PROMOCIÓN DE LA SALUD

TRAMAS SOCIALES

Últimos títulos publicados

Directora de colección
Irene Gojman

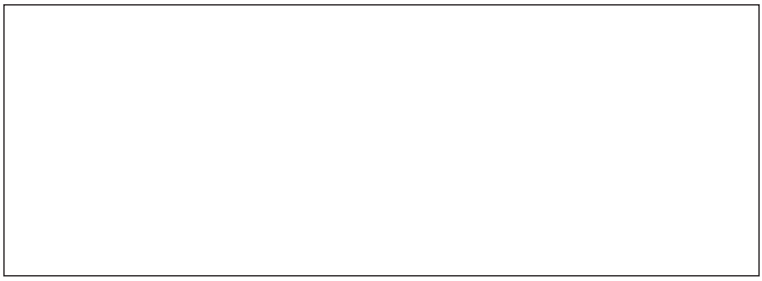
43. Alejandro Isla (comp.)
    En los márgenes de la ley
44. Daniel Maceira (comp.)
    Atención Primaria en Salud
45. Javier Auyero y Débora Swistun
    Inflamable
46. Daniel Míguez (comp.)
    Violencias y conflictos en las escuelas
47. Carmen R. Victoria García-Viniegras
    Calidad de vida
48. E. Saforcada y J. Castellá Sarriera (comps.)
    Enfoques conceptuales y técnicos en psicología comunitaria
49. Silvia Rivera (comp.)
    Ética y gestión de la investigación biomédica
50. Alfredo J. M. Carballeda
    Los cuerpos fragmentados
51. Bernardo Jiménez-Domínguez (comp.)
    Subjetividad, participación e intervención comunitaria
52. María Raquel Nikodem
    Niños de alto riesgo
53. Miguel Ángel Álvarez González
    Datos blandos para ciencias duras
54. Graciela Biagini
    Sociedad civil y VIH-sida
55. Mariana Carbajal
    El aborto en debate
56. Liliana Mayer
    Hijos de la democracia
57. Débora Tajer
    Heridos corazones
58. Carlos Eroles (comp.)
    Democracia y derechos humanos
59. Enrique Saforcada y otros
    Psicología y salud pública
60. María Epele
    Sujetar por la herida
61. Mariela Torres Pernalete y Miriam Trápaga Ortega
    Responsabilidad social de la universidad
62. Josefa Ippolito-Shepherd (comp.)
    Promoción de la salud

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Experiencias internacionales en escuelas y universidades

JOSEFA IPPOLITO-SHEPHERD (COMP.)

PAIDÓS
65 ANIVERSARIO
Buenos Aires • Barcelona • México



Cubierta de Gustavo Macri.

1ª edición, 2010

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

© 2010 de todas las ediciones
Editorial Paidós SAICF
Buenos Aires
E-mail: difusion@areapaidos.com.ar
www.paidosargentina.com.ar

Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723
Impreso en la Argentina - Printed in Argentina

Impreso en

Tirada: ejemplares

ISBN 978-950-12-4559-2

ÍNDICE

Los autores..... 9

Introducción, María Teresa Cerqueira 15

Listado de siglas 19

1. Estrategias de promoción de la salud y desarrollo de ámbitos académicos saludables y sostenibles, Josefa Ippolito-Shepherd 23
2. Formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud, Hiram V. Arroyo Acevedo y María T. Borges 73
3. Habilidades para la Vida. En busca del desarrollo del ser humano integral, Amanda J. Bravo H. y Gina Alexandra Garzón Perilla 123
4. El desarrollo de escuelas promotoras de la salud. La experiencia del Programa Mundial de Alimentos en Asia y África, Leo Nederveen, Salha Hadjivayanis Hamdani, Elizabeth Aliaga Huidobro y Ute Meir 141
5. Escuelas promotoras de la salud: la experiencia del proyecto AMARES en el Perú, Leo Nederveen y Elizabeth Aliaga Huidobro 161
6. Los servicios de salud y su rol en el desarrollo de escuelas promotoras de la salud. Experiencias exitosas en Mindo (Ecuador), Benjamín Puertas Donoso y Tamara Rivera

Andrade 187
7. El desarrollo y fortalecimiento de universidades promotoras de la salud, Mónica Muñoz Serrano, Báltica Cabieses Valdés, Aixa Contreras Mejias y María Soledad Zuzulich Pavez 211
8. Universidades promotoras de la salud. La experiencia de Chile, Rosa González Pozo y Jorge Weil Parodi 239
9. Desarrollo de universidades promotoras de la salud: la experiencia de España, Luis Miguel Pascual Orts, Carmen Gallardo Pino y Concepción Corera Oroz 253
10. Impacto de la salud universitaria en la educación superior: la experiencia de Cuba, Daylanis V. Figueroa Verdecia..... 269
11. Universidades promotoras de la salud. Un reto que abre posibilidades para el desarrollo humano. Experiencias en la Pontificia Universidad Javeriana, María Constanza Granados Mendoza..... 283

LOS AUTORES

Elizabeth Aliaga Huidobro

Consultora para organismos internacionales. Posee amplia experiencia en el diseño, ejecución y evaluación de programas y proyectos de educación y comunicación en salud y de promoción de la salud y en el desarrollo de investigaciones sobre temáticas de salud. Psicóloga, cuenta con estudios de maestría en Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Gerencia Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú y Diploma en Gerencia en Salud.

