergentes, en saneamiento básico, entre otros.

Políticas Escolares

Permite que se desarrollen las políticas en salud escolar mediante la participación de la comunidad escolar, en donde los estudiantes se concientizan de la importancia de tener espacios libres de humo, de tener políticas en pro de la nutrición, salud sexual, salud mental, discapacidad, saneamiento básico y la búsqueda de soluciones a problemas que atañen a la comunidad escolar y que son particulares en cada plantel educativo.

- **Componente 2. Ambientes saludables en la escuela.**

Se trata de la preservación de espacios saludables desde el aula de clases, los comedores o tiendas escolares, hasta los espacios que rodean las instituciones escolares.

- **Líneas de Acción. Componente 2**

Ambientes físicos.

Basado tanto en espacios físicos limpios, higiénicos y estructuralmente adecuados con entornos psico-sociales sanos, seguros, libres de agresión y violencia verbal, emocional o física. Se establecen medios para desarrollar la capacidad de cada escuela de crear y mantener ambientes y entornos que refuercen la salud de quienes aprenden, enseñan y trabajan en la escuela, incluyendo acciones de promoción de la salud para el personal docente y trabajadores administrativos y de mantenimiento así como actividades de promoción de la salud con las asociaciones de padres y con organizaciones de la comunidad (107).

Ambientes psicosociales

Hacen referencia a la interacción de los integrantes de la comunidad educativa, incluye la cultura escolar, el manejo de conflictos, la forma de comunicación de la comunidad y es un factor crucial para el desarrollo de la Estrategia Escuela Saludable, por medio de una cultura democrática que permite la interacción de los miembros de la comunidad escolar y cuyo fin es la búsqueda del bien común.

- **Componente 3. Empoderamiento y participación social en salud**

Para el desarrollo de las acciones de promoción de la salud es necesario que exista el empoderamiento de la comunidad escolar, en donde se evidencie que los sujetos participen de manera crítica, activa y consiente en las actividades para el desarrollo de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida.

Es importante que las mismas personas de la comunidad escolar realicen las proyecciones de lo que esperan de la Estrategia de Escuela Saludable, con el fin de generar mayor compromiso en las acciones y por ende lograr mejores resultados al respecto.

Se tiene claro que la Escuela Saludable no es solo compromiso del sector salud, sino que involucra a los diferentes sectores y a la comunidad, con el fin de lograr objetivos comunes, en donde los mismos jóvenes son gestores de cambio social, por medio de su participación activa y el fortalecimiento de sus habilidades y competencias emanadas con el trabajo que permite el desarrollo humano* de ellos y de su comunidad.

▪ **Líneas de Acción. Componente 3**

Para el desarrollo de escuela saludable es indispensable que exista una sinergia entre la comunidad educativa, el personal local de salud y otros aliados estratégicos, con el fin de lograr incidir en procesos sociales y políticos en pro de la comunidad.

Además de tener en cuenta que las experiencias exitosas logradas en otros establecimientos educativos y los documentos emanados por los diferentes sectores o los aliados estratégicos, permiten que se desarrollen las acciones generadas por dichos establecimientos, de mejor manera y con evidencias ya desarrolladas y avaladas por entes nacionales e internacionales que apoyan las redes de escuelas saludables.

▪ **Componente 4. Educación para la Salud con Enfoque Integral**

Desde las aulas educativas se realiza el proceso de educación para la salud de manera integral, mediante el fortalecimiento de los valores, actitudes, habilidades y competencias (psicosociales y ciudadanas), enfatizando en la capacidad que tiene las personas de cuidar su propia salud, mediante la aplicación de estilos de vida saludable en espacios democráticos.

▪ **Líneas de Acción. Componente 4**

Fortalecimiento de la capacidad técnica de los actores políticos, institucionales y comunitarios

Para el buen desarrollo de la Estrategia de Escuela Saludable, se debe fortalecer la capacidad técnica de los distintos actores teniendo como punto de partida los avances a nivel internacional y las directrices adoptadas por el nivel nacional, emanadas en la normatividad vigente.

* El desarrollo humano tiene como objetivo velar por ampliar las opciones de las personas por medio de la creación de espacios que les permitan crecer de una forma saludable, creativa y productiva mediante la realización de actividades que aumenten sus potencialidades, de ahí la importancia de los entornos saludables, que propenden por el desarrollo de las capacidades humanas incidiendo en el logro de tener más y mejores oportunidades para desarrollar una vida con mayor calidad. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables: escuela saludable y vivienda saludable. Bogotá D.C.: Nuevas Ediciones Ltda., 2006:18.

Fortalecimiento de los conocimientos de Salud Escolar

Para el fortalecimiento de los conocimientos en salud se debe trabajar de manera transversal los procesos en el Proyecto Educativo Institucional y en el currículo escolar, en donde se desarrollen conocimientos, actitudes y prácticas integrales en los estudiantes, siempre teniendo en cuenta el espacio de desarrollo y el tipo de población en la que se trabaje. En este proceso es fundamental el compromiso de los docentes, quienes deben afrontar el reto de formar personas empoderadas, expresivas, con valores y retos para fortalecer la escuela saludable con visión a corto y mediano plazo.

▪ Componente 5. Reorientación de servicios de salud y vigilancia en salud pública

Se debe propender por un programa integral de seguridad escolar en donde haya intersectorialidad del sector salud, ambiente y educación. Unos de los componentes importantes en los programas de salud escolar son la salud, la nutrición y la vida activa. Se ha demostrado que los programas escolares de promoción de la actividad física, hábitos de alimentación son efectivos, siempre y cuando estén avalados por políticas escolares saludables, como por ejemplo tiendas o cafeterías saludables, empoderando a todos los integrantes de la comunidad educativa y concientizando a los estudiantes de la importancia de tener buenos hábitos.

▪ Líneas de Acción. Componente 5

Servicios escolares de salud, nutrición, y vida activa

Una Escuela Saludable coordina las acciones necesarias con los servicios locales sociales y de salud, para garantizar que todos los miembros de la comunidad educativa tengan acceso equitativo a los servicios necesarios.

Vigilancia en Salud Pública y articulación con los planes de beneficios PIC y POSS

En Estrategia Escuela Saludable esta línea se propone que en las Instituciones Educativas se tenga información sobre el perfil de salud del escolar, con el fin de realizar acciones integrales de promoción y prevención que permitan mejorar las condiciones de salud de los escolares y su bienestar.

Para el año 2006, los Componentes y líneas de acción de la EES componente Escuela Saludable en Colombia son (Cuadro 6-2):

Cuadro 6-2: Componentes y líneas de acción de la Estrategia de Entornos Saludables componente Escuela Saludable en Colombia año 2006 (78).

| Componentes y líneas de acción de escuela saludable. Segundo momento 2006. | |
|---|---|
| COMPONENTES | LINEAS DE ACCION |
| COMPONENTE 1 | Líneas de Acción: |
| Políticas Públicas y Planes para la Escuela Saludable. | Articulación de la estrategia Escuela Saludable al PEI, PRAES, PROCEDAS, POS y Planes de Mejoramiento Institucional. Articulación con el Plan Nacional de Salud Pública. Políticas Escolares. |
| COMPONENTE 2 | Líneas de Acción: |
| Ambientes Saludables en la Escuela. | Ambientes físicos. Ambientes psicosociales. |
| COMPONENTE 3 | Línea de Acción: |
| Empoderamiento y participación social en salud. | Fortalecimiento de las redes de Escuela Saludable |
| COMPONENTE 4 | Líneas de Acción: |
| Educación para la salud. | Fortalecimiento de la capacidad técnica de los actores políticos, institucionales y comunitarios. Fortalecimiento de los conocimientos de salud al escolar. |
| COMPONENTE 5 | Líneas de Acción: |
| Reorientación de servicios de salud y vigilancia en salud pública. | Servicios escolares de salud, nutrición, y vida activa. Articulación entre los planes de beneficios PIC y POSS. |

Adoptado de: Colombia. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables: escuela saludable y vivienda saludable. Bogotá D.C.: Nuevas Ediciones Ltda., 2006:47.

6.4 La selección de la opción

La selección de la opción es la última fase de la formulación de políticas públicas, la cual se inicia una vez que se tenga definido los objetivos. En esta fase se selecciona la opción concreta para desarrollar la política. Como lo refiere Pallares, “una opción es seleccionada mediante los procedimientos de decisión y, a través de su desarrollo gubernamental y posteriormente entra en la fase de aplicación práctica: la implementación” (108).

En el presente estudio la selección de la opción se definió por el modelo de Decisión Racional, debido a que este implica que los objetivos y los componentes de la decisión sean claros, que el conocimiento sobre la situación y las alternativas de solución sean completos y que la decisión que se tome sea la más próxima a los valores (52), en este caso la decisión del estado, frente a escuela promotora de la salud o escuela saludable.

El modelo finaliza la etapa de formulación del ciclo de política pública, en donde se observan cinco etapas, que se han venido trabajando en el documento:

6.4.1 Identificación del problema

Identificar e implementar una estrategia de promoción de la salud a nivel nacional que contribuyera al proceso de mejora de la calidad de vida de la población y al desarrollo integral, es así como en 1997 el Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social), adopta la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud promovida por la OPS/OMS (78), mediante la elaboración de los documentos de política, lineamientos nacionales, que constituyen dos momentos para la política (1999 y 2006).

6.4.2 Identificación de componentes y objetivos

Los objetivos de la política, fueron analizados en el ítem **7.3. Establecimiento de objetivos** del presente documento.

6.4.3 Búsqueda y alternativas de soluciones posibles

Respecto a la selección de la opción de la política pública de escuelas saludables, se analizó por parte de los representantes de los ministerios y las instituciones involucradas para el desarrollo de la política, como solución o acción, crear lineamientos, estrategias y normas en pro de la misma y de cumplimiento nacional. Todo con el fin de buscar una estrategia de promoción de la salud que comprometiera tanto a las instituciones del gobierno nacional como a los gobiernos departamentales y locales, en 1997, el Ministerio

de Salud (actual Ministerio de la Protección Social) acogió la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud lanzada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en 1995 (4).

En 1997 se elaboran los lineamientos nacionales “**Escuela Saludable, la Alegría de Vivir en Paz**”. Convirtiendo a Colombia en el primer país de la Región de las Américas en tener una política pública para el desarrollo de la Estrategia de Escuela Saludable. Posteriormente se inició un proceso de asistencia técnica dirigido a todas las entidades territoriales para la formulación y desarrollo de la política, la cual continúa vigente en todos los departamentos de país. Para el año 2006 se elaboran los “**Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables**”, consolidando en Colombia la política pública de entornos saludables componente escuela saludable y vivienda saludable (4).

6.4.4 Aplicación de criterios objetivos

Bajo el marco normativo de entornos saludables componente escuela saludable y en armonía con los principios de Atención Primaria de Salud, los componentes de la Promoción de la Salud y las recomendaciones del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), Colombia ha venido impulsando la Estrategia de Entornos Saludables (EES) componentes escuela saludable y vivienda saludable, como mecanismo para contribuir con la seguridad humana, el desarrollo humano sustentable y la equidad en salud, mediante acciones que influyan sobre los determinantes en salud bajo esquemas operativos, participativos y organizados alrededor de entornos que favorecen la escuela, la vivienda, la familia y la comunidad. En el año 2007, la EES adquirió en Colombia el carácter de política pública nacional, lo cual constituye un hito para el país y para la región de América Latina y el Caribe (4).

6.4.5 Selección de la mejor solución

- **Primer momento de la política en Colombia (1999-2006)**

Colombia tenía ya como antecedentes respecto a las políticas de salud, el **Programa Supervivir** (centrado en la supervivencia y desarrollo infantil, buscando ayudar a niñas y niños a sobrevivir más allá de su nacimiento) (96) impulsado en la década de los ochenta por el Ministerio de Salud (Actual Ministerio de la Protección Social), Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en donde se suscitaron acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, en especial en enfermedades prevalentes en la infancia y también se desarrollaron actividades de educación escolar.

De esta manera y gracias al apoyo de las tres instituciones nacionales nombradas anteriormente, se fortalecieron las actividades que son de su competencia y que tienen relación con promoción de la salud. Es así como a partir de la Constitución Política de 1991, se fortaleció la concreción institucional, en pro de la calidad de vida de la población. Para 1993, con la Ley 100 y la creación del SGSSS en el sector salud y en

1994, con la Ley General de Educación (Ley 115) del sector educación; se abren espacios en pro de las estrategias de promoción de la salud en el país.

Para 1997, Colombia asume el reto que le señala la OPS/OMS de iniciar con las escuelas promotoras de salud, acogido como “Escuela Saludable”.

Sin embargo ya algunos municipios y departamentos venían trabajando con experiencias pilotos en salud escolar, desde la década de los ochenta. “Siendo invitados a participar en 1995, de la Reunión Nacional de Expertos de Salud Escolar, con el fin de iniciar la construcción de los lineamientos técnicos de política que permitieran integrar todos los esfuerzos en pro de la salud de los escolares a través de una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar” (96).

En 1999 se reúnen nuevamente representantes del Ministerio de Salud (Actual Ministerio de la Protección Social), Ministerio de Educación Nacional y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con el auspicio de OPS/OMS. Con el fin de recuperar la experiencia del Programa Supervivir y el Programa de Salud Escolar, elaboraron y publicaron los Lineamientos “**Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz**”.

“Para fortalecer el desarrollo de la política se creó la **Red Nacional de Escuelas Saludables**, con el fin de intercambiar conocimientos y experiencias entre las diferentes instituciones, organizaciones y regiones sobre el desarrollo de las actividades de promoción y educación para la salud a nivel escolar” (96).

A partir de la creación de los lineamientos nacionales de la política. “Las autoridades político administrativas y las institucionales del país, han acogido a la política de Escuelas Saludables como una opción de alto potencial para intervenir intersectorialmente los problemas de salud y educación que afectan a los escolares. Mediante los siguientes logros” (109):

Componente de gestión

- Asignación recurso de Plan de Atención Básica (PAB) municipal y departamental.
- Articulación entre las Secretarías de Salud - Proyecto HAZ PAZ en la promoción del trabajo de la mujer y la organización civil. Participación en la resolución pacífica de conflictos.
- Reestructuración en los municipios. Integración de la propuesta con proyectos como: educación sexual, propuesta HAZ PAZ. Iniciativa de integración con el trabajo en Derechos Humanos, valores y procesos pedagógicos intra-escuela. Trabajo con el Equipo Técnico de Promoción. Replanteamiento del Proyecto: Prevención del maltrato considerando el requerimiento de la Política Haz Paz. Inscripción en el Banco de Proyectos.
- Socialización de la política, sensibilización y movilización. Trabajo en red.
- Compromiso establecido por parte de cada institución escolar para desarrollar su plan de trabajo.

- Inclusión de la Política en algunos departamentos en el Plan de Desarrollo.
- Conformación del comité a nivel departamental.
- Coordinación intersectorial educación y PAB municipal.
- Lanzamiento del Proyecto CONCUPAZ. Integración de acciones con Haz Paz, aprovechando la coordinación simultánea de la representante de la Secretaría de Educación.

Componente pedagógico

- Existencia de un equipo pedagógico departamental institucional del Proyecto HAZ PAZ.
- Sensibilización entidades regionales. Talleres, conversatorios, visitas de acompañamiento.
- Distribución del documento de la investigación: Pautas y prácticas de crianza en las familias colombiana, bibliotecas públicas, facultades de educación, coordinaciones de educación primaria.
- Elaboración de material didáctico como apoyo a la capacitación de la comunidad educativa Planes de prevención de desastres. Disminución de la agresividad Salud: Prácticas de normas higiénicas de salud.
- Algunos Proyectos integrados a la estructura del programa Escuelas Saludables.
- Definición de la estructura del proyecto a nivel operativo.
- Capacitación gratuita.
- Formación en Habilidades para Vivir.

Componente de salud/alimentación y nutrición

- Cubrimiento de población escolarizada con acciones de tamizaje y detección temprana de problemas de salud.
- Prevención del dengue.
- Reducción de casos de maternidad adolescente y drogadicción.
- Integración de temáticas de salud, alimentación, nutrición.
- Cambio en los hábitos de alimentación.
- Inclusión del componente pedagógico en los Hogares Comunitarios y Escuelas Saludables.

Componente de ambientes y entornos saludables

- Desarrollo de Habilidades para Vivir.
- Diagnóstico sanitario de establecimientos educativos.
- Desarrollo de proyectos de niños protectores de la salud.
- Desarrollo de proyectos de escuelas libres de mosquitos (control social de dengue).
- Mejoramiento de infraestructura física, de provisión de agua y saneamiento básico.
- Educación para el manejo y clasificación de basuras.
- Desarrollo de proyectos productivos: huertas escolares, compostaje, lombricultura, producción de humus.

*A nivel mundial se proclama la Declaración del Milenio, donde se establecieron los Objetivos de Desarrollo por parte de la Organización de Naciones Unidas- ONU. Esta Declaración enfatiza en unos Objetivos y Metas a ser logrados por los países antes del 2015, todos centrados en cómo conseguir mejores niveles de desarrollo humano y social con énfasis en la población más pobre y vulnerable; en una alianza de los países con mayores ingresos con los países de menores ingresos (74). Es así como en el 2005 se elabora en **CONPES 091 de 2005** (110) “con el fin de definir las metas a alcanzar por Colombia en cada uno de los Objetivos del Milenio. Se adoptan medidas relacionadas con salud pública, vigilancia en salud pública y mejor atención en servicios de salud”.*

- **Segundo momento de la política en Colombia (2006 -2011)**

Para el desarrollo de este segundo momento de la política, según la Dra. Mantilla”... diversas conferencias habían hecho énfasis en los Derechos, la salud como derecho humano fundamental (Carta de Promoción de la Salud, Bangkok, 2005) y también el derecho al desarrollo humano con la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo dada en 1986 por Naciones Unidas. Así mismo en el contexto internacional también se enfatizaba en la determinación social de la salud y aunque no se había promulgado el documento final de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales, si había desde OMS y OPS el énfasis de la visibilidad de la salud como un producto social y no únicamente como lo que se puede realizar a través de los servicios de salud. También poco antes se había realizado la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en un mundo globalizado que dio origen a la Carta de Bangkok (2005) la cual enfatizó en la determinación social de la salud y en el uso de estrategias como la inversión en políticas, medidas e infraestructura para abordar esos factores determinantes de la salud. Así mismo enfatizó en la promoción de la salud como una estrategia para lograr el desarrollo humano y mejor calidad de vida para la población” (74).

De esta manera organizaciones como la OPS impulsaron acciones enfocadas al Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, o de Entornos Saludables, acompañando a los países en un mayor énfasis en la intervención en los lugares donde viven, trabajan, estudian, juegan las personas, así como en los determinantes sociales y su contribución para el desarrollo

humano. “En Colombia entre el 2004 y 2005, estaba en auge la implementación de la estrategia Vivienda Saludable, especialmente en el componente educativo pero también se empezaba a negociar a nivel nacional algunas políticas para la construcción de vivienda de interés social teniendo en cuenta la salud (74).

Es así como se elabora el **CONPES 102 de 2006** (86), que busca promover la incorporación efectiva de los hogares más pobres a las redes sociales del Estado y asegurar la superación de su condición.

Ese mismo año se elabora el **Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2015 y el Plan Sectorial 2006-2010**. Revolución Educativa Pacto Social por la Educación. Siendo una base fundamental que permiten mejorar la calidad de vida de los colombianos (88).

Posteriormente se crea el Comité Técnico de Entornos Saludables, pero con la novedad de contar con representantes de varias instituciones nacionales. Y se elabora el documento de política “**Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables.**” En donde se imparten las consideraciones generales de cada Estrategia y los componentes, líneas de acción y actividades que se proponen para desarrollarla a nivel nacional.

Para el desarrollo de la política de entornos saludables, se tienen los siguientes compromisos de política (4):

- Proclamación de la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables.
- Elaboración y publicación del documento Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad. Estrategia de Entornos Saludables Documento 02.
- Asignación recurso de Plan de Atención Básica (PAB), hoy nuevo Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), municipal y departamental.
- Elaboración del Manual de Gestión Territorial de la Estrategia de Entornos Saludables.
- Elaboración de Planes de Acción Intersectorial de Entornos Saludables (PAIES) en el marco de la línea de política de “promoción de la salud y calidad de vida”. Basado en el Capítulo III del Decreto 3039 de 2007 y el CONPES 3550 de 2008.
- Conformación de una Mesa de Trabajo de Entornos Saludables.
- Conformación de espacios interinstitucionales e intersectoriales en salud y ambiente a nivel territorial. (Consejo Territorial de Salud y Ambiental – COTSA).
- Elaboración de manuales, guías y fichas para la aplicación de la política en todo el territorio.
- Compromiso establecido por parte de cada institución escolar para desarrollar su plan de trabajo.

7. Discusión

La preferencia actual en la formulación de políticas públicas, está dirigida a temas sociales, económicos y políticos, que atañen a la sociedad y reflejan su interacción con el estado, evidenciándose la concreción de los diversos sectores sociales y privados y permitiendo una participación activa de los actores locales en la toma de decisiones estratégicas en temas que anteriormente eran exclusivos de los gobiernos de turno.

Es así como la política pública emerge cumpliendo con los nuevos criterios de la reforma del estado en cuanto a transparencia, claridad y oportunidad, involucrando a la comunidad en la elaboración de políticas y en la construcción de un proceso participativo, que refleja resultados de impacto, frente a las demandas sociales de la comunidad.

En muchas ocasiones los gobiernos adoptan las políticas, dando cumplimiento a acuerdos firmados por los representantes nacionales, en las reuniones convocadas por organismos internacionales. Es el caso de políticas de la promoción de la salud, tales como la política pública de Municipios Saludables, adoptada por Colombia en 1992 e impulsada por la OPS/OMS, acogiéndose en un momento coyuntural para el país, cuando se presentan cambios políticos y normativos, como las descentralización de las instituciones del estado, permitiendo que el nivel local tenga mayor injerencia en las decisiones políticas.

Sin embargo, según Rodríguez (77) “con las reformas normativas y políticas, posteriores a la descentralización, los actores locales por ejemplo no pueden disponer del rubro para políticas como municipios saludables o de promoción de la salud, pues el presupuesto de propósito general es mínimo y con todas las necesidades que se viven en los municipios, seguramente la última opción sería invertir en promoción. Además persiste la falta de trabajo mancomunado, en donde no se evidencia la transversalidad que requieren los problemas sociales, cada sector asume sus problemas (ejemplo educación, saneamiento, salud), sin tener en cuenta que de una u otra forma, todos se relacionan. También persiste el desconocimiento de los actores políticos, mandatarios y autoridades locales, frente a las estrategias de promoción de la salud. Es así como en nuestro país, no todos los municipios acogieron la estrategia de municipios saludables”.