Hiram V. Arroyo Acevedo

Catedrático de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la Facultad de Ciencias Biosociales y Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Director del Centro Colaborador de la OMS para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Director de la Oficina Regional Latinoamericana de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES/ORLA). Coordinador del Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud.

María T. Borges

Docente en el Programa de Maestría en Educación en Salud Pública del Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Graduada de Salud Pública en Recinto de Ciencias Médicas de

la Universidad de Puerto Rico. Presidió la Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico (2005). Sus investigaciones se centran en los temas de la historia de la educación en salud y en la formación de recursos humanos en educación en salud y promoción de la salud. Socia de la Asociación de Educadores en Salud de Puerto Rico, de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud y de la Sociedad de Educación para la Salud Pública. Licenciada en Educación en Salud Comunal.

Amanda J. Bravo H.

Socióloga, psicóloga, educadora popular, diplomada en género, con especializaciones en educación para la paz, abordaje del VIH-sida, y modificabilidad cognitiva estructural. Coordinadora nacional de Programas Habilidades para la Vida y Formación de Educadores en Fe y Alegría (Colombia). Coautora de diez módulos de la serie Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para convivir mejor, y coautora de guías docentes para trabajar los temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, así como para el desarrollo de Instituciones educativas libres de humo, del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Ha sido asesor temporario de la Organización Panamericana de la Salud para el desarrollo del concepto de Habilidades para la Vida.

Báltica Cabieses Valdés

Instructora asociado Escuela de Enfermería; coinvestigadora Proyectos Mano a Mano en Prevención de VIH/sida. Cuenta con experiencia en docencia clínica y de aula en el área de salud de la mujer, y en la coordinación de diversos proyectos profesionales y estudiantiles de enfermería, a escala nacional e internacional. Enfermera matrona, magíster en Epidemiología y diplomada en Docencia en Enfermería.

María Teresa Cerqueira

Jefa de la oficina de la OPS/OMS en la frontera entre México y Estados Unidos. Fue jefa de la Unidad de Entornos Saludables y directora de la División de Promoción y Protección de la Salud, OPS/OMS entre 1992 y 2006, período en que lideró las acciones de la Promoción de la Salud de la Región de las Américas. Doctora en Ciencias de la Universidad de Cornell, magíster de la Universidad de

Iowa y Licenciatura de la Universidad de Florida.

Aixa Contreras Mejías

Profesora adjunta, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; jefa del Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; miembro del Programa UC Saludable. Es enfermera matrona y magíster en Psicología Social Comunitaria, diplomada en Promoción de Salud y Autocuidado.

Concepción Corera Oroz

Profesora titular de la Universidad Pública de Navarra, Departamento de Trabajo Social. Ha sido directora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social y del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra. Actualmente es subdirectora del mismo y formó parte del Equipo Rectoral de la Universidad desde donde puso en marcha el Plan de Universidad Saludable.

Daylanis V. Figueroa Verdecia

Asesora de Extensión Universitaria en la carrera de Psicología, Universidad de Ciencias Médicas, Villa Clara, Cuba; directora del Grupo de Investigación y Desarrollo Universidad Comunidad Saludable y profesora e investigadora titular. Ha trabajado como investigadora principal en proyectos relacionados con la promoción de la salud universitaria. Doctora en Ciencias Psicológicas; magíster en Longevidad Satisfactoria; y licenciada en Psicología.

Carmen Gallardo Pino

Profesora titular de Medicina Preventiva y Salud Pública y vicerrectora de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable en la Universidad Rey Juan Carlos (URJC); vicepresidenta de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS), Hospital Clínico de San Carlos, Madrid; secretaria general de la Fundación de la Asociación de Educación para la Salud; coordinadora de la Red de Española de Universidades Saludables (REUS); y coordinadora del grupo de investigación español del proyecto Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe (COMPHP).

Gina Alexandra Garzón Perilla

Docente del Departamento de Medicina Preventiva y Social,

Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Cuenta con experiencia en coordinación de programas en enfermedades crónicas y en salud sexual y reproductiva. Coinvestigadora en procesos sociales y de salud. Enfermera diplomada en Mujer y Género y magíster en Educación por la Pontificia Universidad Javeriana.

Rosa González Pozo

Docente del Departamento de Ciencias de la Actividad Física de la Universidad de Los Lagos, Campus Puerto Montt, Chile; coordina el portal de la Red Universidades Promotoras de la Salud: <www.redups.cl>. Profesora de Educación Física, magíster en Educación, Orientación y Consejería, facilitadora grupal y diplomada en Promoción de la Salud.

María Constanza Granados Mendoza

Docente universitaria y coordinadora del Programa Universidad Saludable de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia. Psicóloga y especialista en Resolución de Conflictos, egresada de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Salha Hadjivayanis Hamdani

Punto focal del Paquete Esencial de Servicios en Salud y Nutrición e integrante del Servicio de Alimentación Escolar y Oficial de Programas en el Programa Mundial de Alimentos. Ha sido research fellow en Salud Internacional, Harvard School of Public Health (Estados Unidos) y oficial de Educación del Ministerio de Educación en Tanzania. Magíster en Educación y licenciada en Biología.

Josefa Ippolito-Shepherd

Científica en salud pública, con especialización en el desarrollo y fortalecimiento de Estrategias de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Fue asesora en Promoción y Protección de la Salud para la Región del Caribe y asesora regional en Promoción de la Salud y líder de grupo para la iniciativa regional Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) y Desarrollo Social, en la OPS/OMS, y previamente funcionaria del Fogarty International Center, National Institutes of Health (Estados Unidos). Doctora y magíster en Educación para la Salud de la Universidad de Maryland, College Park, Estados Unidos; licenciada en Biología de la Universidad de Texas, Austin; y maestra normal nacional del Colegio Nacional y Escuela Normal "Domingo Faustino Sarmiento",

San Miguel, Argentina.

Ute Meir

Jefa de Alimentación Escolar en la División de Programas en la sede del Programa Mundial de Alimentos en Roma. Ha trabajado en los vínculos entre salud, nutrición y educación durante los últimos 20 años con UNESCO y el PMA. Su experiencia incluye tanto la base conceptual de los programas, como su implementación operativa en el terreno. Magíster en Educación.

Mónica Muñoz Serrano

Profesora adjunta en el Departamento Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; directora de Extensión en la Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; y directora del Programa UC Saludable. Enfermera matrona, magíster en Comunicación Social, diplomada en Gestión en Instituciones de Salud (DEGIS), y diplomada en Planificación Natural de la Familia.

Leo Nederveen

Responsable de la implementación de estrategias en educación y comunicación para la salud en Kenia, Indonesia y Colombia, en el Programa de Alimentación Escolar en la sede del Programa Mundial de Alimentos, Roma, Italia. Ha liderado los componentes de Promoción de la Salud de proyectos descentralizados, con énfasis en las escuelas promotoras de salud en varios países y organizaciones internacionales. Magíster en Nutrición Humana y estudios de Innovación y Comunicación.

Luis Miguel Pascual Orts

Profesor titular de universidad y director del Servicio de Atención a la Comunidad Universitaria de la Universidad de Huelva y coordinador del grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida del Plan Andaluz de Investigación. Ha sido profesor en la Universidad de Valencia y en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Benjamín Puertas Donoso

Director de la Maestría en Salud Pública y profesor del Colegio de Ciencias de la Salud en la Universidad San Francisco de Quito, Ecuador; fue consultor asociado de la División de Promoción y Protección de la Salud, coordinador de Salud del distrito de Milanje, Mozambique, Médecins sans Frontières, Francia; director de Salud para campa-

mentos de refugiados del distrito de Chikwawa, American Refugee Committee, Malaui, África; y médico de Promoción de la Salud, MSP, Quito, Ecuador. Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Central del Ecuador y magíster en Salud Pública, University of Illinois, Chicago.

Tamara Rivera Andrade

Directora del Dispensario Médico de la empresa Pinto S.A., responsable de las actividades de Promoción de la Salud, prevención y atención médica e integrante del grupo de Seguridad Industrial de la empresa. Fue directora del subcentro de salud de Mindo, responsable de las actividades de Promoción de la Salud, prevención y atención médica. Doctora en Medicina y Cirugía, Universidad Central del Ecuador y magíster.

Jorge Weil Parodi

Académico de la Universidad de Los Lagos (Chile) del Departamento de Gobierno y Empresas. Se desempeña como director del programa de Ingeniería Comercial y Administración de Negocios. Magíster en Informática y doctorado en Ciencias Económicas de la Universidad de París.

María Soledad Zuzulich Pavez

Instructora asociada, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile; y directora del Servicio de Salud Estudiantil DGE SALUD, Pontificia Universidad Católica de Chile. Enfermera matrona, magíster en Psicología de la Salud y diplomada en Gestión de Recursos Humanos.

INTRODUCCIÓN

La historia de la promoción de la salud data de muchos siglos y ha sufrido altibajos dentro del campo de la salud pública. Sin embargo, en los últimos 25 años, a partir de la Carta de Ottawa y las conferencias internacionales subsecuentes, la promoción de la salud ha tenido su mayor desarrollo profesional y técnico-científico. La Carta de Ottawa marca un hito en el ámbito profesional y define una ruta crítica según cinco áreas estratégicas de acción.

El desarrollo de la promoción de la salud integra en su marco conceptual y en las metodologías en curso aspectos clave de otras disciplinas, en especial de la educación para la salud, que retoma el concepto del conocimiento basado en lo cognitivo, lo emotivo y las competencias. Busca el cambio de comportamientos desde la introducción de conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas. De la salud pública, la promoción de la salud retoma la lucha por las políticas públicas y los cambios en los ambientes y en las condiciones de vida de la gente. Se pregunta: ¿por qué sanar a las personas y hacerlas regresar a los ambientes que las enferman? De la socioantropología, la promoción de la salud retoma los conceptos y metodologías para facilitar la participación de la comunidad y su optimización. La promoción de la salud opera con el modelo socioecológico, cuyo marco conceptual plantea que el comportamiento humano es producto de su ambiente económico, social y cultural. Es por ello que el campo de la promoción de la salud se viene desarrollando con una mirada al mejoramiento de los determinantes sociales de la salud y con un fuerte enfoque en las políticas públicas.

Este libro, que tengo el gusto de introducir, contiene información, conocimientos, experiencias y análisis destinados a coadyuvar y animar a los encargados de formular políticas, los especialistas en desarrollo, los profesionales y trabajadores de la salud pública, los investigadores y los docentes de las facultades de educación, psicología, planeación urbana, medicina y salud pública, entre otras, para redoblar los esfuerzos de todos los sectores a fin de implementar las líneas estratégicas, especialmente en la abogacía para el desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud y la educación para la salud en todos los niveles del ámbito académico, desde el preescolar hasta el universitario.