Pero el gobierno nacional y los organismos internacionales, en su interés por promover las estrategias de promoción de la salud y sus componentes, por medio de su desarrollo como políticas públicas, con el fin de lograr los ODM, la promoción de los derechos humanos y el desarrollo de niños, niñas, adolescentes, jóvenes en edad escolar y de la

comunidad en general. Adoptó desde 1997 la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud promovida por la OPS/OMS. Convirtiéndola en política pública en 1997 con los lineamientos nacionales Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz y en el año 2006 se desarrolla un segundo momento de la política con los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables: escuela saludable y vivienda saludable, en donde se añaden dos particularidades, la primera la adhesión del componente vivienda saludable y la segunda, la concreción de otros sectores sociales, interesados en apoyar la política.

El proceso de formulación se inicia con la revisión de las políticas de Escuelas Promotoras de la Salud, las políticas nacionales de salud, educación y ambiente, a partir de este análisis se considera fundamental iniciar un proceso participativo que involucra a sectores como salud, educación, ambiente, entre otros.

Con respecto a la discusión de los resultados, se han tenido en cuenta también las categorías del ciclo de política pública en la fase de formulación en los dos momentos de la política (1996 y 2006).

7.1 Identificación de los momentos de la formulación de la política

▪ *Momentos de formulación de la política pública*

En Colombia se plantearon dos momentos claves en relación a la formulación de políticas o lineamientos de la Estrategia Escuelas Saludables. Uno cuando los diversos sectores institucionales del país publican el documento de política **“Escuela Saludable, la alegría de vivir en paz”**, en donde se dan los lineamientos nacionales para implementar la política a nivel nacional. La política se enfocó en la paz ya que en esa época el país vivía una época de violencia y era necesario tomar medidas desde el nivel educativo y la familia, frente a esta problemática.

Posteriormente y luego de haberse promulgado la Declaración del Milenio, centrada en el desarrollo humano y social, se da el segundo momento de la política, en donde hay una articulación de vivienda y salud y los diversos sectores involucrados. A partir de las entrevistas realizadas, se puede notar que existe preeminencia sobre las políticas de vivienda saludable, sobre las de escuela saludable, esto por dos causas, la primera el interés del gobierno del ex presidente Álvaro Uribe Vélez por el sector ambiental y sus acciones; y la segunda por que el Ministerio de Educación tuvo una escasa participación de la formulación de la política, mientras que hubo una mayor participación y compromiso desde los dos Ministerios Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial así como el de la Protección Social.

En las entrevistas, se identificaron los siguientes factores que hacen que haya mayor o menor compromiso de ciertos sectores frente a otros:

- El comprender la estrategia de Escuelas Saludables desde el punto de vista conceptual y metodológico contribuye a que ambos sectores puedan entender la necesidad de articulación y trabajo conjunto.
- El establecimiento de unas relaciones horizontales entre los dos sectores, en las cuales ninguno es más importante que el otro, contribuyen a la implementación de la estrategia Escuelas Saludables.
- Factores como la imposición del sector salud de sus actividades de servicios de salud, campañas, etc. No contribuyen a generar un compromiso por parte del sector educación y en ocasiones son un factor de rechazo a la estrategia.
- Otro ejemplo de esto podría ser cuando el sector salud capacita a las y los docentes para que realicen labores de cribado ya sean auditivos, visuales, entre otras; labores que son netamente de competencia del sector salud.
- El trabajo del sector educación sin la articulación con el sector salud también genera un menor compromiso de este último.
- El reconocer y actuar en una alianza real entre educación y salud es el principal factor para lograr la formación integral, el mejoramiento de la salud. Esto implica reconocer que el actor principal en esta estrategia es el sector educación pero con el apoyo y vinculación del sector salud se podrán lograr los fines de ambos es decir contribuir con el desarrollo humano y la calidad de vida de la población en edad escolar.
- Otro de los factores que más puede contribuir al compromiso de los sectores es visibilizar y entender cuál es el campo común que tienen los sectores, para la Dra. Mantilla en la experiencia de su institución de más de 25 años en la temática, considera *“que ese campo común es la contribución con el desarrollo humano de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En ese sentido tanto el sector educación como el sector salud contribuyen a hacer realidad el desarrollo y ahí actúan como socios a favor de la salud y la vida de esa población”*.

A partir de este estudio, se hace importante hacer el análisis de la implementación y la evaluación de la política pública de escuelas saludables, con el fin de ver el impacto y el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas en los dos momentos de la política, que van a 2006 (primer momento) y a 2011 (segundo momento).

Además, es importante realizar la comparación entre ambos componentes de la Estrategia de Entornos Saludables y Escuela Saludable, desde el punto de vista político y su impacto a nivel social. Teniendo en cuenta las evidencias del presente estudio, sobre la preeminencia de la estrategia de Vivienda Saludable sobre la de Escuela Saludable.

7.2 Definición de la agenda política

▪ *Marco de formulación*

En ambos momentos de la política pública de escuela saludable se formularon políticas nacionales, departamentales y municipales, con el fin común de impulsar el desarrollo humano, la calidad de vida y la participación comunitaria.

Esta configuración del marco de formulación de la política pública, es el punto de partida para la elaboración de los planes de acción y de las declaraciones de política de las autoridades locales y de las autoridades de las instituciones educativas, lugares en los cuales finalmente se desarrollan y ejecutan las acciones de escuela saludable (5).

A partir de las entrevistas, se define que las iniciativas de las instituciones educativas, de los municipios y de los departamentos, guardan una estrecha relación con los marcos de formulación, a partir de los cuales fueron propuestas. Sin embargo hay factores que afectan la formulación de las políticas: la coyuntura política, la voluntad política, la decisión y la posibilidad de las instituciones educativas, los factores económicos, sociales, presupuestales, la continuidad de los programas, entre otras. Estos factores son cruciales para entender, cómo se formulan las políticas en cada nivel, teniendo claro que la política de escuela saludable es transversal y de cumplimiento en todos los niveles, desde la concepción de los lineamientos nacionales.

Sin embargo y a raíz de la presente investigación, se evidencia que en ocasiones los departamentos no cuentan con la política de escuela saludable tan avanzada, como algunos de sus municipios. Generando en estos últimos desazón, pues los procesos adolecen de dinamizadores y se generan barreras de acceso con los entes nacionales, quienes son los encargados de generar lineamientos y directrices en pro de la política.

7.3 Definición de los problemas

▪ *Actores*

A partir del análisis de las entrevistas hechas a los informantes clave de las instituciones relacionadas con la política pública de escuela saludable, fue posible identificar tres tensiones importantes en el rol de los actores. La primera, tiene que ver con el rol del Comité Técnico de Entornos Saludables; para la academia la articulación no es suficiente, el apoyo del comité tiene falencias y no tiene la presencia suficiente para que la política se dé a nivel de todas las instituciones del país. La segunda, se da entre los diversos sectores sociales, cuyo interés es el bienestar social, pero con una visión sectorial en donde se trabaja por un tema en común en entornos saludables, pero sin la suficiente concreción, ni articulación, tendiendo en ocasiones a trabajar en el mismo

tema, pero con diferente nombre y sin comparación de resultados, entre los diversos sectores sociales. Por otro lado es necesario que la política de entornos saludables (con sus dos componentes), involucre diversos sectores, no sólo al sector salud, quien en ambos momentos de la política pública, ha liderado los procesos y ha dificultado, la participación de otros sectores (evidencia dada en las entrevistas, en donde se reconoce el gran aporte del Ministerio de la Protección Social, en la construcción de espacios de discusión, pero la importancia de que otros sectores asuman también este rol). En el presente estudio, se propone que cada dos o cuatro años el Comité Técnico de Entornos Saludables sea rotado y esté en cabeza de los diversos sectores, sin perder la visión de promoción de la salud. La tercera tensión se da por la deficiente intersectorialidad, en donde se presentan los problemas relacionados con entorno y sus soluciones de manera sectorizada, cuando todo es transversal y relacionado. Sumado a esto el proceso de descentralización y la creación del SGSSS, no han sido compatibles con el desarrollo de las políticas como municipio saludable o entornos saludables, en donde los recursos en ocasiones se utilizan para otras necesidades sentidas de la población o problemas sociales y no se invierten en escuela saludable, por ejemplo.

Sobre el desarrollo de la política de entornos saludables y su evaluación a nivel nacional, se debe tener en cuenta que nuestro imaginario aun está centralizado en Bogotá, sin embargo la realidad del resto del país es otra, en cuanto a recursos económicos, población, cultura y desarrollo. Sumado a que en varios departamentos, la política pública está más desarrollada a nivel municipal que a nivel departamental (caso puntual el Municipio de Santiago de Cali), afectando la transversalidad de la estrategia, como está planteada en los lineamientos nacionales y por ende los procesos que se realizan en pro de la misma.

7.4 Establecimiento de objetivos

▪ ***Componentes y líneas de acción***

Con base en las entrevistas se definió que los componentes planteados para el desarrollo de Escuelas Saludables:

- Políticas públicas y planes para la Escuela Saludable
- Ambientes saludables en la escuela
- Empoderamiento y participación social
- Educación para la salud
- Reorientación de los servicios de salud y vigilancia en salud pública

Al interior de cada uno se plantearon las Líneas de Acción.

A partir de las entrevistas, se pudo observar que no en todo el nivel nacional se ha desarrollado la política de entornos saludables con sus componentes escuela y vivienda

saludables. Sin embargo vale la pena resaltar el esfuerzo de municipios como Santiago de Cali que asumió la estrategia de escuela saludable en 1986 (mucho antes de la intervención de la OPS, con la estrategia de escuela promotora de salud), con el nombre de “atención integral al escolar” y que a partir de 1998, asume el compromiso de escuela saludable, con base en los lineamientos nacionales. Para este municipio refiere la Dra. Cadavid encargada de la estrategia de escuela saludable en el municipio, los componentes básicos de la estrategia son:

- Educación en salud
- Reorientación de servicios de salud y nutrición
- Ambientes y creación de entornos saludables y seguros

Los ejes que se trabajan son transversales y se basan en el trabajo en red.

Para el 2011, refiere la entrevistada, se va a realizar la evaluación de la estrategia después de más de veinte años de experiencia y de la evaluación externa y la certificación de las escuelas públicas del municipio.

En la presente investigación se sugiere hacer un estudio de caso, en el municipio de Cali, quien está en fase de certificación y evaluación de la política de escuela saludable en las escuelas públicas y quienes han adaptado sus lineamientos a los lineamientos nacionales, generando impacto y desarrollo en la población objeto de la política pública de escuela saludable, siendo un ejemplo a seguir por el país en la adopción de la política.

7.5 Selección de la opción

Respecto a la selección de la opción, Colombia decidió asumir el compromiso delegado por la OPS para desarrollar la estrategia de escuela promotora de la salud o escuela saludable. A partir del análisis de las entrevistas realizadas, en general todos los actores piensan que la experiencia es aún incipiente y poco desarrollada en todo el país, se conocen experiencias pequeñas, pero en ocasiones pierden su continuidad y no se desarrollan. Para el Dr. Rodríguez por ejemplo, no es aún una política, debido a que no es de obligatorio cumplimiento nacional, sino simplemente unos lineamientos de orden central o regional.

Respecto a la labor de la academia, los representantes de las tres instituciones universitarias, coinciden en que las estrategias de entornos saludables y sus componentes, no se han desarrollado en parte, porque no se cuenta con muchos docentes vinculados a proyectos concretos, específicos, eso hace que la labor del docente universitario, sea mas de “comentar”, las experiencias de otros niveles, ya sean departamentales, municipales, etc. Por otro lado si no hay conocimiento suficiente, para lograr llegar a un municipio, a una vivienda saludable, a una escuela saludable, etc. El esfuerzo que se hace es de bajo impacto y aislado, es decir, de charlas, campañas, plegables, entre otros, pero sin lograr una articulación entre sectores sociales y privados y un resultado visible en la comunidad.

8. Conclusiones

La educación para la Salud ha sido considerada como uno de los aspectos más innovadores de la reforma educativa en Colombia, ya que a través de los años y de la experiencia se ha cambiado el enfoque metodológico e ideológico de salud entendido como ausencia de enfermedad, pasando a un concepto más amplio en donde la salud incluye el bienestar físico, psicológico, social siendo la educación para la salud una herramienta que permite que las personas mejoren su salud, mediante dos perspectivas: la preventiva y la de promoción de la salud.

Es a nivel local (municipios, establecimientos educativos, etc.), en donde se desarrollan y ejecutan las acciones de escuela saludable. Cada establecimiento educativo, define como aplicar las políticas de entornos saludables, teniendo en cuenta sus condiciones culturales, socioeconómicas, geográficas, endémicas, entre otras. Teniendo claro que la salud es un área transversal, que debe estar involucrada en los proyectos educativos institucionales (PEI) y los reglamentos de convivencia escolares, es en la escuela en donde se trabajan los conceptos de habilidades para la vida, el buen trato, clima escolar, fomento de la autoestima y buen uso del tiempo libre.

El logro de los objetivos de las políticas de promoción de la salud, está relacionado de manera directa con el empoderamiento de la comunidad y su capacidad de promover y controlar su propia salud. De esta manera y específicamente en la política pública de escuela saludable, la comunidad y la escuela deben asumir el reto, mediante acciones colectivas. Pese a esto, en la actualidad se observa un estancamiento en las políticas públicas en salud y educación e inclusive un retroceso en los procesos impulsados en décadas anteriores por los organismos internacionales; es el caso de municipios saludables y otras políticas que llegan a un punto de desarrollo y por razones políticas, económicas, entre otras, no evolucionan, ni se mantienen en el tiempo debido a los cambios institucionales del estado.

La escuela saludable no ha sido objeto prioritario de las políticas pública del Estado Colombiano, pese a ser un compromiso asumido por el Estado con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, y de los altos mandatarios en las reuniones internacionales y ser una estrategia crucial para lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

Sumado a esto las políticas públicas de municipio saludable y entornos saludables (componentes escuela saludable y vivienda saludable), tuvieron un cambio significativo

en su desarrollo, después del proceso de descentralización, de la limitación de recursos y de la creación del SGSSS, teniendo presente su planteamiento de lógica del mercado y de aseguramiento, lo cual afecta el desarrollo de la política pública en el país. Si bien es cierto que se plantea como política, sólo algunos departamentos y municipios asumieron el compromiso y verdaderamente lo tomaron como política. Es el caso del Municipio de Santiago de Cali, en donde se observa una evolución de la política pública de entornos saludables (componente escuela saludable) de muchos años y su trascendencia en la vida de los escolares, docentes y los sectores involucrados.

Si bien es cierto que el sector salud es clave para el desarrollo de la política, se observa la necesidad y el llamado a participar de manera más comprometida, al sector educación, siendo importante para el desarrollo de las actividades relacionadas con escuela saludable, pues es desde este ente en donde se gestan lineamientos y políticas a seguir por el personal del sector, factor humano fundamental para el desarrollo de la política.

Una de las conclusiones que se observaron en las entrevistas, es el desconocimiento de los informantes clave (quienes vale la pena aclarar conocen del tema) y aun así refieren el desconocimiento de documentos, lineamientos y procesos de escuela saludable y en ocasiones manifiestan la necesidad de más apoyo frente a la política, por parte de los entes nacionales, es necesario conocer si la transversalidad de los procesos, está llegando a todos los niveles, como se plantea en los documentos de política (lineamientos, acuerdos, agendas de cooperación, etc.) o si existen inconvenientes en el proceso.

Es necesario que el nivel nacional inste y haga más apoyo técnico a todos los departamentos para que se desarrolle la política de escuela saludable, con el fin de propender por el desarrollo de los escolares, siendo una necesidad sentida evidenciada en las entrevistas realizadas en la presente investigación, sumado a la importancia de desarrollar el tema desde la academia y facilitar los procesos a los niveles de ejecución de la política (departamental, local, etc.)

Dentro de las entrevistas realizadas a los informantes clave de la academia, existe una coincidencia respecto a la necesidad de trabajar más en red en promoción de la salud y a la vez fortalecer sus estrategias, ya que es muy incipiente el trabajo y de pocos grupos, lo cual genera poca producción científica en el tema y a su vez poca evaluación de las acciones tomadas, en especial en entornos saludables y municipios saludables.

Se requiere hacer una evaluación sobre escuelas saludables en todo el país, con el fin de conocer su evolución y medir el impacto de las acciones de política, para sugerir cambios en ésta o procesos de mejora continua evidenciados desde la academia.

Por último, si bien es cierto que la política de escuela saludable se desarrolla a nivel local y es necesario el empoderamiento para que verdaderamente genere impacto, se requiere que el sector salud inste aún más a los demás sectores involucrados para que se apropien del tema, además se requiere del conocimiento de los tomadores de decisiones, de los funcionarios de áreas decisivas como planeación, saneamiento básico, etc. Con el fin de interiorizar la política y facilitar la disponibilidad de recursos necesarios para impulsarla y lo más importante, mantenerla. Todo con el fin de propender por el buen desarrollo de nuestros niños, niñas, jóvenes y adolescentes quienes requieren de todo el cuidado y amor que se le puede brindar, máxime que son el presente y el futuro de nuestro país y se merecen la mejor atención.

A. Anexo: Pauta de Entrevista A

▪ Objetivo

Obtener, procesar e interpretar información cualitativa (opiniones de expertos), sobre la política pública de Escuela Saludable, en Colombia en el periodo 1999 – 2006.

▪ Metodología

Entrevista semiestructurada

Se ubica al entrevistado en el periodo comprendido entre 1999 – 2006

▪ Preguntas

Contexto Internacional

¿Cuál era el contexto internacional que predominaba en el momento de la formulación de las Estrategias de Entornos Saludables (EES) en Colombia?

Formulación

De acuerdo con su experiencia en el tema, le agradezco su respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cómo se formuló las EES componente escuela saludable en Colombia? (en términos de procedimiento y de contenido)

¿Hubo imposición o negociación para formular la EES componente escuela saludable?

¿Qué objetivos y metas se propone la EES- Componente Escuela Saludable?

¿Qué medios o recurso se colocan a disposición de la EES- Componente Escuela Saludable?

¿Qué actores participaron en la formulación de las EES componente escuela saludable?

¿De esos cuáles tienen mayor protagonismo frente a la EES componente Escuela saludable analizada?

¿Qué factores hacen que haya mayor o menor compromisos de algunos sectores, frente a otros?

¿Qué actores faltaron en la formulación de la EES – Componente escuela saludable?

B. Anexo: Pauta de Entrevista B

▪ Objetivo

Realizar una entrevista con representantes de las instituciones del Comité Técnico Nacional de Entornos Saludables, quienes conocen y han trabajado con la Política Pública de Entornos Saludables componente Escuela Saludable en Colombia, en el periodo (1999-2006).

▪ Metodología

Entrevista semiestructurada

Se ubica al entrevistado en el periodo comprendido entre 1999 – 2006

▪ Preguntas

De acuerdo con su experiencia en el tema, le agradezco su respuesta a las siguientes preguntas:

¿De acuerdo con su experiencia qué fortalezas tienen las Estrategias de Entornos Saludables (EES) desde la institución que usted representa?

¿Considera que existe suficiente articulación y apoyo del comité técnico nacional de entornos saludables, para el desarrollo de la EES en su área de influencia?

¿Cuáles son los principales retos que se plantean desde su institución o área de influencia para que la EES este acorde con los lineamientos nacionales del país?

¿Considera que el componente de Escuela Saludable ha tenido el impacto que se planteó en los lineamientos nacionales en su área de influencia?

¿Qué resultados o aportes ha traído el componente de Escuela Saludable en su área de influencia?

¿Conoce sobre la Red de Escuelas Saludables?, su institución ha participado en ella (ya sea mediante trabajos, investigaciones, aportes, etc. Según la institución que se este entrevistando).

¿Cómo se puede fortalecer esta red según su experiencia?

¿Conoce la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el desarrollo de la EES y el plan de acción intersectorial? (Ampliar)

¿De acuerdo a su experiencia considera que la EES ha tenido el impacto planteado en los documentos emanados por los Ministerios para el desarrollo de la misma? (Ampliar)

¿Considera que existe algún factor que no permite que la EES tenga el impacto necesario en su área de influencia? Cual (Ampliar)

C. Anexo: Consentimiento Informado

INI _____

Número Secuencial: _____

Título de la Tesis: Evaluación de la política pública de escuela saludable en Colombia: fase de formulación (1999-2006)

Usted ha sido invitado a participar en una investigación conducida por una estudiante de Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia con el objeto de hacer su tesis para optar por el título de Magíster en Salud Pública; debe decidir si quiere o no participar en esta investigación; por favor tómese el tiempo necesario para ello. Antes de hacerlo es importante que usted lea este documento y formule a la tesista Adriana Carolina Campos Sosa identificada con cédula de ciudadanía No. 52.429.821 de Bogotá, todas las preguntas que tenga, relacionadas con la investigación en cuestión. Éste documento describe el propósito, procedimientos, riesgos y beneficios de participar en la investigación. Así mismo expresa su derecho de retirarse en cualquier momento.

Objetivo General

Evaluar la formulación de la política pública de escuela saludable en Colombia en los periodos 1999 y 2006.

Objetivos Específicos

- Identificar los momentos de formulación de la política de escuela saludable en Colombia con el enfoque del ciclo de política, en dos momentos 1999 y 2006.
- Obtener la información del ciclo de política en el componente de formulación, en la política pública de escuela saludable en Colombia en dos momentos 1999 y 2006, con énfasis en definición de la agenda política, definición de los problemas, establecimiento de objetivos y selección de la opción.
- Interpretar desde el análisis del ciclo de política la formulación de la política pública de escuela saludable en Colombia en dos momentos 1999 y 2006.

¿Por qué se está realizando la investigación?

Con el propósito de contribuir a la comprensión de la política pública de escuela saludable en Colombia en 1999 y 2006.

¿Cómo puedo apoyar a la realización del estudio?

Los investigadores convocaron a personas conocedoras del tema de EES y que han venido desempeñándose en este ámbito a nivel nacional e internacional, con el fin de recopilar experiencias en el documento de la tesis y consolidar el proceso de formulación de política pública. La ayuda que se requiere es de tipo informativo, mediante la realización de una entrevista a la que se le realizará el riguroso proceso de análisis y se plasmará en un documento de autoría de los investigadores.

Para registrar la información requerida para el análisis se dispondrán de grabaciones de voz, de filmaciones y de toma de apuntes de los comentarios emanados por usted en la entrevista, por lo cual en el presente documento, usted autoriza a los investigadores a realizar dichos procedimientos, sólo con el fin de ser utilizados para el desarrollo de la presente tesis y de las publicaciones que de ella se realicen.