El texto presenta un recorrido por las estrategias de promoción de la salud y el desarrollo de ámbitos académicos saludables y sostenibles, identificando los desarrollos de la promoción de la salud a partir del análisis y la reflexión entre la teoría y la práctica, presentada y evaluada en cada una de las conferencias internacionales, desde Ottawa en 1986 hasta Bangkok en 2005, así como en los numerosos seminarios y talleres regionales en diversos países y regiones. Las declaraciones emanadas son testimonio del avance y las perspectivas de la promoción de la salud.[1]

Se presentan un análisis y recomendaciones para la formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud, y para la capacitación en Habilidades para la Vida (HpV): en búsqueda del desarrollo del ser humano integral. El progreso de cualquier campo de acción se basa en los recursos humanos con las competencias para implementar políticas y programas, así como también para desarrollar investigaciones que permitan avanzar con el conocimiento y mejorar las prácticas. Incumbe a las instituciones académicas propiciar los recursos humanos con el marco conceptual y las competencias básicas y necesarias para promover la salud en cualquier ámbito donde la gente vive, estudia, juega y trabaja. La evaluación de las iniciativas es un aspecto crítico que requiere mayor apoyo tanto de las instituciones que implementan las actividades, las instituciones académicas que desarrollan las metodologías y los instrumentos, así como de los donantes que aportan los recursos para los proyectos.

1. La séptima reunión internacional se realizó en Kenia (2009).

Los capítulos sobre el desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) presentan la experiencia del Programa Mundial de Alimentos (PMA) en África y Asia así como la experiencia del Proyecto de Apoyo a la Modernización y Reforma del Sector de Salud y su Aplicación en una Región del Perú (AMARES), la sistematización de EPS, así como las experiencias de los servicios de salud y su rol en el desarrollo de EPS en Mindo, Ecuador. En estos capítulos se muestra la importancia de las estrategias de la promoción de la salud en el ámbito escolar. A menudo la tentación de invertir en programas de nutrición para los preescolares, así como en programas de salud para los adolescentes, dispersa la atención de la promoción de la salud en el ámbito escolar, tanto en la educación primaria como en la secundaria. Todos los enfoques son importantes. Es imposible predecir cuál sería el resultado de un programa sin el seguimiento de los otros. La evidencia nos muestra que es relevante e indispensable implementar estrategias en varios ámbitos en forma simultánea. No basta mejorar la educación para la salud con el grupo materno-infantil y luego no instrumentar programas de salud escolar. El desarrollo y la implementación de la promoción de la salud a lo largo del curso de la vida son importantes, necesarios e indispensables.

Los capítulos sobre el desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud y educación para la salud en el ámbito universitario demuestran que la importancia de promover la salud es permanente, no solo en el período prenatal y durante la educación primaria y secundaria, sino además en todo el ciclo de la vida. Las experiencias de Chile muestran el proceso para el desarrollo y fortalecimiento de las Universidades Promotoras de la Salud (UPS) a escala nacional e internacional, incluso el desarrollo de las Redes de Universidades Promotoras de la Salud (RUPS). La experiencia de España refleja las lecciones aprendidas con el desarrollo de las UPS. La experiencia de Cuba revela el impacto de esta estrategia en la salud de los estudiantes. Asimismo, la de Colombia informa sobre el impacto en la salud de los universitarios como alumnos y también como docentes, y en ella está participando la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ), de Bogotá.

Entre los retos de la gestión para avanzar y apoyar a los países con el desarrollo y la implementación de UPS es importante incluir la planificación estratégica, la evaluación, la movilización de voluntades y recursos, la creatividad, el trabajo en redes y la diseminación de la información que se esté generando con el desarrollo y la implementación de las universidades promotoras de la salud.

Auguramos que este libro servirá como motivación a fin de continuar con el fortalecimiento de la promoción de la salud, para el beneficio de los pueblos a escala mundial, y especialmente para los escolares y universitarios, y sus familias y comunidades, para su mejor salud, bienestar y calidad de vida.

María Teresa Cerqueira

LISTADO DE SIGLAS

AMARES	Proyecto de Apoyo a la Modernización y Reforma del Sector de Salud y su Aplicación en una Región del Perú
BOE	Boletín Oficial de Estado
CEMS	Centros de Educación Médica Superior
CES	Centros de Educación Superior
CESU	Centro de Estudio en Salud Universitaria
CIUEPS	Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación Profesional en Educación para la Salud y Promoción de la Salud
CMEPS	Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud
CMIEPS	Comisiones Multisectoriales de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud
CSDH	Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud
CTP	Comités Técnicos Provinciales
DEU	Dirección Extensión Universitaria
DGPS	Dirección General de Promoción de la Salud
DIRESA	Direcciones Regionales de Salud
DRE	Dirección Regional de Educación
DRH	Direcciones de Recursos Humanos
EPS	Escuelas Promotoras de la Salud
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FRESH	Focusing Resources on Effective School Health
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Sociedad

	para la Cooperación Técnica)
HpV	Habilidades para la Vida
IEPS	Instituciones Educativas Promotoras de la Salud
IMC	International Medical Corps
INDER	Instituto Nacional de Deporte y Recreación
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador
ISCF	Institutos Superiores de Cultura Física y el Deporte
ISP	Institutos Superiores Pedagógicos
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MES	Ministerio de Educación Superior
ME	Ministerio de Educación
MS	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
OACE	Órganos de la Administración Central del Estado
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAHO	Panamerican Health Organization
PISU	Programa Integral de Salud Universitaria
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PRELAC	Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe
PUJ	Pontificia Universidad Javeriana
RCEPS	Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud
RESE	Recursos Efectivos en Salud Escolar
RUPS	Redes Universidades Promotoras de Salud
RIUPS	Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud
RLEPS	Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud
SINIÑEZ	Sistema de Indicadores Sociales sobre los niños y adolescentes
UAP	Unidad de Apoyo Psicológico
UCOMSA	Universidad Comunidad Saludable
UEFTE	Unidad Educativa Fiscomisional Técnico Ecuador
UIPES	Unión Internacional de Promoción de la Salud y

	Educación para la Salud
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas (sigla en inglés)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPS	Universidades Promotoras de Salud
URJC	Universidad Rey Juan Carlos
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/sida	Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
WFP	World Food Program
WHO CC	World Health Organization Collaborating Centres
WHO	World Health Organization

CAPÍTULO 1

Estrategias de promoción de la salud y desarrollo de ámbitos académicos saludables y sostenibles

Josefa Ippolito-Shepherd

En las últimas tres décadas la estrategia de promoción de la salud se viene desarrollando con gran ímpetu tanto por compromiso individual como colectivo e institucional, por parte de expertos en el tema y por parte de gobiernos dispuestos a promover y apoyar reformas en el sector de la salud. Esto ha resultado en que la estrategia sea un eje clave de la nueva salud pública, que comprende tanto la biología humana como el reconocimiento de la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud, reconocidos como los determinantes sociales de esta. El ritmo acelerado de crecimiento de esta línea de trabajo, especialmente en los últimos años, refleja la preocupación y el compromiso individual, colectivo e institucional por la salud, y la respectiva equidad, el bienestar y la mejor calidad de vida.

A su vez, es mundialmente reconocido que, para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las estrategias de promoción de la salud son vitales, dado su enfoque integral, multidisciplinario y multisectorial, y especialmente porque toman en cuenta los factores esenciales y prioritarios para mejorar los determinantes sociales de la salud y la correspondiente equidad en todos los aspectos pertinentes.

Como es de esperarse con cada movimiento innovador y de posible gran alcance, el desarrollo de las estrategias de la promoción de la salud y de la nueva salud pública ha venido acompañado con gran entusiasmo por parte de los sostenedores de los programas integrales de salud, y a su vez con significativos conflictos entre los diferentes sectores y áreas de trabajo, resultantes del supuesto

entendimiento (o no entendimiento) y de la supuesta responsabilidad gerencial de los conceptos técnico-científicos y de la práctica misma de la promoción de la salud y de la prevención y curación de la enfermedad. El entendimiento y compromiso individual, colectivo e institucional de estos conceptos y las respectivas divergencias tienen una larga trayectoria que se extiende desde la antigua Grecia, y particularmente desde Esculapio (o Asclepios) e Higia, y que lamentablemente continúan en el presente.

Para los seguidores de Esculapio, el dios griego de la medicina, el rol del médico es tratar las enfermedades e instaurar la salud por medio de la corrección de las imperfecciones que van ocurriendo a lo largo de la vida, o sea desde el nacimiento hasta la muerte.

Para los seguidores de Higia, hija de Esculapio y diosa griega de la salud, la salud es vista como un estado integral y natural, y un atributo positivo de los individuos que manejan su vida en forma apropiada y sana. Dentro de este paradigma, se mantienen el cuerpo y la mente sanos, y a su vez se enseña sobre cómo conservarlos así a la población.

Aunque no pareciera haber discordancia entre ambos grupos de pensamiento, la esencia del conflicto es sobre quién es el responsable de la salud y/o de su pérdida y/o de los tratamientos respectivos (Ashton y Seymour, 1990; McKeown, 1976).

En las últimas décadas, en parte como resultado de los significativos aportes científicos de las ciencias sociales, del trabajo multidisciplinario y multisectorial y del reiterado reconocimiento de la importancia de programas integrales de salud, se ha renovado el debate sobre la responsabilidad directa e indirecta de la salud individual y especialmente de los procesos colectivos, resultando en nuevas formas y áreas de trabajo. Por un lado, se viene abogando por la implementación de acciones verticales y puntuales, y, por el otro, por el diseño y la ejecución de acciones integrales, participativas y sostenibles en el tiempo. Esta divergencia ha llevado a posturas a veces conflictivas y poco flexibles por parte de los partidarios de las dos vertientes conceptuales, y últimamente a una gran confusión y a una polarización de ideas y entendimiento sobre los conceptos de las estrategias de la promoción de la salud vs. las acciones de prevención y del tratamiento de las enfermedades. Esto, ignorando la importancia y el significado de cada una de estas líneas y áreas de trabajo como necesarias por sí mismas y/o como complementarias entre ellas. Esto ha dado lugar a inadecuadas propuestas para la eli-

minación de algunos servicios públicos curativos que son esenciales para el alivio de los estados de enfermedad, especialmente para las poblaciones más vulnerables, como la de edad avanzada y otras con necesidades especiales (Ashton y Seymour, 1990).

Dentro de las acciones de salud pública, es aceptado que la prevención primaria se dirige a prevenir los problemas de salud antes de que ocurran, mediante intervenciones que afectan a los factores causales de la enfermedad o mediante la actuación sobre un grupo de personas. La prevención secundaria se dirige a hacer un diagnóstico y a efectuar el tratamiento precoz para limitar el desarrollo de la enfermedad y reducir el riesgo de su recurrencia y sus secuelas. La prevención terciaria está dirigida a disminuir las incapacidades resultantes de la enfermedad y también a atender enfermedades crónicas; independientemente del conocimiento de cómo prevenir estas situaciones, las acciones apropiadas de tratamiento y/o rehabilitación pueden tener un impacto decisivo en el bienestar y la calidad de vida y en la prestación de cuidados terminales. A su vez, las estrategias de la promoción de la salud tienen un rol importante en cada una de estas acciones de salud pública y sus procesos respectivos.