Los registros que se recopilen en la entrevista, serán archivados y custodiados, con el fin de garantizar la confidencialidad de los participantes de las mismas; para lo cual se utilizarán las iniciales de los participantes con base en la Norma de Buenas Prácticas Clínicas (Resolución 2378 de 2008 y Resolución 8430 de 1993), en caso de hacer la referencia pertinente en el documento de la tesis. Sin embargo previamente se le consultará si desea que se registre su nombre completo, cargos e instituciones en el documento al hacer referencia de sus opiniones y conceptos; en este caso se empleará el nombre y apellido en las referencias y no las iniciales.

¿Qué beneficios puedo esperar?

De forma personal, usted no recibirá ningún beneficio adicional por la participación en la investigación. Sin embargo, la información adquirida en esta, contribuirá a la investigación de política pública en estrategias de promoción de la salud en Colombia y de esta manera se podrán generar propuestas a nivel institucional y nacional, para fortalecer estas estrategias a corto plazo. Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio, ni tendrá créditos en el momento de realizar alguna publicación del mismo.

¿Qué riesgos o eventos adversos puedo esperar?

La investigación no es de intervención por lo tanto no existen riesgos al participar en ella, la información emanada será custodiada y tabulada exclusivamente para el documento de la tesis y las publicaciones que de ella se realicen.

¿Quiénes son los responsables del estudio y con quien me puedo contactar en caso de requerir información?

Para aclarar cualquier duda o si se tiene alguna pregunta de la investigación, los responsables del estudio y sus datos de contacto son:

Rocío Robledo. Directora de Tesis. Profesional Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: rocirobledom@yahoo.com. Teléfono: 3165000 ext. 15036.

Carlos Agudelo. Codirector de Tesis. Profesor Instituto de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: caagudeloc@unal.edu.co. Teléfono: 3165000 ext. 15036.

Adriana Carolina Campos. Tesista. Estudiante de la Maestría de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: **caritoc@yahoo.com, accamposs@unal.edu.co**. Teléfono Celular: 3107909489.

Yo he leído y entendido este formato de consentimiento. Todas mis preguntas han sido resueltas. Acepto voluntariamente tomar parte de esta investigación.

| | |
|--|--|
| _____ Nombre de la persona entrevistada | _____ Nombre de la persona que administra el consentimiento |
| Fecha: _____ Hora: _____ | Fecha: _____ Hora: _____ |

| | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| _____ Nombre del testigo 1 | _____ Nombre del testigo 2 |
| Fecha: _____ Hora: _____ | Fecha: _____ Hora: _____ |

Vo.Bo: (Director y/o Codirector de la Tesis)

D. Anexo: Transcripción de Entrevistas

Entrevista No. 1. Pauta de Entrevista A

Dra. Helena Restrepo

Consultora Internacional y asesora para programas de promoción de la salud y Salud pública en Colombia. Medellín (Antioquia).

Fecha de entrevista: 07 de febrero de 2011

Lugar: Medellín.

▪ **Contexto Internacional**

CAROLINA: ¿Cuál era el contexto internacional que predominaba en el momento de la formulación de las Estrategias de Entornos Saludables (EES) en Colombia?

HELENA: el contexto internacional era muy diverso. En la OMS y en los países europeos ya hacía varios años que se habían planteado los proyectos de Escuelas Saludables. En América Latina cuando surgieron los Municipios Saludables a partir de 1995, a la iniciativa se incorporó el concepto de escuela saludable como componente de la estrategia de los municipios. Más tarde la OPS propuso un cambio en promoción de la salud y se inició el desarrollo de las estrategias de Entornos Saludables dentro de las cuales se continuaron con las escuelas promotoras de salud.

▪ **Formulación**

CAROLINA: ¿Cómo se formuló las EES componente escuela saludable en Colombia?

HELENA: personalmente fui observadora a partir del año 1998 del movimiento que se iniciaba de Escuelas Saludables en Bogotá y en Cali, pero no tuve una participación activa en él, sólo actuaba como asesora en el tema general de Promoción de la Salud en la OPS de Colombia .

CAROLINA: ¿Hubo imposición o negociación para formular la EES componente escuela saludable?

HELENA: no tengo conocimiento sobre este punto. Tal vez Blanca Patricia Mantilla de Bucaramanga pueda responder.

CAROLINA: ¿Qué objetivos y metas se propone la EES Componente Escuela Saludable?

HELENA: los objetivos y metas se basan en los mismos principios que rigen todas las acciones de Promoción de la Salud a saber: participación de la gente, buscando el compromiso de líderes, formulación de política pública saludable, desarrollo de estilos y actitudes saludables, efectuar abogacía por las causas que deben cambiarse para aumentar el nivel de salud, transformación de los servicios sociales y de salud para que prioricen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

CAROLINA: ¿Qué medios o recurso se colocan a disposición de la EES- Componente Escuela Saludable?

HELENA: dependerá de la voluntad política de cada país.

CAROLINA: ¿Qué actores participaron en la formulación de las EES componente escuela saludable?

HELENA: que yo recuerde, en Europa fueron los sectores educativos los que se comprometieron más. En Colombia tuve la percepción en los años 90 que el sector salud quería dominar al educativo. No percibí que se hicieran alianzas sólidas con los educativos.

CAROLINA: ¿De esos cuáles tienen mayor protagonismo frente a la EES componente Escuela saludable analizada?

HELENA: no puedo responder porque no conozco.

CAROLINA: ¿Qué factores hacen que haya mayor o menor compromisos de algunos sectores, frente a otros?

HELENA: obviamente los factores son los de negociación y estímulo a la participación amplia de estamentos e instituciones en forma equitativa y sin pretender más visibilidad que los demás. Así se construyen alianzas más fuertes y duraderas.

CAROLINA: ¿Qué actores faltaron en la formulación de la EES – Componente escuela saludable?

HELENA: no puedo referirme con precisión a dichos actores, pero, en general creo que sin compromiso de los niveles decisorios de salud y de educación, se vuelve más difícil obtener los recursos técnicos y financieros para el éxito.

Entrevista No. 2. Pauta de Entrevista A

Dra. Blanca Patricia Mantilla Uribe

Directora del Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud- PROINAPSA- Universidad Industrial de Santander. Centro Colaborador de la OMS/OPS en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Bucaramanga- Colombia.

Fecha de entrevista: 19 Febrero de 2011.

Lugar: Bucaramanga. Vía Internet.

1. Contexto Internacional

CAROLINA: ¿Cuál era el contexto internacional que predominaba en el momento de la formulación de las Estrategias de Entornos Saludables (EES) en Colombia?

BLANCA PATRICIA: antes de responder esta pregunta quisiera hacer claridad respecto a que Colombia ha vivido dos momentos claves con relación a la formulación de políticas o lineamientos de la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud, Escuelas Saludables en Colombia.

Uno en 1999 cuando fruto de un proceso de diálogo y consenso entre diferentes grupos, sectores e instituciones del país se promulga el documento: «**Escuela Saludable, la alegría de vivir en paz**», el cual contiene los lineamientos que en su momento se dieron para el país para el desarrollo de las Escuelas Saludables.

Con relación a la Estrategia Entornos Saludables en Colombia, lineamientos que son promulgados en diciembre de 2006, estos son fruto de un proceso de concertación que más adelante detallaré. Sin embargo quisiera hacer ver que a nivel internacional se vivía otro momento, es decir ya se había promulgado la Declaración del Milenio, donde se establecieron los Objetivos de Desarrollo por parte de la Organización de Naciones Unidas - ONU. Esta Declaración enfatiza en unos Objetivos y Metas a ser logrados por los países antes del 2015, todos centrados en cómo conseguir mejores niveles de desarrollo humano y social con énfasis en la población mas pobre y vulnerable; en una alianza de los países con mayores ingresos con los países de menores ingresos.

Otro punto clave es que diversas conferencias habían hecho énfasis en los Derechos, la salud como derecho humano fundamental (Carta de Promoción de la Salud, Bangkok, 2005) y también el derecho al desarrollo humano con la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo dada en 1986 por Naciones Unidas.

Así mismo en el contexto internacional también se enfatizaba en la determinación social de la salud y aunque no se había promulgado el documento final de la Comisión Mundial de Determinantes Sociales, si había desde OMS y OPS el énfasis de la visibilidad de la salud como un producto social y no únicamente como lo que se puede realizar a través de los servicios de salud.

También poco antes se había realizado la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en un mundo globalizado que dio origen a la Carta de Bangkok (2005) la cual enfatizó en la determinación social de la salud y en el uso de estrategias como la inversión en políticas, medidas e infraestructura para abordar esos factores determinantes de la salud. Así mismo enfatizó en la promoción de la salud como una estrategia para lograr el desarrollo humano y mejor calidad de vida para la población.

Esto hizo que en organizaciones como la OPS se fortalecieran o crearan dependencias, tanto a nivel central como en los países, denominadas de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, o de Entornos Saludables que acompañaran a los países en un mayor énfasis en la intervención en los lugares donde viven, trabajan, estudian, juegan las personas, así como en los determinantes sociales y su contribución para el desarrollo humano.

En Colombia en ese momento (2004-2005) estaba en auge la implementación de la estrategia Vivienda Saludable, especialmente en el componente educativo pero también se empezaba a negociar a nivel nacional algunas políticas para la construcción de vivienda de interés social teniendo en cuenta la salud.

2. Formulación

CAROLINA: ¿Cómo se formuló las EES componente escuela saludable en Colombia?

BLANCA PATRICIA: el equipo del Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander fue escogido para acompañar el proceso de *“Elaboración participativa de Lineamientos Técnicos que orienten la implementación en Colombia de las Estrategias de Escuelas Saludables y Vivienda Saludable”*. Este proyecto fue financiado por la OPS representación en Colombia en asocio con el Ministerio de la Protección Social. Se realizó entre agosto de 2005 y agosto de 2006.

La elaboración de estos lineamientos se realizó en tres fases, dentro de cada una se realizaron las siguientes actividades, lo siguiente lo he tomado con modificaciones del Informe Final que rendimos a la OPS en septiembre de 2006:

FASE 1 Síntesis del Estado del Arte (agosto 2005 a febrero-2006)

- Consulta a personas con experiencia en ambas estrategias, los integrantes de la Comisión Nacional Mixta y los responsables de las estrategias en los departamentos.
- Análisis crítico de la información recolectada en la consulta relacionada con las dos estrategias en el país.
- Síntesis de los antecedentes nacionales e internacionales y los aspectos conceptuales de ambas estrategias.
- Elaboración de un documento final del Panorama Nacional de las dos Estrategias en el país.
- Documento técnico denominado *“Elaboración participativa de Lineamientos Técnicos que reorienten la implementación en Colombia de las Estrategias*

Escuelas Saludables y Vivienda Saludable”, el cual contiene tres grandes capítulos: Antecedentes internacionales y nacionales a cerca de las Estrategias Escuelas Promotoras de Salud (Escuelas Saludables) y Vivienda Saludable; Aspectos conceptuales de las Estrategias Escuelas Promotoras de Salud (Escuelas Saludables) y Vivienda Saludable; y Panorama actual de las Estrategias Escuelas Promotoras de Salud (Escuelas Saludables) y Vivienda Saludable. Este fue el insumo para el desarrollo de la primera reunión de consenso.

FASE 2 Construcción participativa con el grupo de personas con experiencia en ambas estrategias (febrero a mayo/06)

Primera Reunión Nacional de Consenso con el grupo de personas con experiencia y representantes institucionales en ambas estrategias, celebradas en Bogotá, los días 9 y 10 de febrero de 2006. El objetivo de la reunión fue: Socializar los resultados del Panorama Nacional de las dos Estrategias, analizar los desarrollos de las mismas, e iniciar el proceso de construcción participativa de los Lineamientos Nacionales que reorienten el desarrollo de dos Estrategias en el país.

- Definición del esquema del contenido final del documento preeliminar sobre los lineamientos técnicos de las estrategias, quedando acordado: un primer capítulo con la Marco conceptual y referencial de las estrategias, un segundo capítulo con los Lineamientos de la Estrategia Escuelas Saludables y un tercer capítulo con los Lineamientos de la Estrategia Vivienda Saludable.
- Conformación de cinco grupos de trabajo elegidos en la reunión de consenso para apoyar la construcción participativa de los lineamientos y seguimiento a los mismos a través de la modalidad virtual.
- Discusiones y acuerdos virtuales del equipo de trabajo encargado del marco conceptual y referencial (Capítulo 1) del documento de lineamientos, así como de los contenidos temáticos del mismo.
- Estudio y discusión permanente con los diferentes equipos de trabajo sobre la articulación de los contenidos temáticos que integran los tres capítulos del documento de Lineamientos de las dos Estrategias.
- Realización de abogacía con el Ministerio de Educación Nacional, para apoyar la construcción de los Lineamientos de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Reuniones de seguimiento con el grupo de personas con experiencia y representantes institucionales de la Estrategia Escuelas Saludables para la discusión del capítulo dos, correspondiente a los Lineamientos de esta Estrategia.
- Realización de una reunión con el grupo de personas con experiencia y representantes institucionales en la temática de vivienda, con el objetivo de discutir los avances en la redacción del marco referencial y las líneas de acción de los Lineamientos de la Estrategia Vivienda Saludable.
- Elaboración del primer borrador del documento de Lineamientos de las dos Estrategias, insumo para la segunda reunión nacional de consenso.

Segunda Reunión Nacional de Consenso con el grupo de persona con experiencia y representantes institucionales de ambas estrategias, celebrada en Bogotá, los días 13 y 14 de julio de 2006. En esta reunión participaron en promedio 33 personas del nivel nacional, departamental, del sector gubernamental, no gubernamental y de agencias de Naciones Unidas. El objetivo general de la misma fue: Propiciar la discusión con el grupo de participantes y formular conjuntamente propuestas de mejora al documento borrador de los Lineamientos Nacionales de las Estrategias Escuelas Saludables y Vivienda Saludable. Para facilitar la discusión entre los participantes, se envió con anterioridad, vía electrónica el documento borrador de los Lineamientos Nacionales de las dos estrategias, siendo éste un insumo importante para el desarrollo de la reunión.

En esta reunión se discutió, analizó y profundizó en los cambios y sugerencias que las personas asistentes tenían para los tres capítulos del documento de Lineamientos Nacionales. Para esto se conformaron grupos de personas que a través de guías de trabajo dieron sus sugerencias y recomendaciones. También se realizó la evaluación del proceso realizado.

FASE 3 Generación de un nuevo documento sobre Lineamientos

- Ajustes finales al documento preliminar de los lineamientos de las dos estrategias con base en lo discutido y acordado en la Segunda Reunión Nacional de Consenso. Para esto se tuvieron en cuenta las relatorías realizadas para cada uno de los capítulos del documento.
- Reunión con la Comisión Nacional de Entornos Saludables, en Bogotá el 31 de agosto, en la cual se discutieron algunos puntos del documento final y donde se acordó que el equipo de consultores de PROINAPSA-UIS entregaría el documento con los acuerdos de la segunda reunión y la mirada técnica que este grupo tiene frente a las dos estrategias, la Comisión Nacional de Entornos Saludables retomararía el documento en lo que encontraran pertinente para producir el documento definitivo a ser publicado para el país, después de la revisión institucional de cada participante.
- Generación del documento final sobre los lineamientos técnicos de las dos estrategias, el cual se envió el 8 de septiembre, con el título “**Lineamientos técnicos para la implementación en Colombia de las Estrategias Escuelas Saludables y Vivienda Saludable**”- Documento Definitivo.

Como se mencionó anteriormente, el documento entregado por nuestra Institución fue sometido a una nueva revisión y se le hicieron algunas modificaciones que dio origen al documento: **Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables**, publicado por los Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional y Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial en diciembre de 2006.

CAROLINA: ¿Hubo imposición o negociación para formular la EES componente escuela saludable?

BLANCA PATRICIA: por lo descrito anteriormente, este fue un proceso de negociación y concertación entre los diferentes actores que participaron en la formulación de los lineamientos: personas con experiencia en ambas estrategias (el país en ese momento tenía una mayor experiencia en el desarrollo de Escuelas saludables y había iniciado un proceso con los actores departamentales en Vivienda Saludable), los integrantes de la Comisión Nacional Mixta (Esta era una comisión que integraba principalmente a representantes de los Ministerios de Salud y Educación, que nació cuando en 1996 la OPS a nivel regional promulgó una directrices para la implementación de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud) y los responsables de las estrategias en los departamentos (estos son las personas que desde las secretarías departamentales de salud, educación e ICBF venían trabajando con Escuelas Saludables). En este proceso también participaron algunas instituciones académicas especialmente de Bogotá por la facilidad de asistir a las reuniones.

Considero que en el componente de Escuelas Saludables hubo tensiones entre los representantes del Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación especialmente por la poca participación de este último en los grupos y por el énfasis que se tenía en su momento en el desarrollo de Competencias ciudadanas en niños, niñas y jóvenes. Adicionalmente el Ministerio Protección social tenía un énfasis a mi manera de ver exagerado en la inclusión de temáticas y acciones de servicios de salud en la escuela, lo que ocasionó que el personal de educación interpretara en algún momento que ellos estaban “haciéndole la tarea a salud” y que básicamente “los utilizaran para lograr sus metas y no las de ellos”.

El otro punto clave de esto es que en general en la Comisión de Entornos Saludables había una preponderancia a aceptar y acoger la estrategia de Vivienda Saludable bajo el liderazgo del Ministerio de Ambiente y Vivienda pero una resistencia a aceptar que el liderazgo de la estrategia de Escuelas Saludables era del Ministerio de Educación.

Paralelo a la formulación de estos lineamientos el Ministerio de Educación Nacional estaba trabajando en una prueba piloto del componente de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, lo cual se estaba realizando en asocio con algunas Escuelas de Educación de universidades del país. Este proyecto apoyado por el Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA tenía un sello y era el énfasis en trabajar desde el interior de las instituciones educativas en el fortalecimiento de los Proyectos de Educación para la Sexualidad, incluidos en la Ley 115 de 1994, Ley General de Educación, como un componente fundamental de la formación integral.

Esta propuesta estuvo enfatizada en el trabajo dentro del sector educación un poco buscando al interior de sí mismo como mejorar esta propuesta, desconociendo un poco al sector salud, por el excesivo intervencionismo y utilitarismo de este último con relación al sector educativo.

Por lo tanto aunque en la formulación de estos lineamientos hayan participado personas del Ministerio de Educación, la tensión de este sector siempre fue grande frente a no seguir “prestando su escenario para el beneficio de salud”.

CAROLINA: ¿Qué objetivos y metas se propone la EES Componente Escuela Saludable?

BLANCA PATRICIA: realmente en el documento de Lineamientos de Entornos Saludables- Componente Escuela no se dan objetivos y metas se dan unos Componentes y Líneas de Acción para el desarrollo de la Estrategia Escuela Saludable. Pues este aunque es un documentos de política, es más un documento de directrices de que hacer desde el ámbito nacional, departamental y municipal en desarrollo de las Escuelas Saludables.

Los componentes planteados allí para el desarrollo de Escuelas Saludables son:

- Políticas públicas y planes para la Escuela Saludable.
- Ambientes saludables en la escuela
- Empoderamiento y participación social
- Educación para la salud
- Reorientación de los servicios de salud y vigilancia en salud pública.

Al interior de cada uno se plantearon las Líneas de Acción.

CAROLINA: ¿Qué medios o recurso se colocan a disposición de la EES Componente Escuela Saludable?

BLANCA PATRICIA: dentro del documento de Lineamientos se plantean unas Intervenciones Transversales a los Componentes mencionados en el punto anterior: Investigación, seguimiento y evaluación; Abogacía; Gestión y movilización de recursos.

En este último se enfatiza en la gestión de recursos desde los sectores salud y educación y su articulación con los planes de desarrollo, los Planes de Atención Básica de Salud (A nivel departamental y municipal) los Planes de Mejoramiento y los Proyectos Educativos Institucionales (a nivel de Instituciones Educativas).

CAROLINA: ¿Qué actores participaron en la formulación de las EES componente escuela saludable?

BLANCA PATRICIA: se respondió anteriormente.

CAROLINA: ¿De esos cuáles tienen mayor protagonismo frente a la EES componente Escuela saludable analizada?

BLANCA PATRICIA: en el componente de Escuela saludable el actor con mayor preponderancia dentro de la Comisión de Entornos fue el Ministerio de la Protección Social. Sin embargo quiero enfatizar que sin el concurso y la articulación decidida del Ministerio de Educación no es posible hacer realidad una Escuela saludable.

También es importante recalcar que a nivel de los actores institucionales con experiencia de los departamentos, también se encontró que el sector salud tenía un mayor protagonismo, con las consecuencias que esto pueda tener en términos de lo que entiende este sector que hay que hacer desde la escuela, sin tener en cuenta los

saberes, experiencias que tiene el sector educativo en la educación para la salud y en la promoción de la salud en el ámbito escolar.

Por supuesto que este protagonismo del sector salud sigue a nivel de las instituciones educativas, pues tradicionalmente salud ha ido a realizar acciones de salud en la escuela, especialmente de servicios de salud y algunas acciones de educación para la salud, contempladas en los Planes de Atención Básica. Lo que en ocasiones hace que se desconozca al sector educación como “dueño de casa” y de cómo la promoción de la salud en y desde el ámbito escolar contribuye con la formación integral y el desarrollo de comportamientos y habilidades más favorables a la salud y a la vida de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en edad escolar.

CAROLINA: ¿Qué factores hacen que haya mayor o menor compromisos de algunos sectores, frente a otros?

BLANCA PATRICIA: el comprender la estrategia de Escuelas Saludables desde el punto de vista conceptual y metodológico contribuye a que ambos sectores puedan entender la necesidad de articulación y trabajo conjunto.

El establecimiento de unas relaciones horizontales entre los dos sectores, en las cuales ninguno es más importante que el otro, contribuyen a la implementación de la estrategia Escuelas Saludables.

Factores como la imposición del sector salud de sus actividades de servicios de salud, campañas, etc. No contribuyen a generar un compromiso por parte del sector educación y en ocasiones son un factor de rechazo a la estrategia. Un ejemplo claro de lo anterior es cuando el sector salud (IPS, ESE) van a la escuela a que le den “una horita” para darles “charlas” a las y los estudiantes, desconociendo al sector educación para la articulación de esas charlas o temáticas dentro de los Proyectos Educativos Institucionales y los currículos escolares.

Otro ejemplo de esto podría ser cuando el sector salud capacita a las y los docentes para que realicen labores de tamizaje, esto es tamizajes auditivos, visuales, entre otras; labores estas que si son de competencia y resorte del sector salud.

El trabajo del sector educación sin la articulación con el sector salud también genera un menor compromiso de este último. Un ejemplo sería la realización de los proyectos de educación para la sexualidad sin la articulación con el sector salud, ocasiona que salud desconozca lo que se realiza en las instituciones educativas a favor de la sexualidad pero también que educación plantee acciones e intervenciones desconociendo los saberes construidos desde el sector salud.

El reconocer y actuar en una alianza real entre educación y salud es el principal factor para lograr la formación integral, el mejoramiento de la salud. Esto implica reconocer que el actor principal en esta estrategia es el sector educación pero con el apoyo y vinculación del sector salud se podrán lograr los fines de ambos es decir contribuir con el desarrollo humano y la calidad de vida de la población en edad escolar.

Otro de los factores que más puede contribuir al compromiso de los sectores es visibilizar y entender cuál es el campo común que tienen los sectores, por la experiencia y el

trabajo de más de 25 años en esta temática, creemos que ese campo común es la contribución con el desarrollo humano de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. En ese sentido tanto el sector educación como el sector salud contribuyen a hacer realidad el desarrollo y ahí actúan como socios a favor de la salud y la vida de esa población.

CAROLINA: ¿Qué actores faltaron en la formulación de la EES – Componente escuela saludable?

BLANCA PATRICIA: creo que aunque participaron, la academia y las Organizaciones No Gubernamentales tuvieron poca presencia en la formulación de los Lineamientos de EES Componente Escuela Saludable.

Esto ocasiona una brecha, porque lo que hemos observado es que a nivel territorial son la academia y las ONG las que con las Direcciones Departamentales y Municipales de Salud contribuyen con la implementación y desarrollo de Escuelas Saludables, lo cual debería involucrarlas de una manera más decidida.

Para finalizar quisiera mencionar que en junio de 2009 los Ministerios de la Protección Social, Educación, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial en asocio con Acción Social, la Dirección Nacional de Planeación, el SENA y la OPS publicaron el documento: *Lineamientos para la gestión territorial de las Estrategias Entornos Saludables*. Sabemos que este fue un trabajo del Comité Nacional de Entornos Saludables, pero desconocemos el proceso para su formulación.

Pero en el mismo y derivado de los lineamientos anteriores se deja ver la preeminencia de la estrategia de Vivienda Saludable sobre la de Escuela Saludable, esto podría deberse a una mayor participación y compromiso desde los dos Ministerios Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial así como Protección Social.

Sin embargo, aunque en este documento también se nota la poca participación del Ministerio de Educación, esto lo afirmo porque en las personas participantes por el MEN solo figura una, cuando se mencionan los Roles y Compromisos del MEN se presenta la necesidad de la articulación de la Estrategia de Entornos Saludables con el proyecto de Estilos de vida saludables que iniciaba a desarrollar el MEN en ese año. Lo cual sería muy estratégico para incluir dentro de las instituciones educativas la promoción de la salud con un enfoque más integral y no solamente el componente de educación para la salud.

Por último quisiera agregar que si bien es cierto la estrategia de Entornos Saludables articula Vivienda Saludable y Escuela Saludable y esto desde el punto de vista de formulación de política pública facilitaría la promulgación de la misma, estos dos espacios son bastante diferentes, requieren actores diferentes, formas de ver y hacer diferentes, por eso el esfuerzo de ofrecer orientaciones o guías al país sobre el cómo hacerlo a nivel de los entes territoriales: Departamentos, Municipios y en este caso Instituciones Educativas serían muy útiles para que esto no se quede en solo en las orientaciones generales.

Considero que el ámbito escolar requiere unas formas de armonizar los saberes de educación y salud, pero sobre todo los de educación, proponer puntos de encuentro, pero también en los cuales se tenga en cuenta lo que la evidencia de la efectividad de la

promoción de la salud ha mostrado, entre otros que los programas más efectivos son aquellos que (111):

- Involucran a la comunidad educativa (Personal directivo y administrativo, docentes, estudiantes y familias).
- Desarrollan procesos que se prolongan en el tiempo.
- Incluyen variedad de componentes, esto es entienden que las situaciones que vivimos y los problemas son multicausales por lo tanto el abordaje multifactorial es más efectivo que las que se centran en un solo componente. Es por esto que se insiste en el carácter integral del desarrollo de los programas de promoción de la salud en el ámbito escolar que toma en cuenta los distintos componentes (políticas escolares; educación para la salud con enfoque integral; entornos físicos y psicosociales favorables a la salud; servicios de salud y trabajo con la comunidad) y no centran las acciones exclusivamente en el “cambio en los estilos de vida”.
- Tienen relación directa con los objetivos de la escuela.
- Responden a las necesidades del estudiantado.
- Crean entornos saludables.
- Establecen mecanismos efectivos de colaboración.
- Destinan recursos para fortalecer las capacidades de las propias instituciones educativas.

Entrevista No. 1. Pauta de Entrevista B

Dr. Juan Carlos Eslava

Docente del Departamento de Salud Pública
De la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional
Fecha de entrevista: 10 Noviembre de 2010
Lugar: Cali

CAROLINA: estamos con el Profesor Juan Carlos Eslava. Que trabaja actualmente en la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Profesor muy buenos días. muchas gracias por participar en esta entrevista. Quisiera que nos respondiera estas preguntas de acuerdo con su experiencia en el tema de promoción de la salud y el trabajo desde el área en que usted se desempeña:

CAROLINA: ¿De acuerdo con su experiencia qué fortalezas y debilidades tiene la Estrategia de Entornos Saludables (EES) desde la institución que usted representa?

JUAN CARLOS: yo diría que la Universidad Nacional tiene una particularidad y es que no puede ser entendida como un conjunto homogéneo, ósea no existe una forma de

hacer trabajo de promoción de la salud en la Universidad Nacional, lo que hay son grupos, en ese sentido, digamos que mi opinión, no puede abarcar toda la opinión de la Universidad Nacional. Teniendo eso en claro, yo diría que la estrategia de entornos saludables se ha convertido en una de las estrategias centrales para promoción de la salud en la Universidad Nacional, y tiene digamos la fortaleza de que exige entender la complejidad, de la promoción de la salud y al pensarse en espacios específicos, ámbitos específicos, se permite involucrar todas las líneas de trabajo para promoción de la salud en simultanea, ya sea políticas, trabajos con comunidades, habilidades personales, entonces esa es una fortaleza.

Una limitante que tiene la estrategia ya en la forma de operar en la Universidad es que un poco se ha trabajado fragmentariamente y los grupos que tiene la Universidad no se conversan fácilmente y adicionalmente digamos que en ese sentido el impacto que ha tenido en la formación del personal de salud es limitado.

CAROLINA: ¿Considera que existe suficiente articulación y apoyo del comité técnico nacional de entornos saludables, para el desarrollo de la EES en su área de influencia?

JUAN CARLOS: realmente como mi labor ha sido más docente yo no tengo relación con el comité técnico pues en ese sentido no sabría responderte. Yo conozco que existe el comité, pero no interactuó con las personas del comité entonces no sabría responderte.

CAROLINA: ¿Cuáles son los principales retos que se plantean desde su institución o área de influencia para que la EES este acorde con los lineamientos nacionales del país?

JUAN CARLOS: pues yo diría uno el reto de articular esfuerzos, el segundo reto es el de continuidad, porque una de las dificultades de la labor es que se trabaja un tiempo, se para y luego mucha de la experiencia se pierde, entonces la continuidad de los procesos, creo que se necesita un dialogo mas claro, con las directrices nacionales, la Universidad Nacional a veces es tan crítica, que se distancia mucho de los parámetros nacionales, hasta llegar a desconocerlos a veces. Entonces en ese sentido, creo que uno de los retos, es estar en trabajo mas en “llave” con las personas que lideran el proceso a nivel nacional.

Hay varios sectores que lo hacen pero con otro nombre, entonces uno habla por ej. De la calidad de vida, eso es lo mismo que intenta hacer el ministerio de desarrollo por ejemplo, secretaria de gobierno, pero lo hacen de otra manera pero nos falta un poco de sensibilidad que ellos hacen esa labor pero desde el punto de vista económico, organizando vías, mejorando el transporte, formas productivas, también del otro lado falta sensibilidad, para no pedirle al sector salud que solo de cuenta de la enfermedad, porque lo ponen a uno en aprietos porque uno habla en promoción de salir de la enfermedad, pero los otros sectores hablan de economía, deportes, recreación y ¿a ustedes que les toca?

Viene un lío frente a promoción y una dificultad intersectorial, pero lo mas difícil no es eso, sino la dinámica como trabajan los sectores, el asunto es que la sociedad se divide en sectores con presupuestos, ritmos y responsabilidad, pero cuando se plantea la intersectorialidad se intenta reunir a la gente y decirles trabajemos juntos, hasta ahí todos están dispuestos, pero trabajar juntos implica disponer de dinero, si eso pasa el sector que da cuentas por lo que lo miden, no puede invertir en otra cosa diferente.

CAROLINA: ¿Considera que el componente de Escuela Saludable ha tenido el impacto que se planteó en los lineamientos nacionales en su área de influencia? ¿Qué le falta para conseguir este propósito?

JUAN CARLOS: yo creo que a escuela saludable le ha pasado algo muy particular, porque inició como un proyecto bandera de la promoción de la salud pero en la ejecución termino siendo muy limitado, entonces uno veía que escuela saludable la filosofía era amplísima, recogía los lineamientos de Ottawa, pero en la práctica terminaba siendo, vamos a hacer consultas preventivas o formas de canalizar a los estudiantes para que fueran a consulta médica o actividades muy, muy puntuales como el cepillarse los dientes entonces en ese sentido escuela saludable, tenía un marco así de grande y una realización así de chiquita y durante mucho tiempo eso se vivió. Creo que paulatinamente los que han liderado escuela saludable han logrado impactar mas la escuela vinculándose a los programas al PEI, los planes educativos institucionales, sin embargo creo yo que una de las limitantes es que sigue habiendo una visión muy medicalizada de la acción sanitaria, entonces por Ej. Hay un divorcio entre la labor de los profesionales de la salud que van a la escuela y que los ponen a hacer labores preventivas, tamizaje, charlas informativas, preventivas, etc. Y la labor que los profesores cotidianamente hacen. Hay todavía hay un reto, desmedicalizar la labor y hay un segundo reto que es el propio de la promoción de la salud, que es construir criterios de que es *buena vida* en los colegios, porque de alguna forma parte de la labor de promoción le ha tocado “pelearse” con la idea de enfermedad y digamos desplazar su énfasis de la enfermedad en la promoción de la salud y eso no es claro, entonces quienes lideran escuela saludable no tienen claramente hacia a donde orientar su labor. Y claro lo más conocido es la labor preventiva, pero entonces las escuelas tendrían que reflexionar que es calidad de vida en la escuela, pero además que criterios tiene de buena vida si se tiene y hacia a donde, eso es una labor importante me parece y no siempre es fácil, porque cuando llaman a los profesionales de la salud, de lo que saben es de la enfermedad. Y eso les confunde a los que vienen de la educación, de la educación física, de la política, entonces en ese sentido creo que hace mucha falta más dialogo entre los diferentes actores pensando en criterios de calidad de vida, de buena vida, en últimas como se vive bien en el entorno de la escuela. Y el otro reto, creo yo tiene que ver con la comunidad educativa, porque toda la acción se refiere a los niños y se intenta involucrar al profesor, pero se supone que la guía de entorno en la escuela es la comunidad educativa, eso incluye a los padres de familia, a los directivos del colegio, al personal de aseo del colegio, pero la labor que se hace allí no se ve como parte del proyecto de escuela saludable, y creo allí que para ser coherente la escuela es un entorno donde la gente vive cotidianamente, pero ahí están todo tipo de personas, desde la señora que hace el aseo, el niño, el rector del colegio y bueno los profesores.

CAROLINA: ¿Qué resultados o aportes ha traído el componente de Escuela Saludable en su área de influencia?

JUAN CARLOS: mi área de influencia es la academia, luego en ese sentido escuela saludable se ha convertido en un paradigma de trabajo en promoción, pues es ya muy desarrollado, y en ese sentido uno lo retoma como experiencia para la labor docente y hay muchos o varias experiencias de trabajo de escuela saludable que han sido como el eje para hacer programas de promoción de la salud, o para hacer mas bien clases, seminarios, módulos en trabajo de promoción de la salud, en ese sentido se ha convertido en escenario natural de práctica para muchas de las labores de reflexión académica.

CAROLINA: ¿Conoce sobre la Red de Escuelas Saludables?

JUAN CARLOS: si conozco, que puede decir frente a ello, el trabajo en red es fundamental y en ese sentido la articulación de experiencias es esencial y el compartir y socializar.

Pero a las redes les pasa algo y es que a pesar de que todo el mundo quiere trabajar en red, todos terminan solamente utilizando la Internet para comunicarse de vez en cuando, y la red en si no es eso, se supone que el trabajo en red es coordinado de la labor de muchos grupos en donde no hay jerarquías claras, pero porque la jerarquía se fabrica dependiendo de las tareas que se van fabricando, entonces la construcción de trabajo en red, es una construcción horizontal de trabajo cooperativo que requiere proyectos permanentes asociativos, no es la Internet mandándose mensajes, creo que mucho de la red se convierte en eso, el mensaje, el intercambio y más que otra cosa el fluir información eso desdibuja el trabajo en red, eso lo que hace es una manera hacer que la información se mueva entre muchos conocidos, creo que ahí falta trabajar en red, y eso implica gestionar proyectos conjuntos, es difícil, ya en la práctica se dice fácil, pero es difícil, eso daría fundamento a trabajos más fuertes en red. Ahora la red en ese sentido es un reto mi idea de trabajar en red, no es solo llamarse red. Pero creo que hay una labor que si se ha hecho es aquella que aun no se conoce mucho, pero que se ha trabajado y es el reconocimiento de todos los grupos que trabajan en escuela saludable. Eso lo intentó la red, que hace un inventario, pero terminó siendo una matriz, para llenar la información y la ponía en la red, pero lo mismo, el hecho de utilizar la Internet no es sinónimo de trabajo en red.

Yo creo que es fundamental trabajar en red, pero creo que el lío es que no hay concreción de trabajo porque se confunde relacionarse desde la información y la acción comunicativa en red, con el trabajo real en red.

Claro que la Universidad ha participado de hecho hay grupos que participan de la red, yo sé que el profesor Flores en psicología ha participado en escuela saludable y forma parte de la red, en enfermería también y se organizó un grupo; muchas de las personas que estaban, formaban parte de la red. Actualmente no se como funciona el vínculo pero sé que trabajaban activamente en la red.

CAROLINA: ¿Cómo se puede fortalecer esta red según su experiencia?

JUAN CARLOS: yo creo que se pueden gestionar proyectos atractivos que permitan unificar intereses en los miembros de la red, porque solo proyectos compartidos hacen que se trasciendan del flujo de información a experiencia compartida y trabajo conjunto. El gran reto proyectos.

Hay otro tipo de labor que la red debe estimular y es charlas permanentes, los foros, virtuales que no han sido muy afortunados y es que nosotros, en nuestro contexto tenemos dos problemas para asumir los foros y es que tenemos una cultura muy oral y eso hace que se dificulte el trabajo más escrito por redes, o convertimos los chat en algo muy coloquial, en donde la gente no discute temas, sino que sirve más de medio para mandar información, eso desmotiva a la gente, por ejemplo hacemos un foro virtual y la gente manda todo tipo de anuncios o correos personales. Eso desestimula la posibilidad,

pero hay que intensificarlo, pero también es importante los encuentros presénciales porque todavía necesitamos vernos las caras.

CAROLINA: ¿Conoce la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el desarrollo de la EES y el plan de acción intersectorial?

JUAN CARLOS: no los conozco. Si, uno conoce que existe pero no más.

CAROLINA: ¿De acuerdo a su experiencia considera que la EES ha tenido el impacto planteado en los documentos emanados por los Ministerios para el desarrollo de la misma?

JUAN CARLOS: esa pregunta no es fácil contestarla porque hay experiencias que han logrado cosas pero han perdido continuidad, por Ej. Una experiencias valiosas en el país era lo de municipios saludables, y habían experiencias valiosísimas, pero hoy en día una pregunta por ellas, y ni idea. Ósea Versalles, la Vega y que paso con esas experiencias y nominalmente muchos municipios dijeron ser saludables, y no se sabe que paso. Si uno dijera a la pregunta sea logrado cosas durante un tiempo, pero hoy no tendría claro en términos de ciudad saludable o municipio saludable que esas experiencias hayan sido desarrolladas. Pero al mismo tiempo se hacen cosas en municipios no bajo la modalidad de municipio saludable, pero están haciendo cosas interesantísimas, Bogotá sería un ejemplo de ello, pero que otro contexto yo diría, lo de escuela saludable pasa lo mismo, yo creo que ahí se está en un proceso para hacer más coherente lo que se hace con el enfoque de la promoción, tanto que hay proyectos de tiendas saludables, alimentación saludable que creo que van en una buen dirección, pero no conozco que estén plenamente desarrollados.

CAROLINA: ¿Considera que existe algún factor que no permite que la EES tenga el impacto necesario en su área de influencia? ¿Cuál?

JUAN CARLOS: bueno, en términos de la labor docente yo creo que hay una limitante y es que no hay muchos docentes vinculados a proyectos concretos, específicos, eso hace que la labor de uno sea más recoger teóricamente lo que se ha hecho en otros lados y contar. Pero la labor docente debe ser, yo estar involucrado y digamos transmitir desde mi propia experiencia. También falta el escenario práctico, la labor docente no es solamente contar, sino vincular al estudiante y eso necesita que ello vayan a la práctica y hay pocas experiencias en ese sentido. Y entonces en términos de la labor docente el espacio es muy limitado porque hay pocos docentes y experiencias que permitan dialogar fácilmente entre las expectativas de los estudiantes y los docentes. Ya por fuera de la labor docente digamos que el impacto que han tenido los entornos yo creo que han sido grandes, pero en un tiempo concentrado, pero luego se diluyen y se pierden las referencias.

Entrevista No. 2. Pauta de Entrevista B**Dra. Gabriela Cadavid Ramírez**

Secretaria Distrital de Salud de Cali
Referente estrategia escuela saludable Municipio de Cali
Fecha entrevista: 10 de noviembre de 2010
Lugar: Cali

De acuerdo con su experiencia en el tema, le agradezco su respuesta a las siguientes preguntas:

CAROLINA: ¿De acuerdo con su experiencia qué fortalezas y debilidades tiene la Estrategia de Entornos Saludables (EES) desde la institución que usted representa?

GABRIELA: bueno una gran fortaleza que tiene la estrategia de escuela saludable en el municipio de Cali que ha sido liderado por la Secretaría de Salud es su permanencia, su posicionamiento en los planes de desarrollo del municipio desde el año 1998 se instaura como tal la estrategia en el municipio por un documento firmado por el alcalde y a partir de allí en todos los planes de gobierno que se vuelven planes de desarrollo la estrategia ha estado como una de las estrategias de promoción de la salud, eso es una fortaleza porque primero que todo uno accede a recursos, está dentro de las metas a cumplir y nos ha permitido trabajar de una manera consecutiva.

Nosotros tengamos unos lineamientos, sin embargo la Estrategia de Escuela Saludable es una estrategia liderada a nivel nacional con unos convenios entre los ministerios de educación y los ministerios de salud a partir del año noventa y tres surge que esa es una de las principales estrategias de promoción de la salud con compromisos incluso de entes de protección como el ICBF. Sin embargo, esta estrategia, a buena hora, este año vuelve como a tomar auge en por eso de entornos saludables, ya que en los otros años ha estado muy rezagada desde los mismos ministerios y departamentos y entonces cuando se trabaja en Cali es liderado por salud, se asume como si fuera un programa de salud, no una estrategia de programas de salud entre todos los sectores a nivel escolar y el maestro lo siente como mucho más trabajo, pero eso se percibe porque no ha habido una dirección un compromiso y un convencimiento a nivel de la dirección de educación y a nivel de los ministerios de demostrar que la estrategia lo que hace es dar una asistencia, un apoyo técnico al sector educativo para su razón de ser, de hecho cuando uno mira la guía 34 de educación que tiene que ver con todos los planes de mejoramiento, la estrategia con sus componentes es la que mas fortalecería eso y de ahí que una debilidad es que la estrategia no ha tenido un liderazgo a nivel nacional y obviamente desde los organismos como la OMS y la OPS para dar fortaleza entorno a eso y que se sigue con la palabra saludable como una mirada muy reduccionista cuando lo saludable se cree que es salud y resulta que lo saludable es el resultado de un trabajo interinstitucional, intersectorial y mucho mas.

Yo no se si hay otra pregunta que hable más del detalle de las fortalezas de la estrategia. Entonces complemento, que a pesar de que no ha habido un empuje muy fuerte del sector educativo si podemos saber que en Cali la estrategia ha involucrado muchos sectores, durante muchos años, y nosotros hoy podemos decir que tenemos un trabajo hasta con los sectores de primera respuesta todo lo que tiene que ver con lo de emergencias y desastres trabajando un componente fuerte que tiene que ver con lo de

seguridad escolar con el lema de “escuelas saludables y seguras”, también que en Cali la estrategia se ha monitoreado porque tenemos una meta y es certificar las escuelas, certificarlas en el 2011, no de manera excluyente como para saber que escuelas de estas son saludables y cuáles no son saludables, sino de una manera incluyendo midiendo el grado de desarrollo de acuerdo a unos parámetros que ya fueron acordados, que dicen que es una escuela en desarrollo básico, medio y superior, eso nos ha permitido que nosotros tengamos como mostrar año a año el desarrollo de ella, como venimos haciendo desde el año 2006 con un proceso que llamamos “proceso de tipificación” ese proceso, lo que tiene es un instrumento que se evalúa al comienzo del año electivo y al final del año electivo con unos grandes bloques que son conocimientos generales sobre la estrategia, en una línea que es educación en salud, en donde se recoge todo lo relacionado con habilidades para la vida, educación en salud, educación de la sexualidad, prevención y consumo de sustancias ilegales y legales, dieta sana y un gran componente que son entornos saludables con un componente ambiental, con unos ejes que son trabajo en red e investigación y vigilancia en salud pública. Entonces nosotros lo hemos monitoreado año a año por eso este año tenemos la meta que el 50% de las sedes estén en un desarrollo medio, y hoy Cali puede decir que tiene cero sedes de básica primaria (que es en donde funciona la estrategia) en un nivel básico, tiene un 77% de sedes que tienen un nivel de desarrollo medio y el 33 en un nivel de desarrollo superior eso con qué fin de poder el próximo año traer una entidad externa que nos califique y pueda decir en qué grado de desarrollo están y se puedan certificar, si ósea, esa es una fortaleza que ha sido seguida año a año.