El común denominador de las acciones de salud pública y de la promoción de la salud es que ambas tienen como meta la salud, la calidad de vida y el bienestar de la comunidad y/o población, mientras que las intervenciones de prevención son específicamente diseñadas y dirigidas al individuo y/o a los grupos de población en riesgo.

Este capítulo aspira a resumir los conceptos científico-técnicos de la promoción de la salud y los acontecimientos internacionales que han facilitado una mejor conceptualización y un mejor desarrollo de acciones exitosas. Se incluyen algunos ejemplos de la implementación de las estrategias en ámbitos académicos.

La estrategia de promoción de la salud

La promoción de la salud, aunque no es un concepto reciente, ha tomado significativo ímpetu en las últimas tres décadas, plasmándose sólidamente como campo de acción de la nueva salud pública, y en una visibilidad mundial tanto técnico-científica como política. Esta presencia ha sido el resultado de la integración de nuevos conocimientos, actitudes y prácticas de las diferentes disciplinas y

especialmente de las ciencias sociales, como la educación, la educación para la salud y la administración pública, entre otras, y también de la labor y el compromiso de los innovadores del concepto y de la importancia de la integralidad y sostenibilidad para el diseño e implementación de programas y acciones de la nueva salud pública.

Milton Terris (1985) observó que ha habido tres grandes revoluciones en salud pública. La primera, la lucha contra las enfermedades infecciosas, malnutrición y factores ambientales sobre los cuales se tiene poco control personal (v.g., agua, saneamiento, alimentos); la segunda, la lucha contra las enfermedades no transmisibles, obesidad, sedentarismo, adicciones, salud mental y conductas de riesgo, sobre las cuales se tiene cierto control, siempre y cuando las condiciones sociales lo permitan (v.g., dieta, ejercicio y no fumar); y la tercera revolución, la promoción de la salud, la lucha para promover la salud, el bienestar y la mayor calidad de vida, para lo cual se requiere desarrollar habilidades y competencias personales y contar con un ambiente y condiciones de vida favorables (Breslow, 1999; Kickbusch, 2007). Estos conceptos reafirman definiciones previas sobre la importancia de un enfoque integral de la salud, que va más allá de las intervenciones y acciones de prevención per se:

> La salud se promueve mediante condiciones y estándares decentes de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, medios de descanso y recreación… salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades que la vida nos da… (Sigerist, 1941).

Se puede afirmar que es ampliamente reconocido y aceptado que diversos factores influyen en la salud individual y colectiva, que van más allá de las acciones propuestas por la salud pública tradicional en general y de los servicios médicos en particular. Escritos clásicos han documentado reiteradamente la importancia en la salud de los determinantes sociales y postulado lo esencial de acciones integrales y sostenibles. Por ejemplo, el trabajo innovador y las reflexiones sobre el efecto del medioambiente en la salud individual y colectiva debidos al doctor William Henry Duncan mientras trabajaba como médico general en Liverpool en 1830. Duncan se interesó por las condiciones de las viviendas de sus pacientes y realizó una primera encuesta, descubriendo que un tercio de la población vivía en forma precaria e insalubre: en sótanos de casas con suelo de

tierra, sin ventilación y sin letrinas, y con un número excesivo de personas por cuarto. Casi contemporáneo, el Informe Chadwick (1842) y, un siglo después, el Informe Black (1982) ponen de manifiesto las importantes diferencias, tanto en relación con los factores ambientales como con los factores de riesgo personales, que condicionan el estilo de vida con respecto a la accesibilidad y el uso de servicios curativos. Estos escritos clásicos han puesto de manifiesto información que no puede y no debe ya ignorarse (Ashton y Seymour, 1990).

También el estudio realizado por McKeown (1976) sobre las razones del crecimiento poblacional (en Inglaterra y Gales) muestra claramente que las mayores contribuciones a la mejora de la salud fueron de orden conductual (la limitación del tamaño familiar) y de orden ambiental (el acceso a alimentos y a un ambiente físico sano) y, por último, como resultado de las medidas preventivas y terapéuticas, destacando la importancia de abordar los factores conductuales y ambientales, y específicamente los determinantes sociales de la salud, con la asistencia médica como uno más de los factores que determinan la salud del individuo y la población. El análisis de estos datos destaca que entre el 80 y 90% de la reducción total en la tasa de mortalidad, desde el principio del siglo XVIII hasta el momento del estudio, se debió a la disminución de las muertes por infecciones, como la tuberculosis, las neumonías y las enfermedades diarreicas transmitidas por el agua y los alimentos. Con la conclusión de que la contribución total de las intervenciones médicas y quirúrgicas en la reducción de la mortalidad ha sido mínima cuando se compara con el impacto de las medidas de salud pública, tanto ambientales como políticas, económicas o sociales. Otros estudios previos notan conclusiones similares, incluso Sigerist (1941), Ryle (1948) y Morris (1975) (Ashton y Seymour, 1990).