Dentro de la estrategia hay una cosa muy importante pues uno llega a las escuelas y una cosa es cuando usted habla con los maestros, los educadores ayer por ejemplo, decían, no es que desde que tenemos escuelas saludables, nosotros somos otra cosa, hemos cambiado, es muy difícil trabajar con el sector educativo, sin embargo hoy podemos decir que tenemos muchas más cosas a favor, que se han desarrollado mucho más y que lo perciben los maestros, en el componente ambiental por ejemplo, era un componente poco posicionado en la escuela, acuérdesese que la escuela con la que estamos trabajando es en escuelas de básica primaria, que tiene una población de cinco a doce años, en donde problemas como el ambiental no era muy posicionado lo posiciona la estrategia y hoy el componente con una prioridad más alta, tema como la educación para la sexualidad primaria, poco se tocaba hoy no podemos decir que es uno de los componentes más desarrollados, todo el mundo habla del tema de educación para la sexualidad, con niños de cinco a doce años, ósea es ir a la escuela y ver que hoy las personas pueden tener una educación más integral, no es solo sumar y restar, leer y escribir, sino que la educación va más allá, que tiene que ver con la relación de los niños, del maestro con los niños, con el medio ambiente, la parte recreativa, la parte lúdica, eso se trabaja mucho, la semana pasada tuvimos el encuentro de experiencias de escuela y veíamos como este año desafortunadamente no le pusimos un nombre al evento, pero el nombre tendría que ver como con el desarrollo en escuelas saludables, habían unas ponencias y la gente tenía cinco minutos para que presente su expresión más importante de la escuela y como usted quiere compartir con las demás escuelas, hubo tres presentaciones que impactaron, empieza un maestro de una escuela del Distrito Agua Blanca con una orquesta con unos niños, llega y empieza a hablar y dice yo voy a hacer una presentación de una manera diferente, la dificultad que yo tenía tiene que ver con el uso del tiempo libre, con el ocio, con los muchachos que se la pasan en la calle, haciendo de todo, a partir del trabajo que tuvimos con habilidades para vivir, con los proyectos de prevención del consumo entendimos que el ocio es una de los problemas que se debía trabajar, lo que si tenemos claro hoy, es el resultado de un trabajo

desarrollado en la escuela saludable pero desde la parte artística, entonces los muchachos, unos niños porque son de cinco a doce años, y en jornadas contrarias el maestro está todo el tiempo trabajando la parte lúdica y en este momento otros hicieron una danza y unos trajes “bellísimos”, resulta que eso tiene que ver con un proceso de medio ambiente, que ellos están trabajando en reciclaje y todos los trajes eran hechos en material que lo utilizaban en la escuela, es decir una conexión mucho más de lo teórico, con la práctica y con la vida real. Eso solo lo puede uno ver ahora, es decir hace doce años no se podía ver, lo importante es que la gente ha entendido que lo saludable se vuelve un sueño, nuestras escuela si uno va, son las pública, pues uno diría pero que saludable va a ser está escuela, sus plantas físicas, desafortunadamente, no son las mejores plantas físicas que uno mira, las escuelas que han estado en un proceso, de escuela saludables, estas personas tienen mucho potencia institucional para hacer de su escuela una escuela saludable y segura, y lo importante hacer entender a la gente que escuela saludable no tiene solo que ver con servicios de salud, con planta física, sino con el día a día con la cotidianidad de lo que se da en la escuela y con la capacidad que tiene la escuela para crecer en términos de esos niño y esas niñas, no solo en la parte académica, sino también en la otra parte, algunos maestros pensaban, es que me están haciendo perder tiempo, cuando los maestros van a capacitaciones, por decir algo de educación sexual, los padres creerán que están perdiendo el tiempo porque no les están enseñando, sin embargo lo que están es tomando unas habilidades, unas destrezas para poder trabajar con sus niños, entonces, eso es una de la cosas más importantes, entonces cuando uno mira hoy las personas dicen, hoy mi escuela es otra cosa comparada con lo que era hace doce años.

CAROLINA: ¿Considera que existe suficiente articulación y apoyo del comité técnico nacional de entornos saludables, para el desarrollo de la EES en su área de influencia?

GABRIELA: concretamente con el componente de escuela, la pregunta es que si hemos recibido acompañamiento y apoyo del comité, la estrategia de escuela, como escuela, lleva doce años y la verdad no, como municipio, en el municipio se ha mantenido por lo que ya te comenté, pero que nosotros sintamos un apoyo un acompañamiento nacional, del comité, del Ministerio, no, se requiere, se requiere porque si no somos una rueda suelta.

CAROLINA: ¿Cuáles son los principales retos que se plantean desde su institución o área de influencia para que la EES este acorde con los lineamientos nacionales del país?

GABRIELA: yo pienso que, dentro de los retos es posicionar la estrategia de entornos saludables y específicamente la de escuela que es la más antigua en el municipio; el CONPES nos da el espacio de poder ser reconocido en el municipio, hay veces las cosas se diluyen en el departamento, ese es uno de los retos, poder también, lo que te decía, nosotros llevamos procesos de seguimiento, de acompañamiento, pero de una u otra manera uno necesita la mirada externa, la oxigenación para poder que reconozcan como es la experiencia como se acerca al sueño a la meta, y también poder acceder a recursos porque es que la estrategia ahora, yo siento que ahora se habla en todo el mundo y está en todos los congresos se habla de la estrategia, de escuela saludable, pero yo que he estado 22 años con la estrategia, sé que ha sido la cenicienta, si entonces también el reto es como acceder a recursos, porque hasta con el mismo documento, la ley de transferencias es que vea cuando vamos a trabajar pero ahí no dice escuela, dice educación sexual, institución educativa, a donde se trabaja habilidades para la vida?, pero ahí no dice escuela y lo otro es que es muy difícil ver la estrategia que articule

programas entonces ella va por ahí solita, escuela va por un lado y salud sexual y reproductiva va por un lado y escuela trabaja salud sexual y reproductiva en el escenario educativo, entonces lo de recursos también es importante. No solo es el recurso pero es el apoyo, es la asesoría es la investigación, es la canalización de otras estrategias que pueden favorecer y pienso que es poder hacer esa articulación con lo de vivienda por ejemplo.

CAROLINA: ¿Considera que el componente de Escuela Saludable ha tenido el impacto que se planteó en los lineamientos nacionales en su área de influencia? ¿Qué le falta para conseguir este propósito?

GABRIELA: bueno, nosotros, hace diez años trabajamos, en el departamento tuvimos los lineamientos, ósea Cali siempre ha trabajado en escuela, antes de que saliera la estrategia de escuela saludable, en el año 86 en Cali una enfermera Amparo Vezga montó un programa que se llama atención integral al escolar, en una tesis de Maestría, ella monta su programa de atención integral al escolar y desde ahí, se viene fortaleciendo el componente de promoción de la salud, en el ámbito escolar, componentes fuertes dentro de atención integral al escolar, por ejemplo el de salud oral, que toda la vida ha estado, salud visual que era de las cosas que se trabajaba y algo de nutrición, pero como escuela a partir del año 98 es que se monta el programa, se empieza a visualizar a trabajar y entonces, hacemos un convenio de trabajo con la Secretaria de Salud Departamental y empezamos a mirar los lineamientos internacionales, los lineamientos nacionales y hacemos unos lineamientos municipales, con los cuales hemos venido trabajando fielmente y a esos le hemos hecho seguimiento, de una u otra manera los hemos acondicionado a esto, como pueden ver la semana pasada la doctora Adriana Estrada, cuando hablaba de unos lineamientos de escuela saludable, hablaba de unos componentes básicos, nosotros tenemos tres componentes básicos de la estrategia que es educación en salud, reorientación de servicios de salud y nutrición ambientes y creación de entornos saludables y seguros y tenemos unos ejes transversales que tienen que ver con trabajo en red, porque nosotros consideramos, que con el trabajo que hicimos con el departamento es transversal, a los componentes, investigación, ósea los tres componentes y vigilancia en salud pública a los tres componentes, hubo algunas modificaciones, pero a esos tres componentes se les ha trabajado fielmente, son los lineamientos que existen para trabajar la estrategia, hay un documento escrito de lineamientos y es sistematizado y hay un documento histórico de la estrategia escuela saludable, histórico en donde muestra año a año como empezó la estrategia, por fases, el que nos permitiera estar en un plan de desarrollo, entonces la primera fase es implantar la estrategia en cuatro años, a los ocho años implementar la estrategia, y estamos evaluando a los 12 años, que es evaluar la estrategia para certificarla, entonces lo hemos hecho basado en esos lineamientos que fielmente hemos seguido, hemos tenido una evaluación externa en el año 2005, nosotros hacemos un seguimiento y monitoreo desde la estrategia para mostrar si habíamos implementado la estrategia en Cali.

CAROLINA: ¿Qué resultados o aportes ha traído el componente de Escuela Saludable en su área de influencia?

GABRIELA: aspiramos dentro de esos lineamientos los que hemos seguido fielmente sí, no me acuerdo la fecha pero fuimos a un congreso de salud escolar a Bucaramanga, y el planteamiento que se hacía era tener escuelas saludables, estas son saludables, y el departamento, en donde nosotros estamos incluidos, no vamos a hablar de escuelas

saludables y no saludables, porque además es un proceso, es un sueño, yo siempre le digo a la estrategia de escuela saludable, que es un sueño, al cual nosotros queremos llegar pero nos acercamos o nos alejamos del sueño, entonces la certificación es como nos estamos acercándonos al sueño, no tenemos un lineamiento así tan claro que diga que es lo saludable o no saludable. Aspiramos a certificarnos en donde el grado de desarrollo de esos lineamientos de la estrategia es tenerla básico, medio y superior, nuestra meta es tenerla el 20% certificada que hoy están en el rango de superior, y cuando hablamos de certificada no es que este en el rango de 280 a 300, sino trescientos es decir, yo me certifico cuando voy en 300, entonces tenemos el 77% que están en el rango de 280 (medio), cuando ellas pasan 280, pasan al rango superior. Otros establecimientos fueron analizados con un equipo de profesionales para tipificar, esto es como trabajamos para la certificación, en básica los rangos cuando ya se pasa de 169 pasa el rango y entra al rango de 180 a 279, cuando la sede tiene 279 se certifica en medio, o sea nuestra aspiración es certificar Escuela en 300.

Por eso es importante los planes de mejoramiento, por eso es importante la articulación con el sector educativo, porque todo lo que nosotros hacemos apunta a los planes de mejoramiento institucional y solo con esta tipificación es una herramienta para que ellos puedan mejorar.

CAROLINA: ¿Conoce sobre la Red de Escuelas Saludables?

GRABRIELA: si, la conozco porque yo desde hace años soy la coordinadora de escuela, he estado en eventos que son de la red, pero Cali nunca ha estado en la red, a pesar de haberme inscrito, a pesar de haber mandado la experiencia, en el Congreso de Cuba de hace cuatro años, todo el mundo hablaba de la red, Cuba me invita y me envía cosas, como red, pero Cali nunca ha estado en la red, ese es un reto pertenecer a la red.

Pero Cali nunca ha estado en la red y es un proceso que ha sido ininterrumpido, escuela saludable es la principal muestra de trabajo en red, uno no puede hacer una escuela saludable desde salud o educación, por muchas razones pertenecer a la red de escuela saludable es bueno, lo uno tiene que ver con el intercambio de experiencias, como lo haces tú, como lo hago yo, lo otro es que existen reconocimientos, es decir el estar reconocido por un trabajo y hay veces se requiere de estímulos para que las cosas salgan bien, lo otro es que un municipio que ha invertido su dinero y trabajo, que mejor que este en una red de escuela saludable, nosotros estamos en la red de gestión del riesgo escolar, y el año pasado nos dieron un reconocimiento, vinieron los dos asesores para América Latina, y nos dieron un reconocimiento al trabajo que se hace de gestión del riesgo escolar a través de la estrategia de escuela saludable, el 22 de noviembre, va a haber un congreso en Panamá en donde se van a mostrar las 26 experiencias que se tuvieron en Centro y Latinoamérica y una de esas es la de Cali, ya está sistematizado el libro que va a salir de las experiencias exitosas están, si, y alrededor de la estrategia, eso porque es bueno, lo uno por que se conoce, que es un reconocimiento, no al trabajo de la Secretaria o de Gabriela pero es el reconocimiento a un proceso que estimula a los maestros, cuando nosotros les contamos a los maestros que fuimos y los filmaron, y todo el cuento, no la gente no creía y nadie, y entonces la felicidad porque se valora su trabajo y lo que ellos hacen, entonces yo pienso que la red tiene muchas cosas buenas, tiene asesoría y apoyo técnico el cual nos hemos perdido, ósea, estar en la red tiene mucho mas beneficio, que el que yo le vería en contra.

CAROLINA: ¿Cómo se puede fortalecer esta red según su experiencia?

GABRIELA: yo pienso que una de las limitantes de la red, es que el contacto de esta es con los departamentos, entonces una manera de que uno esté diciendo, es que la red no me tiene encuesta es que tenga un contacto directo con los municipios, o por lo menos con los grandes municipios, esa es una de las cosas que debe fortalecer. Lo otro es que debe tener una base de datos, de conocer que está pasando en cada departamento y si existe o no el programa, como está liderado y creo que si nosotros no estamos inscritos es porque no hay una base de datos o no es actualizada, entonces tendríamos que hacer un proceso de actualización y por municipio porque si no está es simplemente es porque no existe, yo creo que tendrían que fortalecer la parte de base de datos de lo de escuela saludable, y obviamente fortalecer el apoyo y la asistencia técnica a los municipios.

CAROLINA: ¿Conoce la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el desarrollo de la EES y el plan de acción intersectorial?

GABRIELA: si la conozco.

CAROLINA: ¿De acuerdo a su experiencia considera que la EES ha tenido el impacto planteado en los documentos emanados por los Ministerios para el desarrollo de la misma?

GABRIELA: estos son lineamientos de impacto. Entiendo que las localidades tienen su singularidad y que tienen que haber unos mínimos básicos de unificación de los instrumentos para poder decir se acerca a lo saludable, o no se acerca a lo saludable.

CAROLINA: ¿Considera que existe algún factor que no permite que la EES tenga el impacto necesario en su área de influencia?

GABRIELA: responde la Dra. Yamile quien es responsable el tema de entornos saludables.

Entrevista No. 3. Pauta de Entrevista B

Dra. Yamile Ramírez

Secretaria Distrital de Salud de Cali
Referente estrategia entornos saludables Municipio de Cali
Fecha entrevista: 10 Noviembre de 2010
Lugar: Cali

CAROLINA: ¿De acuerdo con su experiencia qué fortalezas y debilidades tiene la Estrategia de Entornos Saludables (EES) desde la institución que usted representa?

YAMILE: como fortaleza la estrategia de escuela saludable es la líder de la estrategia de entornos saludables, empezó a funcionar y ha venido siendo el referente para entornos en el municipio de Santiago de Cali.

Digamos que no como debilidad, pero dentro de las dificultades que tiene es el posicionamiento intersectorial porque necesariamente depende de su articulación directa con algunos despachos de la administración, como es la Secretaría de Educación Especial, ya que lineamientos si bien es cierto son municipales, se asume mas directamente, desde salud pública y a pesar de que se hacen esfuerzos de coordinación intersectorial no hay una interlocución que garantice que podamos hablar que la estrategia tenga una mirada municipal.

Yo quería agregar allí que la estrategia de escuela saludable es una gran fortaleza en la medida en que la estrategia de entornos apunta a desarrollar o a gestionar los diferentes entornos vivienda, establecimiento educativo, establecimiento de trabajo, establecimiento recreativo y área pública y la estrategia de entornos es la más articuladora de todas. En el municipio de Santiago de Cali esta es la que tiene una mayor trayectoria una estrategia, que nos permite allí fortalecer toda la estrategia de entornos saludables en el municipio.

Como fortaleza también ha habido una continuidad no solamente en el seguimiento de la estrategia (que para la Secretaria ha sido muy claro), sino que ha habido frente a la estrategia, digamos, una persona como Gabriela Cadavid que “se la ha echado al hombro” que es una persona nombrada, de mucho compromiso y que “la ha sudado toda” de mantenerla a pesar “de”, porque las dificultades no son solamente de tipo político, también de recursos, a pesar que de pronto, en un momento dado un tomador de decisiones de turno pueda o no apostarle al tema, ella “le ha apostado”, eso es una gran bondad, es diferente cuando en los territorios, pues lo sabemos, está una persona que es de contrato y que no puede garantizar estabilidad del proceso pues eso es fundamental para que realmente haya continuidad.

Otra cosita, nos estamos llenado de recuerdos digamos que, haciendo remembranza, en escuelas hace muchísimos años, no se hablaba de vulnerabilidad humana, y recuerdo cuando hace mas de 10 años, se empezó a incorporar en la escuela el tema, y en los organismos de socorro, los diferentes temas de seguridad escolar y se empieza a comprometer al docente, al directivo, a los escolares de la comunidad educativa, en el tema de la amenaza de la vulnerabilidad en que están muchas escuelas, sobre todo en las escuelas de las zonas de ladera, de zonas de riesgo y el proceso va llevando a crear brigadas de seguridad, en donde hay una identidad, ya muy clara de los grupos de seguridad escolar.

CAROLINA: ¿Considera que existe suficiente articulación y apoyo del comité técnico nacional de entornos saludables, para el desarrollo de la EES en su área de influencia?

YAMILE: bueno yo voy a hacer allí un comentario y es que digamos yo estoy encargada de entornos saludables a partir de enero de este año y a través del proceso de implementación del CONPES 3550, que tiene que ver con la política de salud ambiental en nuestro país, la Estrategia es un tema fundamental en salud ambiental, en ese contexto hemos tenido encuentros a nivel nacional, con la implementación del documento y allí ha habido la oportunidad de recibir a nivel nacional el lineamiento desde el MPS de

la estrategia, que si bien es cierto se puede acceder desde diferentes mecanismos, lógicamente pues se recibe a través del Ministerio.

Digamos que si bien es cierto se conoce desde ahí o por lo menos yo lo conozco desde allí, pero Cali venia liderando el proceso de entornos desde hace unos dos años, digamos que la estrategia de trabajo intersectorial lleva muchos años, mas de 10 años. Que yo podría hablar en los últimos 10 años desde el punto de vista de salud ambiental en el municipio para trabajar salud ambiental. En los últimos 3 años o algo mas, empieza a consolidarse el comité de entornos saludables municipal y en este ultimo año digamos que se consolida y empieza a dar más identidad al tema desde el punto de vista intersectorial y lo otro es que desde la comisión nacional hay un lineamiento para que toda la estrategia de entornos se consolide en un plan de acción intersectorial de entornos junto con los PRAES que hemos tratado de incorporar en el ejercicio.

Yo no sé si ahora hay un espacio para mencionar los entornos que en Cali estamos trabajando, no sé si este sea el momento de hacerlo. ¿volvemos a hablar de algo intersectorial más adelante?, porque desde el municipio en este ejercicio intersectorial trabajamos en un comité de entornos que así como para escuela, la estrategia de escuela saludable, tenemos escuelas saludables y seguras desde el comité de entornos de manera intersectorial, el comité de entornos saludables se ha venido transformando en el comité de entornos saludables y seguros, bueno si estamos trabajando el tema de seguridad debemos ver los entornos desde el punto de vista de seguridad, pero si estamos trabajando el tema de cultura ciudadana y de transformar comportamiento y hábitos favorables a la salud y al ambiente, entonces el comité se consolida digamos como en ese concepto y desde allí se conforma un equipo de coordinación del comité el cual lo lidera salud pública, en coordinación con planeación municipal y la oficina de cultura ciudadana y hay una representación de dependencias de la administración donde está secretaria de educación, deportes, está gobierno, está planeación, está Metro-Cali, esta transito, entre otras, para que no se me vaya a pasar, está bienestar social, están las entidades de mayor competencia en el tema, pero igual hay unos aliados estratégicos del sector privado y la sociedad civil, allí también están las empresas de aseo, entonces las convocamos en la medida en que estamos gestionando los entornos que se han trabajado de manera intersectorial, les hemos llamado entornos educativo en donde esta todo el tema de escuela saludable, entornos para el desarrollo de escuelas saludables y seguras y ahí se incorporan, entornos o áreas que se han priorizado en corregimientos del municipio.

Entre otras cosas, Gabriela lo mencionaba el plan de desarrollo del municipio incorpora el plan de la estrategia de escuela saludable, porque también hay unas metas específicas en cuanto a escuela, pero también hay unas metas específicas en cuanto a comunas saludables en el plan de desarrollo, entonces tenemos un enfoque de intervención para el desarrollo de entornos de comunidades seguras, estamos trabajando 22 áreas en el municipio una del área urbana, una por comuna y dos en el área rural, de esas se han priorizado 5, en donde estamos haciendo un pilotaje para que desde allí se operativice el modelo de salud que estamos trabajando en el municipio de Santiago de Cali, otro de los entornos que estamos priorizando intersectorialmente son los entornos deportivos, recreativos y desde allí estamos trabajando con la secretaria de deporte en ciclovida y vacaciones recreativas, que congrega estas vacaciones un número importante de 18 a 20.000 niños anualmente.

Desde ciclovida empezamos a construir el trabajo de manera intersectorial desde la parte pedagógica y la parte lúdica, hay otros avances pero estamos en proceso de construcción, sé entiende el concepto que la Comisión Nacional nos da en el plan de acción intersectorial de entornos, se está tratando de vender en el municipio, en unos escenarios con mejores resultados que en otros, pero si es una estrategia que se viene aplicando en términos generales, otro de los entornos es el entorno de la movilidad en donde el municipio, la secretaria de tránsito y las demás dependencias participantes hemos identificado un sector en Cali, que tiene un gran problema de embotellamiento y hay un problema serio de movilidad y hay un problema también de convivencia asociado al consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, pues en ese sector confluyen 5 universidades, 7 colegios, 10 estaciones de servicio, 10 centros comerciales y afectando de alguna manera en que se permita el consumo de sustancias por parte de los estudiantes. Entonces digamos que allí hay un tema de movilidad que lo estamos trabajando desde un sector priorizado intersectorialmente y hay otros entornos que le hemos llamado para la movilidad, en donde con el DALMA estamos trabajando conjuntamente dos partes en Cali priorizados, pues de manera conjunta también.

CAROLINA: ¿Cuáles son los principales retos que se plantean desde su institución o área de influencia para que la EES este acorde con los lineamientos nacionales del país?

YAMILE: la escuela viene trabajando la estrategia doce años atrás, hemos analizado que el CONPES se constituye en una estrategia de reactivar la relación del municipio con los actores a nivel nacionales y el departamento. Entonces ese trabajo que estamos haciendo este año en el marco del CONPES nos está permitiendo tener de primera mano ese acercamiento y cada vez lo vamos logrando acercar más a la ejecución real de las estrategias.

CAROLINA: ¿Considera que el componente de Escuela Saludable ha tenido el impacto que se planteó en los lineamientos nacionales en su área de influencia? ¿Qué le falta para conseguir este propósito?

YAMILE: en el proceso se ha trabajado desde el 2007, 2009, 2010, para en el 2011 lograr el proceso de certificación pues espero que el porcentaje sea bueno.

CAROLINA: ¿Qué resultados o aportes ha traído el componente de Escuela Saludable en su área de influencia?

YAMILE: responde la Dra. Gabriela quien conoce muy bien el tema.

CAROLINA: ¿Conoce sobre la Red de Escuelas Saludables?

YAMILE: si, precisamente en este momento ese acercamiento y acompañamiento y asistencia técnica que estamos haciendo con el Ministerio de la Protección Social, nos ha permitido entender la importancia de trabajo en red y la semana pasada que estuvimos aquí en el foro de salud ambiental, coordinadamente con la secretaria departamental, municipal y el Ministerio, estuvimos con la Dra. Adriana Estrada coordinadora de Entornos Saludables, y se discutió el porqué de no pertenecer a la red y hacer lo posible para superarlo.

CAROLINA: ¿Cómo se puede fortalecer esta red según su experiencia?

YAMILE: hay tenemos una debilidad y es que una experiencia como esta, desarrollada en un municipio como este, el de Cali, que es de categoría especial, el hecho de que no tenga contacto directo con el Ministerio de manera permanente, es una dificultad y yo pienso que sería uno de los argumentos por los cuales Cali no ha sido reconocido, yo no diría que reconocido, sino mas bien incorporado a la red porque necesariamente hay un puente con el departamento y el departamento digamos que si bien es cierto hay unas relaciones, digamos, adecuadas, la estrategia en el departamento no ha tenido el desarrollo que ha tenido el municipio, por lo tanto ser interlocutor el departamento del municipio de Santiago de Cali, para presentar la estrategia, no ha sido la mejor interlocución. Las razones pues... pero es la dificultad que ha tenido Cali que al ser municipio de categoría especial, que debe tener un manejo especial y pasa a ser un municipio de categoría, tiene el mismo manejo de los otros municipios del departamento, digamos que ahí es el “cuello de botella”.

CAROLINA: ¿Conoce la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el desarrollo de la EES y el plan de acción intersectorial?

YAMILE: pues mira yo inicié en la estrategia este año, y cuando me documenté sobre entornos es un referente de contexto de la estrategia que ratifica que hay unos acuerdos intersectoriales y que hay un respaldo, desde ahí empecé a ver que hay un comité técnico de entornos saludables, y desde allí un esfuerzo nacional también, si, hay unos sectores que están comprometiéndose en alianzas estratégicas para llevar la estrategia a nivel nacional, digamos que desde la Agenda una relación directa con nosotros, no estamos interlocutando para decir que estamos en la meta a nivel nacional, pues asumimos que los informes y escenarios donde compartimos el tema pues son un referente, pero este es el primer acercamiento que tenemos con ustedes para, poderlo mostrar desde otra perspectiva diferente a la del mismo municipio, por eso yo te preguntaba ayer como llegaron, ustedes a nosotros, tú me dices que hay una referencia por lectura de documentos.

Con el Doctor Victoria de la OPS tuvimos un acercamiento como en el mes de marzo de este año, donde precisamente la Secretaria Departamental en este esfuerzo de retomar la estrategia de escuela y de vivienda en el departamento, contacta a la OPS y se acerca al municipio a revisar los avances que nosotros tenemos en la estrategia de entornos y empezamos de nuevo a tener contacto con la OPS, pues recuerdo (yo no estaba en la estrategia), pero hace unos 8 años sé que hubo una asistencia técnica, para el tema de vivienda saludable para el municipio, pues digamos que la distancia de hace varios años acá ya es muy larga, y en ese sentido estamos en este momento haciendo una gestión con la OPS y el departamento para hacer un taller los primeros días de diciembre, donde se hará la asistencia técnica departamento – municipio - EPS, aprovechando que está el recurso, donde nosotros socializamos la estrategia de entornos con énfasis en desarrollo de escuela, la estrategia de escuela saludable, y la OPS va a actualizar sobre el tema, este encuentro es un segundo momento para profundizar un poco más en la construcción de la estrategia en el departamento, y junto con la OPS, poder tener acuerdos de salud municipal-departamental. Lo que estamos demandando a OPS es mayor acompañamiento conjunto, independiente de los avances del municipio, la OPS nos tiene que hacer un acompañamiento que es directo, y los instrumentos, desarrollos de guías, metodología, están dados desde la OPS, es mas vemos que los esfuerzos locales por construir materiales educativos, están trascendiendo de manera que OPS ya tiene unos logros y documentos en el tema, y vemos también materiales de entornos saludables, de OPS con Ministerio, que tiene formalizados como línea para todo el país, y lo que hay es

que recibir esa transferencia de tecnología, y lo que entendimos es que nosotros como departamento y municipio tenemos es que dar los recursos para publicar después, para sacar el materia, digamos que hemos hecho desde Secretaria de Salud esfuerzos, para construir los materiales desde nuestros alcances, pero la idea en este momento es que revisemos y ajustemos, cosechando la experiencia que tenemos, y aprovechar lo que el Ministerio y OPS nos está entregando.

CAROLINA: ¿De acuerdo a su experiencia considera que la EES ha tenido el impacto planteado en los documentos emanados por los Ministerios para el desarrollo de la misma?

YAMILE: digamos que claro, los lineamientos digamos que es que cuando hablamos de escuela, se empieza a hablar de escuela saludable, luego de vivienda y luego ya se amplía a entornos saludables, pues digamos que estamos gradualmente implementando como tal, en entornos hasta hace poco empezamos a entrar en el lineamiento de entornos, digamos que yo pienso que de manera gradual se ha implementado, nuestra intervención obedece a lineamientos, por eso en escuela se mide el impacto y en los demás entornos estamos en proceso de implantación, poder medir indicadores y en ese es el plan que estamos en este momento con la OPS, porque nosotros hemos desarrollado algunos documentos, pero necesitamos alinearnos a nivel nacional, con la OPS para que realmente los sistemas de información y la vigilancia que podamos hacer a la estrategia, realmente obedezca al nivel nacional de manera unificada.

CAROLINA: ¿Considera que existe algún factor que no permite que la EES tenga el impacto necesario en su área de influencia? Cual.

YAMILE: estamos en un muy buen momento y estamos cosechando los esfuerzos de muchos años y en este momento en el marco del CONPES 3550 hay una gran oportunidad, fuera de que se ha venido vendiendo la estrategia a nivel municipal, de tal manera que vemos que hay aliados estratégicos, gente que está involucrada en la estrategia y desde el punto de vista intersectorial y digamos que aspiramos a una mayor consolidación, a partir del piloto, digamos que Cali en este momento es piloto para la implementación del CONPES, a nivel de escuela, y otro es que estamos en unos pilotajes a nivel municipal para el modelo de salud, y en estos pilotos estamos haciendo un proceso político de gestión con el alcalde y con los tomadores de decisiones para que se normaticen el comité cívico de entornos en área intersectorial municipal desde a donde se trabajen estos impactando al municipio, entonces digamos que estamos en un buen momento cosechando lo que se ha trabajado, normativamente, hay oportunidades, hay un acompañamiento y el ser piloto Cali ha permitido una línea directa con el ministerio y es una oportunidad que no vamos a perder y de que además que se hace una mejor relación con el Ministerio, permite comunicación, que nos estaba haciendo falta.

Entrevista No. 4. Pauta de Entrevista B**Dr. Eduardo Guerrero**

Consultor Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública Experiencia de 23 años con la OPS en Guatemala, Argentina, Brasil, USA, Salvador (construye visión latinoamericana de los problemas de salud). Consultor Universidad Antioquia.

Fecha: 05 de noviembre de 2010

Lugar: Cali

De acuerdo con su experiencia en el tema, le agradezco su respuesta a las siguientes preguntas:

CAROLINA: ¿De acuerdo con su experiencia qué fortalezas y debilidades tiene la Estrategia de Entornos Saludables (EES) desde la institución que usted representa?

EDUARDO: mira yo diría que la promoción de la salud tuvo tiene y tendrá una fortaleza muy grande que incluso el profesor Franco la comentó ahora, y es el comienzo de trabajar con la idea de promover y proteger, es una idea de la nueva salud pública, que no se concentra en el manejo de los riesgos y de la prevención de las enfermedades sino que busca promover condiciones donde la gente pueda vivir mejor, y por eso promover la salud se coloca como una acción que mira generar una cultura de proteger la vida, las condiciones de vida, la forma de vivir de la gente y de construir ambientes saludables, cualquier espacio a donde yo transite debería ser saludable, si yo estoy caminando por la calle y soy transeúnte debería tener condiciones de respeto en esa vía, ósea en ese sitio para poder proteger mi vida y tener unas relaciones de respeto entre quien conduce y quien camina, entonces eso significa una cultura diferente en las personas, y previene o evita circunstancias como un accidente, eso es muy importante en el espacio de la escuela, en el espacio público, se ha demostrado en muchos lugares que prevenir la violencia para los adolescentes, el tener lugares de recreación, de arte de cultura, de conversación, de paseo a donde la gente pueda conversar es suficiente para que la violencia se reduzca y eso hace condiciones en donde la gente tiene confianza, mejora su autoestima y genera la posibilidad de tener lazos y redes de las personas y un proceso de pertenencia en donde viven la promoción de la salud, es una *cultura de vida* que se da en todos los espacios, sin embargo debería de surgir de donde? cuando se hace el planteamiento de la OPS debería surgir de los alcaldes, se estaba trabajando en la descentralización donde nace el movimiento de los municipios saludables, el estado estaba descentralizando los municipios donde se busca que los procesos donde la autoridad municipal como cabeza a la comunidad pues realmente pudiera generar Políticas públicas para generar espacios saludables y ganarse el título de generar ese tipo de cultura, eso fue decayendo en el tiempo, uno tiene que reconocer que no todos los países de la región de las Américas avanzaron a la misma velocidad, ni tomaron las diferentes formas, Europa trabajo no tanto con la idea de municipios saludables sino municipios seguros, entonces se crearon unas redes de ciudades seguras y la región de las Américas trabajó mas con la idea de municipios saludables en sentido de la promoción y protección y no tanto con la prevención de un riesgo específico. Decayó en alguna forma porque en los países comenzó a promulgarse el modelo neoliberal a partir de los años 80, produjo una ruptura del ejercicio de la salud pública, al generarse los modelos de aseguramiento el modelo de aseguramiento individualizó el manejo de las cosas y entonces le dio a las personas la opción de escoger donde curarse pero no le dio opciones de donde protegerse y donde tener espacios para poder vivir adecuadamente,

entonces la única opción que dio el modelo de aseguramiento es donde te podemos curar cuando te enfermes y rompió con los esquemas territoriales y al hacerse la ruptura de los esquemas territoriales y al perder el espacio, como el entorno de trabajo eso hizo que se redujera el ejercicio público de ayudar a promover la salud, entonces quedaron muchos grupos, muchas universidades, ONG y lugares académicos donde se mantiene esa idea, pero que al reducirse esa idea entonces se reduce a la escuela, se focaliza en el trabajo, se focaliza en el parque y en miles de cosas. Pero no de manera integral desde la autoridad pública, de gobierno que debería coordinar con todas las instituciones, ese efecto se ha perdido desafortunadamente y por eso ahora se ha fragmentado, entonces uno tiene trabajo en el entorno de la escuela, en trabajos en el parque, en la universidad pero no hay una dimensión urbana o municipal que era como nació la idea de municipio saludable, por eso hoy se habla menos de municipios y más de entornos, el hecho de que se hable de entornos ha generado una cuestión que para mí debilita, porque produce enfoques verticales, que instrumentalizan un espacio entonces solo las escuelas por un lado, los de salud ocupacional por otro lado, los de hospitales seguros y saludables por otro lado, y entonces no existe una comunicación de los diferentes grupos que trabajan esto, y se perdió esa conectividad de la protección integral que se quería hacer con la promoción de la salud, a través de la idea de municipios saludables.

Creo que ese es digamos como la historia y yo diría que el otro punto que uno podría anotar como fortaleza, creo que de Colombia, Medellín ha hecho un buen trabajo en eso, la prevención de violencia, que el ciudadano se sienta estimado, que le puedan construir un Metrocable que va por todos los barrios más pobres y más deprimidos hace que el ciudadano se sienta incluido en el problema de la ciudad, no solo el metro es para el ciudadano que tiene más recursos o un ciudadano medio, sino que el servicio de transporte al llegar a las comunas hace que la ciudad se sienta incluida en el proceso que la ciudad está haciendo, además de otros programas que pueden articularse desde el orden municipal, entonces hay algunos municipios, que han mantenido una visión de trabajar por la vida, se han mantenido, pero no es algo que sea una política pública que tenga recursos importantes dedicados a eso, es el esfuerzo individual de una autoridad política que quiere hacerlo y que considera que es positivo, pero no es un mandato de política pública, que diga que todas las instituciones y todos los municipios deberían trabajar en eso y que hay recursos y financiamiento para que eso ocurra. Sin embargo el CONPES ayuda y fortalece este tipo de propuestas.

CAROLINA: ¿Considera que existe suficiente articulación y apoyo del comité técnico nacional de entornos saludables, para el desarrollo de la EES en su área de influencia?

EDUARDO: yo creo que en Colombia hay un apoyo interesante y que se están desarrollando propuestas en diferentes sitios, existe una propuesta en San Andrés, una propuesta en Chocó, en diferentes sitios y lugares que podrían ser más abarcativas y generales, aunque se está trabajando con proyectos específicos para seguir adquiriendo la experiencia desde ese punto de vista yo creo que hay un apoyo y voluntad política, podría ser mucho más amplia, fuerte y tener más recursos para que realmente eso pueda avanzar, yo pienso que Colombia tendría una oportunidad muy importante si se logra avanzar, trabajar más con la visión de los municipios, en algunos casos las circunstancias políticas hacen que eso no ocurra porque en la mayoría de los países la autoridad de gobierno nacional, no es el mismo partido digamos de la ciudad más importante del país y eso produce rupturas en las políticas públicas en los niveles nacionales, municipales, y departamentales y eso genera algún tipo de dificultades, yo creo que si hay un apoyo y la intención de hacerlo.

CAROLINA: ¿Cuáles son los principales retos que se plantean desde su institución o área de influencia para que la EES este acorde con los lineamientos nacionales del país?

EDUARDO: yo creo que el tema más importante es la capacitación de recurso humano, me parece que todos los países incluyendo Colombia, tienen una debilidad en la formación de recursos, en los conceptos, en las bases, teóricas, en los métodos, en los instrumentos y en las formas de evaluar, este tipo de propuestas y eso requiere un proceso de formación de recurso, de liderazgo que quizás es en donde hay que invertir más, ósea hay que invertir y formar más recursos humanos capacitados, que no solamente tengan la idea, sino que tengan metodologías de cómo elaborar esto, y puedan sistematizar la experiencia que ha ocurrido en diferentes países y solo con la sistematización de experiencia, es que uno podría decir que existe gente capacitada, con liderazgo para poder avanzar en este tipo de procesos de Entornos saludables y yo personalmente pienso que se debe escribir una propuesta que vaya hacia la planificación urbana de los entornos urbanos y no irse con la idea de fragmentar los entornos para ir trabajando, yo particularmente pienso que sería mucho mejor.

CAROLINA: ¿Considera que el componente de Escuela Saludable ha tenido el impacto que se planteó en los lineamientos nacionales en su área de influencia? ¿Qué le falta para conseguir este propósito?

EDUARDO: yo pienso que Colombia tiene unas fortalezas interesantes, instituciones como PROINAPSA en Bucaramanga han liderado un proceso de formar recurso humano, de metodología, de generar cajas de herramienta, de generar una cantidad de formas de cómo hacer, el trabajo de las escuelas saludables, en conjunto con la OPS y pienso que ha tenido una repercusión importante, yo creo que esto requeriría una inversión mayor, por parte del Estado, por parte del gobierno y requeriría unos procesos de participación social, mucho más profundos, porque esta construcción de promoción de la salud no es un problema únicamente del estado, sino de que el ciudadano se sienta incluido para así, la gente decida, entonces se empodere, entonces si el ciudadano se empodera, puede decidir que si es un parque, como quiere su parque, como deben ser las rutas, como debe ser la vía, si a él, todo le llega solucionado y resuelto, entonces no se empodera y no tiene posibilidad de opinar de su espacio y su decisión, entonces hay que trabajar en el empoderamiento de los ciudadanos y las decisiones, para poder estar al lado de la autoridad, muchas veces los mismos cambios que están ocurriendo en la transformación de una ciudad, el ciudadano no los está entendiendo, entonces la gente se siente mal, cuando se construye un Transmilenio, el MIO, todo el mundo siente, dificultades y protesta, pero si hubieran estado incluidos en la propuesta, posiblemente protestarían menos.

CAROLINA: ¿Qué resultados o aportes ha traído el componente de Escuela Saludable en su área de influencia?

EDUARDO: yo no conozco en Colombia estudios específicos que hayan evaluado eso, yo pienso que una de las debilidades de esta propuesta, es de que no se tienen indicadores, ni líneas de base que uno pueda decir, que es lo que cambiamos y si se tienen una serie de anécdotas, de hechos, de experiencias, pero no hay una sistematización que te este evaluando los resultados y yo pienso que habría que incorporar en el trabajo. Hay que mejorar y no solamente aquí en Colombia, en muchos países hay dificultades en la evaluación, y que significa una escuela saludable, cuáles

son sus indicadores, y cuáles son las características de la escuela y que uno pudiera evaluar eso.

CAROLINA: ¿Conoce sobre la Red de Escuelas Saludables?

EDUARDO: sobre la Red de escuelas saludables no la conozco. En Latinoamérica hay una Red que existe también, en general todas las personas que trabajan en escuela se mantiene unidos y hay diferentes grupos, esas redes se han debilitado un poco, o no tienen mucha fuerza, perdieron su fuerza cuando dejaron de recibir recurso de la OPS y se redujeron recursos y no se financiaron congresos de la Red Latinoamericana de Escuelas promotoras de salud, esto les dificultó a los miembros de esta red la posibilidad de tener mayor vitalidad, se han mantenido porque la idea es buena, pero no tan vitales como hace 5, 6 10 años estas redes de escuelas promotoras.

CAROLINA: ¿Cómo se puede fortalecer esta red según su experiencia?

EDUARDO: No conozco mucho en profundidad.

CAROLINA: ¿Conoce la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el desarrollo de la EES y el plan de acción intersectorial?

EDUARDO: no conozco a profundidad pero Marcelo Korc. De la OPS digamos que fue la persona que más tuvo que ver con esta propuesta de escuelas y entornos saludables, el mismo la generó. Yo te diría que otra persona que reemplazó a Marcelo fue el Dr. Teófilo Monteiro y de pronto si lo entrevistas a él vas a obtener información más precisa. Porque no conozco los detalles de los últimos años sobre esto.

CAROLINA: ¿De acuerdo a su experiencia considera que la EES ha tenido el impacto planteado en los documentos emanados por los Ministerios para el desarrollo de la misma?

EDUARDO: yo personalmente pienso que es incipiente, que es una experiencia, propuesta por el Ministerio que tiene unos dos o tres años y que le hace falta tener un recorrido mucho más profundo para poder mostrar resultados y que hay que darle un tiempo mayor para poderle obtener unos resultados.

CAROLINA: ¿Considera que existe algún factor que no permite que la EES tenga el impacto necesario en su área de influencia?

EDUARDO: yo pienso que el financiamiento reducido, hace que no se pueda avanzar y estas estrategias requieren decisión política y requieren recursos humanos capacitados y recursos para poder llevar ese tipo de acciones e indudablemente este tipo de estrategias tan importantes hay necesidad de fortalecerlas en los recursos, en los medios, en el financiamiento, en la capacitación de la gente, y pienso que en el empoderamiento de las personas, si las comunidades no están empoderadas entonces las estrategias se frenan, no hay un impulso por parte del estado, no hay suficiente capacitación y no hay impulso a la organización, ellas pueden caer y eso no debería ocurrir porque si realmente es genuina y la gente cree en eso, entonces debería continuar el trabajo con maestros, con personal y estudiantes tendría que tener esa vitalidad para no desaparecer y creo que eso debería de profundizarse más.

Entrevista No. 5. Pauta de Entrevista B**Dr. Gustavo Cabrera Arana**

Profesor Facultad de Salud Pública sede Medellín

Universidad de Antioquia

Fecha: 04 Noviembre de 2010

Lugar: Cali

De acuerdo con su experiencia en el tema, le agradezco su respuesta a las siguientes preguntas:

CAROLINA: ¿De acuerdo con su experiencia qué fortalezas y debilidades tiene la Estrategia de Entornos Saludables (EES) desde la institución que usted representa?

GUSTAVO: primero hablemos de las fortalezas: en la facultad Nacional de Salud Pública hay unas fortalezas, porque hay varios grupos de trabajo que orientan sus acciones de investigación de docencia de extensión al tema de la intervención o creación de condiciones organización o creación de varios de esos grupos, que tienen a personas con un alto nivel de formación, cuando digo un alto nivel de formación es que son personas preparadas o capacitadas a nivel de maestría o doctorado y si no están formados a nivel de doctorado, muchos de ellos están formado a nivel de maestría o sino de especialización en los aspectos en los que ellos desarrollan su labor.

Entonces ya llevamos dos fortalezas y la tercera que se podría decir como una fortaleza es que sea cual sea el contexto o el entorno se quiere hacer un desarrollo hacia la promoción de la salud, estas personas tienen unos ejes temáticos que son relativamente estables, eso es bueno porque las personas no están tomando unos asuntos por semestre o por año sino a lo largo del tiempo, entonces yo le podría decir que esas tres son la fortalezas.

Me parece que haciendo un análisis juicioso de lo que se ha contemplado en la pregunta que son debilidades por Ej. que la facultad, como facultad no haya hecho una puesta específica hacia ciertos temas me explico es mas deseo o una intención que los grupos de trabajo, de esos grupos que le mencioné de trabajar en ciertas líneas temáticas, pero institucionalmente sería más favorable que eso fuera un plan de la facultad una iniciativa de la facultad en la que las personas aportan su formación, experiencias habilidades eso haría que el proceso fuera más eficaz, más eficiente más efectivo, hay ahí una debilidad. Otra debilidad respecto a esto, es que derivado de lo anterior hay una amenaza y una debilidad permanente en las dinámicas de esos grupo y es que algún profesor decide salir hacer estudios de doctorado o encargo de actividades administrativas deja esas prioridades, pero es una debilidad porque se cumple mas el interés de una persona que el de la institución o va a comisión debería seguir otra persona igual de calificada en su trabajo.

Otra debilidad es que en los planes de trabajo (contrato que firma con la institución), tiene elementos en la UA o universidad pública colombiana, son fuertes para ser visibles el tema de docencia o investigación, pero los planes de trabajo podrían fortalecer este tipo de desarrollo de proyectos de investigación y docencia pero en entornos saludables. Me

explico el entorno saludable para salud mental, salud ocupacional, etc. Cada profesor que hace plan de trabajo de semestre, debería comprometerse de manera más coherente al respecto.