El Informe Lalonde (1974), elaborado hace más de cuarenta años, continúa siendo vigente y continúa reiteradamente citado. Este Informe nota que un gran número de las incapacidades y muertes prematuras que sufrían los canadienses eran prevenibles. Esto dio lugar a la creación de un nuevo programa de medicina preventiva en Canadá y al cuestionamiento del beneficio de las acciones de salud pública en curso; dicho programa sigue vigente y se considera la base fundamental para los programas de salud de ese país, con las estrategias de la promoción de la salud prioritarias para la realización de esta visión integral y equitativa (Lalonde, 1974).

Las conclusiones de estos estudios apoyan y son claros reflejos del modelo de jerarquía de necesidades postulado por Maslow, co-

menzando con las necesidades físicas de la vida (alimento, vivienda, ausencia de dolor y supervivencia), ya que estas condiciones son necesarias para que el individuo y/o las poblaciones puedan plantearse su propio potencial, tanto fisiológico como psicológico y social, para su mejor bienestar y calidad de vida (Maslow, 1968).

A partir de estos análisis y postulados, se ha venido reconociendo la importancia de los factores sociales y ambientales y de los modos de vida como factores determinantes de la salud, y se ha dado inicio a una reflexión sobre la teoría y práctica de la salud pública. Esto resultó en la realización de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud y la adopción de la Carta de Ottawa (World Health Organization [WHO], 1986). Desde este momento, la promoción de la salud se visualiza como el eje clave de la nueva salud pública.

Al mismo tiempo, la promoción de la salud es considerada la pieza clave para el logro de los ODM. Los ODM, adoptados en la 55ª Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), representan un compromiso mundial en la lucha para reducir la pobreza y la inequidad con la distribución del ingreso interno y entre los países. En este magno compromiso, el sector salud está implicado directamente en el logro de la reducción de la mortalidad materna (ODM nº 5) e infantil (ODM nº 4) y la reducción del VIH-sida y otras enfermedades transmisibles (ODM nº 6).

Además, el sector salud tiene la responsabilidad de colaborar con otros sectores en el logro de los demás objetivos. En especial en la reducción de la pobreza y el hambre (ODM nº 1), donde es indispensable promover el desarrollo humano y social sostenible mediante el aumento de la seguridad alimentaria y nutricional, del empleo y de la distribución del ingreso. A su vez, en dos de los objetivos se requiere una colaboración estrecha entre los sectores salud y educación, para asegurar la educación primaria completa para todos los niños (ODM nº 2), y para la eliminación de la disparidad de género en la educación primaria y secundaria (ODM nº 3).

Los ODM se interrelacionan de tal manera que el logro de uno requiere avances significativos en los otros. Esta interdependencia obliga a acciones dirigidas a fortalecer la capacidad institucional a escala mundial para poner en marcha estrategias que puedan sostener los procesos de desarrollo humano y social a corto y largo plazo. El fortalecimiento de la capacidad institucional es vital para diseñar procesos de planificación participativa e intersectorial, así como su implementación y evaluación respectiva a escala global, a

fin de lograr estrategias integrales e integradoras, como por ejemplo las EPS y las UPS, entre otras, asegurando la continuidad y sostenibilidad de los procesos. Los ODM proveen una oportunidad única para establecer pactos sociales entre todos los diversos sectores, incluso la sociedad civil, para lograr el desarrollo humano y social sostenible.

Los determinantes sociales de la salud

La promoción de la salud, considerada la estrategia clave para la reducción de la pobreza y la inequidad, parte de una comprensión del contexto de la salud que se complementa con el conocimiento de la epidemiología y de las ciencias sociales (psicología, sociología, antropología, etnografía, comunicación y, especialmente, educación para la salud).

La promoción de la salud a su vez exige la complementariedad y la colaboración de múltiples sectores, incluso la sociedad civil, para el apropiado reconocimiento de las condiciones de salud, en la definición de prioridades, en la toma de decisiones y en la ejecución de las acciones integrales y sostenibles. Entre los determinantes sociales es imperativo considerar en forma conjunta e interrelacionada, como mínimo, la dotación genética, los factores ambientales y nutricionales, la salud laboral y los estilos de vida.

Posicionamiento técnico-científico y mundial

El interés en la nueva salud pública para afrontar los desafíos del siglo XX fue expresado en la estrategia de salud para todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aceptada como política institucional en 1981 en la 34ª Asamblea Mundial de la Salud (WHO, 1981).

A través de las discusiones generadas por dicha estrategia surgió el concepto de la promoción de la salud, vista como una forma de alcanzar la salud para todos mediante un proceso de capacitación de la población a fin de aumentar el control sobre su propia salud. La salud es un recurso para la vida cotidiana y no un objetivo en sí mismo.

La Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa del 17 al 21 de noviembre de 1986, fa-

cilitó el diálogo entre los participantes para tratar de dar respuesta a la creciente demanda sobre la concepción y la comprensión de la nueva salud pública en el mundo. Los participantes (representantes de 38 países) coordinaron sus esfuerzos para presentar sus posiciones técnico-científicas y para aclarar los conceptos inherentes a la nueva salud pública, como también para definir los objetivos futuros y reforzar su compromiso individual y colectivo de Salud para Todos en el Año 2000. Esta intensa labor culminó en la elaboración y emisión de la Carta de Ottawa, que toma como base los progresos resultantes de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria de la salud (WHO-UNICEF, 1978), los objetivos de la salud para todos, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud (WHO, 1986).

En el centro de cualquier discusión sobre la promoción de la salud está el concepto de salud. La Carta de Ottawa (1986) define salud como

> la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata […] de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (WHO, 1986).