CAROLINA: ¿Considera que existe suficiente articulación y apoyo del comité técnico nacional de entornos saludables, para el desarrollo de la EES en su área de influencia?

GUSTAVO: a mi parecer y percepción la articulación no es suficiente, el apoyo del comité es pobre porque la expresión de un comité desde el punto de vista de política, las grandes estrategias, las líneas de acción no se expresa de manera sistemática de manera contundente, objetiva, una cosa es que se conozca la propuesta o la iniciativa, pero por ej. En OPS –Colombia hay un responsable el Dr. Monteiro, pero su presencia en una institución como la nuestra debería ser más fuerte, es decir cuerpo a cuerpo, porque a veces el tema de la comunicación electrónica o llamadas no es suficiente, digamos que la articulación es pobre y el apoyo es bajo.

CAROLINA: ¿Cuáles son los principales retos que se plantean desde su institución o área de influencia para que la EES este acorde con los lineamientos nacionales del país?

GUSTAVO: el gran desafío es que el plan nacional de salud publica además de expresar lo que expresa, tenga la posibilidad de articular en esos lineamientos de país este tipo de iniciativas, pero casado con el tema de salud pública o política pública, o legislación del asunto para que como política o pensamiento de ideas se vuelva una realidad desde el punto de vista legal, administrativo y regulatorio, en el ámbito de todos los sectores que tienen que ver con la salud de las poblaciones, en ese orden de ideas el desafío esta que además de la política y de la regulación se pueda bajar a nivel de cómo opera eso, como se hace, si se tiene claro que se piensa, como se regula y como se hace las tres cosas pueden funcionar.

CAROLINA: ¿Considera que el componente de Escuela Saludable ha tenido el impacto que se planteó en los lineamientos nacionales en su área de influencia? ¿Qué le falta para conseguir este propósito?

GUSTAVO: en el área de influencia de la facultad de salud publica siento que no, sé que hace un quinquenio hubo un proyecto con muchos recursos y desarrollos, de municipios saludables que era del ámbito departamental, la facultad de Antioquia era el operador de la iniciativa con recursos de departamento, pero ahí hay un antecedente que municipio saludable con principios de escuela saludable no logró los impactos esperados en el orden nacional, y de hecho esa iniciativa siendo del orden departamental se desdibujó en el tiempo cuando perdió el soporte político, los recursos dejan de llegar y la iniciativa se debilita, los grupos se desintegran. Que le falta entonces a la iniciativa, que tenga continuidad en el tiempo, recursos suficientes y sobre todo que tenga las personas idóneas para hacerlo. Porque en ese juego de voluntad política y asignación de recursos sería interesante encontrar líderes que sepan del tema, en este caso escuela saludable y que puedan hacer que ocurran en la realidad. No es nada más que el líder dirija un grupo sino que tenga alto nivel de formación y lo demuestre. Sino que exprese que entiende el contexto, en escuela saludable muchas cosas podrían hacerse cuando la persona entiende el comportamiento de los escolares, el fundamento teórico, conoce modelos para cambio de la organización (escuela y ambiente), fundamentos de modelos con cambios comunitarios y sociales. Estoy convencido de esto en este país no se pueden seguir haciendo planes, programas, estrategias en donde la gente no tenga el

conocimiento teórico, si no sabe que es el cambio, social, organizacional, comunitario, del individuo y no entiende cómo opera esto, desde el punto de vista de las personas en cuanto a salud riesgo, hasta lo social y si se opera un plan de acción sin esto no se hace nada.

CAROLINA: ¿Qué resultados o aportes ha traído el componente de Escuela Saludable en su área de influencia?

GUSTAVO: esos resultados son una experiencia que se realizó, involucrando un grupo grande de personas, por ej. Antioquia tiene 125 municipios, pero igual cuando solo tiene 40 municipios el resultado debió ser mucho mayor. Pero me parece que los resultados fueron marginales, porque los proyectos tienen éxito, si después de que se extingue el apoyo político o los recursos, tiene continuidad, si las personas de los municipios se han apersonado de los liderazgos, si el cambio de organización ocurrió, pero si esto no ocurre los resultados son simplemente marginados, ósea cambian cosas estéticas, visibles físicamente, pero impactos en la salud, sociales son difíciles de medir mas si quienes lideran las iniciativas no tiene claro como se hace para evaluación, viendo sólidamente el rastreo o generación de evidencia, sin esto las cosas no tiene sostenibilidad, ni visibilidad.

CAROLINA: ¿Conoce sobre la Red de Escuelas Saludables?

GUSTAVO: no conozco, sé que la universidad ha trabajado al respecto mediante diferentes iniciativas en el pasado otras en el presente.

CAROLINA: ¿Cómo se puede fortalecer esta red según su experiencia?

GUSTAVO: se debe fortalecer el alcance y el nivel de participación, es decir que es lo que se pretende con la red y como la institución puede fortalecer esos desarrollos, académicamente con personas con más alto nivel que se involucren y que tengan liderazgo porque el académico no solo tiene la responsabilidad de formar gente sino también de hacer mover estos temas, a nivel municipal, departamental, nacional e internacional. Por ejemplo en la universidad hay adscritos 50 profesores entre tiempo completo, vinculados y ocasionales, todos deberían ser líderes en los temas que están involucrados y no es así. De estos pocos lideran las áreas de interés.

El trabajo en red es más eficaz, las personas cuentan y enseñan experiencias, se pueden compartir ideas ideológicas, políticas y de acción, no comportando en trabajo en redes en donde hay instituciones que ganan protagonismo sobre otros.

CAROLINA: ¿Conoce la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el desarrollo de la EES y el plan de acción intersectorial?

GUSTAVO: no los conozco.

CAROLINA: ¿De acuerdo a su experiencia considera que la EES ha tenido el impacto planteado en los documentos emanados por los Ministerios para el desarrollo de la misma?

GUSTAVO: el impacto ya lo hemos mencionado sería marginal, y digamos que sería falacioso, mentiroso, atrevido y desproporcionado señalar que esa iniciativa tiene

impactos deseables pero no reales. Una evidencia débil es la documentación de tipo político técnico sin fundamento.

CAROLINA: ¿Considera que existe algún factor que no permite que la EES tenga el impacto necesario en su área de influencia? ¿Cuál?

GUSTAVO: me parece que el factor clave en cuanto el impacto si no se tiene en el ámbito departamental, nacional e institucional una persona capaz de entender lo que hay por detrás de una iniciativa como esta, ese tema ya entra “cojo” y es debilitado porque las personas no son capaces de profundizan en el análisis de los componentes que cada cosa que a ser tocada, la organización, la familia, lo comunitario, las personas deben desarrollar, si usted no tiene capacidad para desarrollar eso, su capacidad técnica solo son cositas del hacer el taller, la charla, plegable, etc. Si usted no tiene claro como un plegable cambia una actitud, un valor, una creencia, cambia un conocimiento o alguna otra habilidad ese trabajo se perdió.

Entrevista No. 6. Pauta de Entrevista B

Dr. Luís Fernando Rodríguez Ibagué

Profesor Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

Fecha: 10 de diciembre 2010

Lugar: Bogotá

De acuerdo con su experiencia en el tema, le agradezco su respuesta a las siguientes preguntas:

CAROLINA: ¿De acuerdo con su experiencia qué fortalezas y debilidades tiene la EES desde la institución que usted representa?

LUIS FERNANDO: como fortalezas, algo importante de la estrategia es que es intersectorial e interdisciplinaria, yo creo que eso es fundamental y es una fortaleza de la estrategia, la otra fortaleza es el tema de la participación ciudadana, comunitaria, de redes, de grupos académicos, de investigación de sectores políticos, en el tema de la intersectorialidad, entonces participación interfecto porque la estrategia hace que confluyan muchos sectores, posiblemente se piensa que en la estrategia solo depende de educación, pero como la estrategia es intersectorial tiene que ver salud, medio ambiente, infraestructura y planeación.

Desde la universidad del Rosario nosotros hemos trabajado con algunos municipios en el tema de municipios saludables y con Nocaima en el tema de escuela saludable, hemos

trabajado programas específicos con los niños que buscan mejorar su calidad de vida, programas como nutrición saludable, salud sexual y reproductiva en ese componente.

Las debilidades a nivel general de la estrategia, es que no es muy conocida y dificulta la apropiación de la estrategia, además de conceptualmente está mal denominada porque algunos lo llaman estrategia, otros programa, otros proyecto y algunos la vinculan como política pública. Yo creo que no es ni estrategia, ni política, no es política porque para que sea debe estar en la agenda pública, y no en todos los entes territoriales, ni municipios se toma la estrategia. Pues lo cuelgan a un área que es educación y que no hay intersectorialidad ni integralidad de la estrategia.

Otra debilidad es el tema de financiación, si uno quiere hacer un programa o una política este tema es importante, y no todos los municipios tienen claro para desarrollar la estrategia o el proyecto la asignación presupuestal, sin plata no se hace nada, y creo que esa es una debilidad, hasta que la estrategia no esté en la agenda pública, cuando yo hablo de la agenda pública y la agenda política es que este en los planes de desarrollo, y cuando está en estos planes hay asignación presupuesta, y se podrían empezar a pensar que se está trabajado en una política específica. Desde la experiencia que nosotros tenemos en la universidad con los programas es que básicamente se convierten en proyectos asistencialistas, porque son programas que algunas instituciones los organizan y posiblemente eso le sirve para mostrar dosificadores al alcalde y para la foto, pero digamos que no hay continuidad, porque desafortunadamente este tipo de programas dependen del mandatario local y cuando esto pasa y si le gusta, impulsa la estrategia, el programa, no importa como se llame, puede ser estrategia, proyecto, puede ser parte de su agenda política, pero cuando termina su mandato o no le interesa el tema, termina todo allí. Eso puede ser una gran debilidad, por eso lo clave que se vuelva una política pública, pues ya se evidencian las necesidades sentidas que el estado tiene que manejarlas y resolverlas, cuando yo tengo eso es porque están en la agenda, ligados a los planes de desarrollo y estos a su vez mirado como un plan de ordenamiento hacia el futuro, eso es importante.

La otra falla que veo desde el punto de vista de la estrategia de escuela saludable, es la apropiación de los profesores sobre el tema, pues posiblemente vemos responsabilidad en sector salud del tema y desconocimiento de educación de cuál es el papel de la estrategia en ese sector educativo, no todos los profesores y rectores conocen del tema, debería ser transversal, como por ejemplo cosas específicas como hablando de educación en el currículo en las asignaturas, porque posiblemente la estrategia en educación se convierta en actividades específicas del día blanco por decir algo que lo tiene los municipios o departamentos, como decir el día de la salud, pero no es algo transversal, diferente por ejemplo lo que se tiene en Cuba que si la manejan, por ejemplo desde las clases de matemáticas le enseñan al niño cuantas calorías debe comer en un alimento y ahí se trabaja en escuela saludable, desde la clase de educación física, la importancia de actividad física para la salud, desde la clase de geografía la importancia de cosas de la salud y ahí se vuelve transversal. Si transformamos ese tipo de cosas en niños el futuro va a ser mejor. Desde ahí ya se trabaja en escuela saludable. Importante la transversalidad, la integralidad y la intersectorialidad. Y creo que ya nombre el tema presupuestal, si este no existe el rubro es difícil llevar a cabo una estrategia como una política, porque se vuelve de segunda opción para los mandatarios porque no está en sus ejes de desarrollo.

CAROLINA: ¿Considera que existe suficiente articulación y apoyo del comité técnico nacional de entornos saludables, para el desarrollo de la EES en su área de influencia?

LUIS FERNANDO: Bueno la verdad no sé qué apoyo pueda tener el comité, sé que hay lineamientos nacionales y creo que los avances que se han dado con la agenda intersectorial, comité nacional han sido positivo pero no sé cómo baja esa información a nivel regional y cuando hablo de nivel regional es a los departamentos, en este caso gobernaciones y secretarías departamentales, y como baja a los municipios, posiblemente baja a los departamentos y no a los municipios, si usted mira por ejemplo que municipios tienen la estrategia como tal, pues uno dice muy pocos en el país, pues la estrategia queda en el sector central y eso se convierte en una debilidad como fue el tema anterior y es la descentralización, la política debe ser descentralizada, es decir si yo centralizo la política en un comité nacional, porque sé que hay comités departamentales, pero eso tiene que bajar al municipio. Yo tengo una experiencia, no trabajando con escuela saludable, sino con el tema de discapacidad en el municipio de Zipaquirá hace unos años, y el tema es que los comités se convierten en reuniones de las mismas personas, entonces hasta que la política no se descentralice y para esto es fundamental la delegación y la desconcentración. Pero si yo soy alcalde puedo decir que bueno hacer una estrategia de entornos saludables, pero en donde está la plata, cuando muchas veces los municipios en Colombia no están descentralizados, creo que el 80% de los municipios no están descentralizados y cuando no están descentralizados todas sus acciones de salud pública dependen del Departamento, ej. Boyacá y Cundinamarca, este último con 16 municipios descentralizados de 116 municipios, y cuando el municipio no tiene autonomía dada por la Ley 60 y la 715. Pues digamos que autonomía tiene para implantar programas, proyectos o políticas, por eso el tema de la descentralizaron, yo creo que es crucial porque yo como mandatario local puedo tener voluntad política, digamos de hacer cosas desde salud pública en el tema de escuela saludable, pero posiblemente no tengo la autonomía porque no estoy descentralizado y el municipio hace lo que le mande el departamento y muchas veces el departamento no tiene ni idea de lo que pasa en este, la necesidad sentida de la gente, entonces implementan cosas que no requiere el municipio.

CAROLINA: ¿Cuáles son los principales retos que se plantean desde su institución o área de influencia para que la EES este acorde con los lineamientos nacionales del país?

LUIS FERNANDO: bueno desde la institución el Dr. Alvarado es el director del proyecto y es parte de la responsabilidad social trabajar en municipios en la actualidad tenemos Nocaima, Mesitas, Ocaña en Santander para trabajar en la estrategia.

Los retos son disminuir las desigualdades sociales, como nosotros trabajamos en un municipio y disminuimos la inequidad social. Y lo otro es que en Colombia existe un programa de migración de los campos a la ciudad, parte de nuestro objetivo es decirle a la gente que con el tema de entornos saludables hay unos temas de escuela saludable útil, hay otro que se llama empleo, salud pública y la idea es decirle a la gente en el nivel local que tiene posibilidades de desarrollo. El reto es mejorar el desarrollo a nivel local y mejorar la calidad de vida, en los proyectos de la Universidad en este momento. Yo creo que otro reto que nosotros nos planteamos es incluso desde la universidad, trabajar en interdisciplina, la estrategia surgió desde la facultad de medicina y ciencias de la salud, donde inicialmente participó medicina y otros programas, pero hoy está psicología, administración de empresas, ciencias políticas y ahí está otro reto es que nosotros aprendamos a trabajar con las demás profesiones, con un objetivo común, en el fondo

todos trabajamos por mejorar la calidad de vida, por mejorar el desarrollos pero si todos nos unimos en una sola causa, el impacto de los proyectos va a ser mejor, y si ustedes miran algunos proyectos que se han manejado en el tema de entornos saludables, municipios saludables, viviendas saludables, hay un problema gravísimo, es que la mayoría están metidos en el sector salud. Si a mí me preguntaran donde debería de estar la estrategia o cuáles son los retos, es que la estrategia debería de estar en planeación, porque esta es la que hace planeamiento estratégico del municipio, sabe para donde vamos y todos los demás sectores deben confluir. Y se deben hacer secretarías técnicas donde cada dos o cuatro años, la responsabilidad es salud, educación, saneamiento básico. Pero posiblemente puedo montar una estrategia de escuela saludable desde el punto de vista de salud porque hay enfermedades infecciosas, problemas de la salud de niños y jóvenes. Hay el tema es saneamiento básico, y posiblemente solucione el problema, pero salud pública no lo va a solucionar, entonces digamos que ahí está el éxito de trabajar con la interdisciplina y con lo intersectorial y el reto también es sacar esos programas de algunos sectores, el caso de municipios saludables a veces han dependido de secretarías de salud, en otras de planeación, el reto es que todas las instancias del municipio tienen que ver con la estrategia.

CAROLINA: ¿Considera que el componente de Escuela Saludable ha tenido el impacto que se planteó en los lineamientos nacionales en su área de influencia?

LUIS FERNANDO: una de las debilidades que tiene el país en los programas sociales es evaluar el impacto. Muchos programas se hacen y no se evalúan, uno mira indicadores de cobertura, la foto, pero el impacto no se mide. Yo creo que en Colombia faltan desde el punto de vista de política social evaluar impacto, en Tolima sé que la estrategia de escuela saludable es fuerte y que ellos han evaluado el impacto, pero este se evalúa mejorando la calidad de vida de las personas, los indicadores de salud, si es el tema por ejemplo de escuela saludable, disminuyendo la deserción escolar y mejorando los niveles de nutrición. No conozco ningún estudio que evalúe impacto, yo creo que es un reto para la academia y las personas que hacen investigación, evaluar impacto de programas y políticas sociales.

CAROLINA: ¿Qué resultados o aportes ha traído el componente de Escuela Saludable en su área de influencia?

LUIS FERNANDO: bueno, creo que resultado en lo que he trabajado en la Universidad en Nocaima específicamente es mostrar a la gente que en algunos de los programas que nosotros trabajamos es mejorar la calidad de vida, y algo que necesita el país es trabajar en el eje de la sociedad que es la familia, cuando se trabajan en los colegios con los niños en transformaciones sociales, ellos son los mejores educadores de los padres. Cuando el niño se le enseña a lavarse las manos, es que debe consumir alimentos lavados, ellos educan a los papas, y creo que trabajamos en transformación social en ese pedacito de Colombia que pueden ser esos municipios y hay mejoramos la calidad de vida. Aportes como tal creo que nosotros trabajamos como Universidad privada el tema de co-responsabilidad social, muchas veces en todas las universidades somos muy arrogantes, nos metemos en núcleos y trabajamos solo en las grandes ciudades, el Colombia el 30% de la población vive en el sector rural y el 70% en el urbano y la mayoría de nuestros programas los desarrollamos en la ciudad, a los pueblos hay que ir porque otro de los lemas que tenemos es que la sostenibilidad alimentaría esta en lo rural y cada día se desplazan más personas, que es un problema de migración que va a

generar problema a futuro. Lo importante entonces es trabajar con la comunidad, trabajar con la otra Colombia que son los municipios y lo rural, el otro aporte es que hemos podido sabido trabajar con entidades públicas y privadas y con otras dependencias de la universidad. Muchas veces uno solo conoce proyectos que tienen el mismo objetivo y cada unidad está haciendo la misma cosa, y uno lo que debe es unir esfuerzos y posiblemente eso pasa con el tema de escuela saludable, si uno mira presupuestos y el PIC, con la ley 1122 en el PIC se hacen ciertas acciones en cierta población, en niños, en población vulnerable. Desde el sector educación, también acciones que se tienen que seguir, desde el ICBF hay otras acciones, que son aisladas, el tema es lograr la articulación que se deben tener con los diferentes sectores.

CAROLINA: ¿Conoce la red de escuelas saludables?

LUIS FERNANDO: no conozco del tema. Conozco universidad saludable, porque la universidad ha trabajado en temas específicos de estudiantes universitarios y hemos hecho un manifiesto relacionado con el tema de universidades saludables.

CAROLINA: ¿Cómo se puede fortalecer esta red según su experiencia?

LUIS FERNANDO: uno de los indicadores de desarrollo en los países de desarrollo es el nivel de asociatividad, y si uno mira los indicadores de Canadá por ejemplo esos niveles son mucho más altos que en Colombia, esta asociatividad es por ejemplo que yo como ciudadano soy un sujeto político y tengo derechos y deberes. En nuestro país es mínimo, posiblemente en las redes participan ciertas elites y se excluye al respecto la comunidad, al no haber redes de apoyo o académicas, la estrategia se debilitaría. Sé que hay redes en departamentos, por ej. El tema de municipios saludables, cuantos conoce uno en el país?, cuantos han hincado la estrategia?, pero es más por el mandatario del momento, pienso que la academia es fundamental de cómo el ciudadano como sujeto político, puede trabajar en red y como las instituciones pueden trabajar en redes que existen que están en municipios y departamentos. Incluso entiendo que se intento hacer red sobre municipios saludables, pero la paginan estaba inactiva, no hubo nunca red, ahí es donde tienen que trabajar las instituciones del sector público, del estado, posiblemente los colegios privados pueden tener redes, pero en entornos no lo sé.

CAROLINA: ¿Conoce la Agenda de Cooperación Interinstitucional para el desarrollo de la EES y el plan de acción intersectorial?

LUIS FERNANDO: si lo conozco, creo que es una posibilidad, que se sentaron actores importantes para trabajar con objetivo común y es claro, además que existe lineamiento ya para trabajar en entornos saludables y ellos definieron dos cosas, focalizaron el problema escuela saludable y vivienda saludable y eso está bien, todos los problemas en política pública se deben focalizar, nos guste o no nos guste, y una de las razones son los recursos. Creo que al comienzo fue dinamizador el tema porque las diferentes instituciones que participan, creo que con el cambio de gobierno como va la agenda de cooperación interinstitucional y como hace cooperación con lo que yo decía, porque fíjese que la agenda es desde el nivel central y de este va a los departamentos y de ahí como baja a los municipios. Nosotros nos hemos acostumbrado a Bogotá, pero no podemos compararlo con el resto del país, porque los indicadores de desarrollo son diferentes. Posiblemente la política de escuela saludable aquí está 20 o 30 años más adelante que en unos municipios, por eso es importante que la agenda de cooperación se integre vertical y horizontalmente para que tenga el impacto que quiere. Y obviamente

con el tema de los recursos, puedo hacer una agenda perfecta donde participan instituciones, ministerios, pero sin dinero es imposible que se materialice la política, porque sino estas de entrada quedan cojas y eso a pasado en municipio saludable y entornos saludable, porque si uno mira por ejemplo la normatividad existente es potestativo del alcalde si quiere o no, no lo hace, porque hay otras prioridades para el municipio u otra necesidad sentida de la población, pero sin recursos no se materializa la política. Porque si no nos convertimos en trabajar en ideales y ahí es importante entonces que la estrategia haga parte de planeación. Es interesante ver en un futuro y saber cuántos municipios tiene el rubro presupuestal para ejecutar el tema de escuela saludable. Porque posiblemente la tiene, pero realmente lo hace, con cuanta plata la articulación con el departamento, etc.

Eso se vuelve muy voluntarioso, los bolivianos dicen que fueron los pioneros en municipios saludables con Colombia y los Cubanos dicen que ellos. Para mí personalmente fue Colombia, quien trabaja desde el 86 el tema de la estrategia, pero con todos esos años, no hay una red de municipios saludables, pero Cuba si, Argentina, Chile, México inclusive tiene publicaciones en revistas. Hay falta trabajar en el tema.

CAROLINA: ¿De acuerdo a su experiencia considera que la EES ha tenido el impacto planteado en los documentos emanados por los Ministerios para el desarrollo de la misma?

LUIS FERNANDO: No yo creo que no, además porque no se ha medido, posiblemente algunos departamentos han liderado el tema, Tolima, Distrito Capital, pero a nivel nacional no hay el impacto como tal, no ha existido porque no es una política, se convierte en política cuando entra en la agenda. Política, publica y básica (planes de desarrollo), cuando no está ahí se convierte en un lineamiento mas o en un mandato mas, que puede ser del orden central o regional, pero que no les interesa.

CAROLINA: ¿Considera que existe algún factor que no permite que la EES tenga el impacto necesario en su área de influencia?

LUIS FERNANDO: factores hay mucho, uno la descentralización, si no hay autónoma en municipio no pueden hacer cosas así quieran, para descentralizar municipios hay que reformar la Ley 715 de 2001. En esta descentralización entra educación, el otro el tema presupuestal, el presupuesto público en Colombia es inflexible, pues viene prefijados por número de población o por planes específicos, el alcalde ya tiene la cobertura total en el SISBEN y no puede gastar esa plata, eso amarra a los alcaldes en lo que quiera hacer, el rubro que deja es de propósito general, es mínimo, puede ser menos del 10% del presupuesto total y con todas las necesidades, pues posiblemente la última opción es la de entornos. El otro factor es la intersectorialidad, porque no hay trabajo mancomunado porque la estrategia debe ser intersectorial, no depender solamente de educación. Pero si el problema es agua potable, el problema es de saneamiento básico, por eso hay que solucionarlo desde otra área. Y otro factor que incide es el desconocimiento de actores políticos, de mandatarios locales, de autoridades, de secretarios de salud, de planeación y eso hace que afecte el impacto de lo que realmente se quiere con la estrategia.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia internacional sobre promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. Ottawa: OPS; 1986.
2. Organización Panamericana de Salud, Organización Mundial de la Salud. Municipios Saludables: una estrategia para la promoción de la salud en América latina. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1996 [acceso 2011 Feb 15]. Disponible en: http://www.iadb.org/Etica/Documentos/ale_munic.htm
3. Rodríguez LF. La viabilidad de la estrategia de municipios saludables. Bogotá D.C.: Colección textos de Rehabilitación y Desarrollo Humano- Editorial Rosarista; 2007.
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad. Estrategia de Entornos Saludables. Documento 02. Bogotá D.C.: Nuevas Ediciones Ltda.; 2009.
5. Ippolito-Shepherd J, Cerqueira MT. Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003 [acceso 2011 Mar 03]. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/FAO/006/j0243m/j0243m03.pdf>
6. Organización Panamericana de la Salud. Municipios, ciudades y comunidades saludables. Recomendaciones para la evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2005 [acceso 2010 Mar 03]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/MCS_Recomendaciones.pdf
7. Chávez BM. Limitantes de la Estrategia de Municipios Saludables como política pública en Antioquia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2009; 27(3): 264-270. [acceso 2010 Mar 03]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0120-386X2009000300003&script=sci_arttext
8. República de Colombia. Ministerio de Salud. Municipios Saludables por la Paz. Marco de Referencia para su implementación en el país. Documento Técnico. Bogotá, D.C.: El Ministerio; 2000.

9. Organización Panamericana de la Salud. Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003 [acceso 2010 Abr 10]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_No4.pdf
10. Álvarez AE. Análisis de Políticas Públicas. Serie Temas de Coyuntura en Gestión Pública. Caracas: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD); 1992.
11. Hernández G. El Análisis de las Políticas Públicas: una Disciplina Incipiente en Colombia. RES. 1999 Ago; (4): 80-91.
12. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estilos de Vida Saludable. Kobe Call to Action, the Global Forum on Urbanization and Health. 15-17 Nov 2010. p 1-4. [Internet]. [acceso 2010 Abr 10]. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=196
13. Banco Mundial, Investigación en Salud. Universidad de Oxford. New York. 1993. Citado en Unión Internacional de Promoción de la Salud para la Comisión Europea. La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa.
14. Unión Internacional de Promoción de la Salud para la Comisión Europea. La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la Salud Pública en una nueva Europa. 2000.
15. Restrepo Helena. Promoción de la salud: desafíos y propuestas para el futuro. En: Seminario Internacional Evaluación y Políticas Públicas: respondiendo a los determinantes de la salud; Santiago de Cali 2005 Jun 14-18. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2006.
16. Beltrán Luís Ramiro. Promoción de la Salud una Estrategia Revolucionaria cifrada en la Comunicación. Tercera Conferencia Brasileña de Comunicación y Salud Adamantina; [Internet]. Brasil Nov 6-8. Brasil: Centro para Programas de Comunicación Universidad Johns Hopkins; 2000. [acceso 2010 Mar 05]. Disponible en: <http://www.comminit.com/en/node/150541>
17. Terris M. Conceptos de la Promoción de la Salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En: Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica N° 557. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
18. Public Health Agency of Canada. Promoción de la Salud. Perspectiva general de los avances e iniciativas recientes. [Internet]. [acceso 2010 Mar 06]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/promo-spanish.php>
19. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. [Internet]. Alma-Ata,

- URSS: OMS; 1978 [acceso 2010 Mar 06]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
20. McKeown T. El papel de la medicina. ¿Sueño, Espejismo o Némesis? México: Siglo XXI. 1982.
 21. Max Neef M. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro. Fundación Dag Hammarskjold, Santiago de Chile, 1986. Citado por Ministerio de Salud del Perú. Marco Conceptual y Metodológico para el Abordaje de Promoción de la Salud. [Internet]. Perú; 2005. [acceso 2010 Mar 06]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/dgps/Modelo_Abordaje_27.doc
 22. Colombia. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá, D.C.: OPS/OMS; 1992.
 23. Cerqueira MT. Health-Promoting Schools. World Health. The Magazine of the World Health Organization, 49th Year, No. 4, Jul-Aug 1996.
 24. República de Indonesia. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Jul 21-25; [Internet]. Yakarta; 1997. [acceso 2010 Mar 22]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf
 25. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2008. [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2008 [acceso 2010 Mar 22]. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf
 26. República de México. Declaración de México sobre Promoción de la Salud. Adoptado en la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Jun 5-9; [en Internet]. México D.F.: 2000. [acceso 2010 Mar 23]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
 27. Ippolito-Shepherd J. (Editor). Proceedings First Meeting and Creation of the Caribbean Network of Health-Promoting Schools. Bridgetown, Barbados. Nov 2001. Washington, DC.: PAHO/WHO. 2002.
 28. III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud; Quito, Ecuador 2002 Sep 10-13. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2002. Washington, DC: OPS/OMS.
 29. Brundtland GH. (Directora General). Organización Mundial de la Salud. Folleto del Día Mundial de la Salud parte I. [Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2003. [acceso 2010 Mar 23]. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/previous/2003/infomaterials/brochure1/es/>
 30. IV Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud y Asamblea Constitutiva de la Red Puertorriqueña de Escuelas Promotoras de la Salud; San Juan de Puerto Rico 2004 Jul 11-16. [Internet]. Puerto Rico: Organización

- Panamericana de la Salud; 2004. Washington, DC: OPS/OMS. [acceso 2010 Mar 23]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPSIV_Final.pdf
31. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2005 [acceso 2010 Abr 08]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/Desarrollo_Local_Cumbre_ELS_corregido.pdf
 32. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud recibe nuevo impulso desde Bangkok. Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; Nov 2005. [acceso 2010 Mar 23]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/ahora22_nov05.htm
 33. Organización Mundial de la Salud. Track 1: Community empowerment. 7th Global Conference on Health Promotion: Track themes. [Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; Nov 2009. [acceso 2010 Nov 22]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/index.html>
 34. Naciones Unidas. Progresos realizados en la aplicación de las decisiones adoptadas en las grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, y contribuciones de la UNCTAD. [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 14 Jul 2010. [acceso 2010 Nov 22]. Disponible en: http://www.unctad.org/sp/docs/tdb57d6_sp.pdf
 35. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Municipios Saludables. Guía de los alcaldes para promover calidad de vida. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002. p. 1-65.
 36. Castells M. La era de la información: Economía, sociedad y cultura. Volumen I: La sociedad red. Madrid: Alianza Editorial, 1997. Citado por Dorado C. El trabajo en red como fuente de aprendizaje: posibilidades y límites para la creación de conocimiento. Una visión crítica. [Internet]. Barcelona; 2006. p 16. [acceso 2011 Feb 09]. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/58018/68086>.
 37. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud a través de la escuela, Informe de un Comité Experto de la OMS sobre educación y promoción de la salud Integral en la escuela. Serie de Informes Técnicos N° 870. Ginebra: OMS; 1997.
 38. Melucci A. Nomads of the Present, Philadelphia: Temple University Press. 1989. Citado por: Martínez A. Microcrédito y Pobreza, proyecto de desarrollo de comunidades rurales pobres. [Trabajo de Grado Doctorado en Ciencia Política]. [Internet]. Caracas: Universidad Simón Bolívar; 2004. [acceso 2010 Abr 17]. Disponible en: <http://www.eumed.net/tesis/amc/13.htm>
 39. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Borrador de Propuesta de Guía Regional. Identificación de Necesidades, oportunidades y propiedades relacionadas con los procesos de reforma curricular necesarios para la inclusión de la promoción de la salud. [Internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2003 [acceso 2010 Nov 18]. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/reforma.pdf>

40. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000 y los procesos de evaluación y monitoría. Boletín epidemiólogo; 1982. p. 1-3.
41. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 Nov de 1989. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra. (Sep 02 1990).
42. Organización de los Estados Americanos. Instituto Interamericano del niño la niña y el adolescente. Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño. Documento de estudio. Curso IIN-OEA. Aprobado el 30 de sep de 1990 en la cumbre Mundial en favor de la Infancia. [Internet]. Montevideo; 1990. [acceso 2010 Oct 16]. Disponible en: http://www.iin.oea.org/compromisos Cumbre_Mundial.pdf
43. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. El papel de las Naciones Unidas. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas. [Internet]. Ginebra, Suiza; Oct 2002. [acceso 2010 Oct 16]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/Factsheet1SP.pdf>
44. Meny Y, Thoening JC. Las políticas públicas. Barcelona (trad.), Ariel; 1992.
45. Monnier E. Evaluations de l'action de pouvoirs publics. Paris: Económica; 1992. Citado por Roth A. Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? Estudios Políticos. Instituto de Estudios Políticos. Universidad de Antioquia. Medellín. Jul-Dic 2008; 33:67-91.
46. Lasswell H. A Pre-View of Policy Sciences. Nueva York: Elsevier; 1970.
47. Dye T.R. Understanding Public Policy. Englewood Cliffs, Prentice Hall; 1975.
48. Mariñez F, Garza V. Política pública y democracia en América latina del análisis a la implementación. Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública. México D.F.: Miguel Ángel Porrua; 2009.
49. Frohock F. Public Policy. Prentice – Hall; 1979.
50. Maggiolo I, Perozo J. Políticas públicas: proceso de concertación estado-sociedad. RVG. 2007 Sep; (39): 373-92.
51. Vargas A. Notas sobre el Estado y las políticas públicas. Bogotá D.C.: Almudena Editores; 1999.
52. Roth A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá D.C.: Ediciones Aurora; 2002.
53. Universidad de los Andes. Centro Interdisciplinario de Estudios Regionales CIDER. Secretaria Distrital de Salud. Política en Salud Pública para el Distrito Capital. Documento Marco. Nieto L, Maldonado LF, Solano O, Vara P. Bogotá; 1998. (abr 29 de 1998). Citado por: Hernández L. Aproximaciones a la política pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital. Rev. Salud Pública. 2002; 4(2): 120-127.

54. Doern B, Aucoin P. Public Policy in Canadá. Toronto, Ont.: Gage Publishing Limited. 1979. Citado por: Ruelas E, Gay-Molina JG. Políticas públicas, estructuras del Estado y defensa del derecho a la protección de la salud.
55. Subirats J. Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración. España: Editorial Imprenta Nacional del Boletín del Estado. 1989. p 184. Maggiolo I, Perozo J. Políticas públicas: proceso de concertación estado-sociedad. RVG. 2007 Sep; (39): 373-92.
56. Vila María, Chedrese Lucas. Los Consejos Barriales: propuesta para el fortalecimiento democrático. Repensando la participación política desde lo local. En: II Congreso Argentino de Administración Pública, Sociedad, Gobierno y Administración. [Internet]. Argentina 2003. [acceso 2010 Jul 16]. Disponible en: <http://www.aaeap.org.ar/ponencias/congreso2/Vila-Chedrese.pdf>.
57. Lenoir R. Groupes de pression et groupes consensuels. Contribution á une analyse de la formation du droit. En: Actes de la Recherche en Sciences Sociales. 1986. p. 30-9. Citado por: Roth A. Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá D.C.: Ediciones Aurora; 2002.
58. Bardach E. The Eight – Step Path of Policy Analysis (A Handbook for Practice). Berkeley Academic Press. 1996.
59. Conseil Scientifique de l'évaluation. Petit Guide de l'Évaluation des Politiques Publiques. En: La Documentation Française. Paris. 1996. Citado por: Vargas A. Notas sobre el Estado y las políticas públicas. Bogotá D.C.: Almudena Editores; 1999.
60. Huenchuan S, Políticas Públicas y Políticas de vejez. Aspectos teórico-conceptuales. [Internet]. [acceso 2010 Abr 08]. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/REDES004_Huenchan.pdf
61. Aguilar LF. Estudio introductorio y Edición. El Estudio de las Políticas Públicas. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa; 2000. p.370-393.
62. Knoepfel P, Corinne L, Frédérich V. Las Políticas Públicas. En: Análisis y Conducción de las Políticas Públicas, Institut D'Hautes Études en Administration Publique. México, D.F.: 2003. p: 25-37.
63. Aguilar, LF. Estudio introductorio en problemas públicos y agenda de gobierno. Antología de política pública. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa; 1992:(3). p.15-72.
64. Galeano ME. Estrategias de Investigación social cualitativa: el giro en la mirada. Medellín: Editorial la carreta editores E.U.; 2004:139.
65. Andréu J. Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada. [Internet]. Granada: Universidad de Granada. Sin año; p.1-34. [acceso 2011 Mar 24]. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

66. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993, Octubre 4, por la cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
67. Bardin L. Análisis de Contenido. 2ªed. Akal: 1996. Citado por: Andréu J. Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada. [Internet]. Granada: Universidad de Granada. Sin año; p.1-34. [acceso 2011 Mar 24]. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
68. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Canadá. La Red Nacional. [Internet]. [acceso 2011 Mar 24]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/hmc_Canada.htm
69. Cabarcas F, Agudelo C. Indicadores de Evaluación de la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz en Colombia. Rev. Salud Pública. 2003; 5(2): p.180-197.
70. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 004288 de 1996 por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; (Nov. 20 1996).
71. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 004296 de 1997 por la cual se crea y reglamenta el premio municipios saludables por la paz. Bogotá: El Ministerio; (Nov. 19 1997).
72. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; (Ene. 10 1990).
73. Colombia. Congreso de Colombia. Constitución política de Colombia. Bogotá: El Congreso; (Gaceta Constitucional No. 116 de 20 jul 1991).
74. Entrevista con Blanca Patricia Mantilla Uribe, Directora del Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria en Salud- PROINAPSA- Universidad Industrial de Santander. Centro Colaborador de la OMS/OPS en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva, Bucaramanga [Internet], 19 de Febrero de 2011.
75. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Red Colombiana de Escuelas Saludables por la paz. Desarrollo y Salud de los Escolares en Colombia. [Internet]. Bogotá D.C.: 2002. [acceso 2011 Ene 22]. Disponible en: Boletín No. 5. <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/ESCUELASALUDABLE/boletines/boletin5.htm>
76. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Boletín Perspectivas de la salud. La Salud Asiste a Clases. Riccardi M. [Internet]. Bogotá D.C.: 2007;11(1). [acceso 2011 Ene 22]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/Numero23_articulo5.htm
77. Entrevista con Luís Fernando Rodríguez Ibagué, Profesor Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Rosario. Bogotá, 10 de Diciembre de 2010.

78. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y Desarrollo de la Estrategia de Entornos Saludables: escuela saludable y vivienda saludable. Bogotá D.C.: Nuevas Ediciones Ltda., 2006.
79. República de Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Colombia por la Primera Infancia. Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. [Internet]. Bogotá D.C.: 2006 [acceso 2011 Ene 22]. Disponible en: http://www.oei.es/quipu/colombia/politica_primer_infancia.pdf
80. Dirección Nacional de Planeación. El Salto Social. Informe de Avance del Plan Nacional de Desarrollo. Documento 2917. [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 1997 [acceso 2011 Ene 22]. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/CO NPES/2917.pdf>
81. Colombia. El Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001, diciembre 21, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: El Congreso; 2001.
82. Ministerio de Educación Nacional. Universidad Autónoma de Manizales. Guía para el diseño de entornos virtuales de aprendizaje inclusivo en educación superior a distancia. [Internet]. Bogotá D.C.: Editorial Autónoma; 2010:7 [acceso 2010 Dic 11]. Disponible en: http://www.autonoma.edu.co/web/frames/ppal/documentosUAM/GUIA_ISBN.pdf
83. Ministerio de Educación Nacional. La Revolución Educativa. Plan Sectorial 2002-2006. [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2002:7 [acceso 2010 Dic 11]. Disponible http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102312_archivo_pdf.pdf
84. Departamento Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado Comunitario. [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2003:10 [acceso 2011 Ene 03]. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/GCRP_PND/PND.pdf
85. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES Social 91 de 2005, Marzo 14, Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio-2015. Bogotá D.C.: Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2005.
86. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES Social 102 de 2006, Septiembre 25, Red de protección social contra la extrema pobreza. Bogotá D.C.: Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2006.
87. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Plan Nacional Decenal de Educación 2006-2016. Pacto Social por la Educación. [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2005:10 [acceso 2011 Ene 03]. Disponible en:

- http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Colombia/Colombia_plan_decenal_educacion_2006-2016.pdf
88. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Plan Sectorial 2006-2010. Revolución Educativa. Documento No. 8. [Internet], Bogotá D.C.: 2006 p:7-68. [acceso 2011 Feb 04]. Disponible en: http://www.oei.es/pdfs/plan_sectorial_colombia.pdf
 89. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. Bogotá D.C. (Ene 22 2007).
 90. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Entornos Saludables. Plan de Acción Intersectorial. Bogotá, D.C. (Jun 22 2007).
 91. Colombia. Dirección Nacional de Planeación. Plan Nacional de Desarrollo Estado Comunitario: Desarrollo para Todos (2006-2010). [Internet]. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2006 [acceso 2011 May 11]. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/PND/PND20062010/tabid/65/Default.aspx>
 92. Colombia. El Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007, Enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
 93. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007, Agosto 10, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: El Ministerio; 2007.
 94. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008, Febrero 14, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá: El Ministerio; 2008.
 95. Juan Manuel Santos. Transformando la evidencia en práctica: Lecciones aprendidas para acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la Reunión de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York 2010 Sep 22. [Internet]. Nueva York: 65º Período de Sesiones de la Asamblea General Naciones Unidas; 2010. [acceso 2011 May 11]. Disponible en: http://wsp.presidencia.gov.co/Prensa/2010/Septiembre/Paginas/20100922_11.aspx
 96. Mantilla BP, Hakspiel MC y otros. Escuelas Saludables: una estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar. En: Hacia la construcción de Escuelas Saludables: Guía para docentes y personal de Salud. Bucaramanga: Editorial UIS. 4a. Edición; 2003. p. 1-30.
 97. Ministerio de la Protección Social. Entornos Saludables. [Internet]. [acceso 2010 Mar 03]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/ASISTENCIASOCIAL/Paginas/EntornosSaludables.aspx>

98. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Gente Sana en Entornos Saludables: Informe anual del director. Documento Oficial No. 283. [Internet. Washington D.C.:OPS; 1996. p 7-209. [acceso 2010 Mar 03]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dbi/ops96/ops96ia.pdf>
99. Departamento Administrativo de la Función Pública. Estructura del Estado Colombiano [Internet]. Bogotá D.C.: Publicaciones SENA; Mayo de 2006. p. 1-618. [acceso 2011 Mar 23]. Disponible en: http://www.minambiente.gov.co/documentos/5072_150310_anexo_2_mapa_actores.pdf
100. Colombia. Ministerio de Salud. Lineamientos Escuela Saludable. La alegría de vivir en paz. 1999 Santa fe de Bogotá, D.C.: Fotolito Parra & Cia Ltda. 1999.
101. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Cooperación Técnica. A su Salud. [Internet]. Jun-Jul 2003 (1): p 1-12. [acceso 2011 Mar 23]. Disponible en: <http://www.ops.org.ar/publicaciones/asusalud/ASUSALUD1.pdf>
102. Pontificia Universidad Javeriana. Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Mapa de Actores y Escenarios para la revisión y actualización de la política nacional de biodiversidad. [Internet]. Bogotá D.C.: 2009:106. [acceso 2011 Mar 23]. Disponible en: http://www.minambiente.gov.co/documentos/5072_150310_anexo_2_mapa_actores.pdf
103. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Objetivos y Funciones. [Internet]. [acceso 2011 Mar 23]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/php/03.070102.html>
104. Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Dirección de Cooperación. [Internet]. [acceso 2011 Mar 23]. Consultado en: <http://www.accionsocial.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=286&conID=198&pagID=5923>
105. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 368 de 1997 por la cual se crea la Red de Solidaridad Social, el Fondo de Programas Especiales para la Paz, y el Fondo del Plan Nacional de Desarrollo Alternativo -Fondo Plante-, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; (May. 05 1997).
106. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 134 de 1994 por la cual se dictan normas sobre Mecanismos de Participación Ciudadana. Bogotá: El Congreso; (May. 31 1994).
107. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Escuelas Promotoras de Salud en las Américas. [Internet]. [acceso 2011 Mar 23]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPM/HEC/hs_about.htm#Componentes

-
108. Pallares F. Las políticas públicas: El sistema político en acción". Rev. Estudios Políticos. [Internet]. Oct-Dic 1988;62: 141-162. [acceso 2011 Mar 23]. Disponible en: http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/3/REPNE_062_140.pdf
 109. Olivera G, Herrera M. Estrategia Escuelas Saludables Colombia 2002. Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. [Internet]. 2002: 173-181. [acceso 2010 Abr 03]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_RED_COL.pdf
 110. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES Social 91 de 2005, Marzo 14, Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio-2015. Bogotá D.C.: Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2005.
 111. Mantilla BP, Hakspiel MC y otros. De par en par. Escuelas promotoras de la salud y el desarrollo. Instituto Proinapsa. Cooperación Internacional EDEX. Bucaramanga: Sin año.