A partir de esta definición, "la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (WHO, 1986).

La Carta de Ottawa especificó, para la salud, los requisitos más importantes: ecosistema estable, paz y justicia social, trabajo, vivienda, buena nutrición y acceso a los servicios de salud, así como las acciones estratégicas para promoverla (políticas públicas saludables, entornos de apoyo, el empoderamiento de la comunidad, habilidades personales y reorientación de los servicios de salud.

La promoción de la salud fue entonces conceptualizada de una manera amplia que incluye actividades englobadas en cinco áreas estratégicas (WHO, 1986):

1. La formulación de políticas que promuevan la salud en todos los sectores y niveles de la sociedad (políticas públicas saludables). La implementación de las estrategias de promoción de la salud exige la combinación de enfoques diversos, incluso legislación. La acción conjunta e integral contribuye a asegu-

rar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, y de un medioambiente grato y limpio. Como tal, la elaboración, la adopción y el monitoreo de políticas públicas saludables son vitales para obtener acciones exitosas.

2. La creación de entornos saludables (ambientes físicos, psicosociales, económicos, políticos, culturales) para la salud y el bienestar. El mejoramiento y mantenimiento de los aspectos físicos y psicosociales, donde la gente vive, estudia y trabaja, es clave para el bienestar, la calidad de vida y la salud. Los lazos que de forma inextricable unen al individuo y su medioambiente constituyen la base de un acercamiento socioecológico a la salud.
3. El fortalecimiento de las acciones comunitarias y la participación de la comunidad. La promoción de la salud depende directamente de la participación efectiva y concreta de la comunidad. Esto requiere recursos humanos y materiales para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. El proceso de fortalecimiento de las personas, los grupos y las comunidades está dirigido a facilitar un mayor control sobre sus propias condiciones de salud, de bienestar y de calidad de vida.
4. El desarrollo de habilidades necesarias para una vida sana. Las estrategias de promoción de la salud favorecen el desarrollo personal y social, a través de la disponibilidad de información y la educación para la salud, incluso el entrenamiento en HpV, lo que incrementa las opciones disponibles a fin de que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre su medioambiente.
5. La reorientación de los servicios de salud. La responsabilidad de la salud debe ser compartida por el individuo y por la sociedad y las instituciones. Todos son responsables y deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema integral de protección de la salud para tener la mejor salud y calidad de vida. El rol del sector salud trasciende la responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos, y, como tal, debe favorecer y apoyar los procesos para una vida sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.

   Las subsecuentes conferencias internacionales y regionales

analizaron distintos aspectos críticos para el mejoramiento de las condiciones de salud y el desarrollo de las personas y comunidades, y a su vez para un mejor entendimiento de los conceptos técnico-científicos de las estrategias de la promoción de la salud.

- La Segunda Conferencia, realizada en Adelaida, Australia (1988), subrayó el papel fundamental de las políticas públicas saludables. La Declaración de Adelaida proporcionó una revisión completa del proceso y recomendó la formulación de políticas públicas saludables para mejorar los determinantes sociales de la salud (Adelaide Conference, 1988).
- La Tercera Conferencia, en Sundsval, Suecia (1991), puso énfasis en la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones (físicas, culturales, económicas y políticas). La Declaración de Sundsvall ofreció experiencias y propuso el establecimiento de entornos saludables y de apoyo para promover estilos de vida sana en los lugares donde las personas viven, trabajan, estudian y se divierten (WHO, 1992).
- En la Conferencia de Bogotá, Colombia (1992), se discutió la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo. Además se deploró la repercusión de la violencia en la salud de los individuos y las comunidades (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1992).
- La Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe (Trinidad y Tobago, 1993) enfatizó la promoción y protección de la salud, identificó estrategias para la realización de actividades intersectoriales, e hizo un llamado a la renovación del compromiso para la participación comunitaria en los procesos de decisión, comunicación social y mayor equidad en salud (Panamerican Health Organization [PAHO]/WHO, 1993).
- La Cuarta Conferencia Internacional de Yakarta, Indonesia (1997), planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes sociales de la salud en los países en desarrollo. De igual modo, se puso énfasis en la movilización del sector privado y la conformación de alianzas estratégicas. La Declaración de Yakarta destacó la im-

portancia de las alianzas, incluyó una discusión profunda sobre la colaboración con el sector privado, recomendó el fortalecimiento de la infraestructura y la capacidad para promover la salud, e instó a invertir más en promoción de la salud (WHO, 1997a).

- La Quinta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en la ciudad de México (2000), consideró la promoción del desarrollo sanitario y social como un deber primordial y una responsabilidad de los gobiernos, que comparten todos los demás sectores de la sociedad. Concluyó que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de una mejor salud para todos. La Declaración de México compromete a los países a situar la salud en la agenda política y de desarrollo, y a poner en marcha planes de acción estratégicos para promover la salud de los pueblos (OPS/OMS, 2000a).
- La Sexta Conferencia Internacional fue realizada en Bangkok, Tailandia (2005). La Carta de Bangkok convoca a una alianza internacional a fin de establecer políticas públicas para el mejoramiento de los determinantes sociales de la salud (WHO, 2006).
- La Séptima Conferencia Internacional se realizó en Nairobi, Kenia (2009).

Avances en el desarrollo de la estrategia de promoción de la salud

Desde la década de los noventa se vienen desarrollando las bases técnico-científicas de la práctica de la promoción de la salud en línea con el marco de referencia de la nueva salud pública. Esto ha sido acompañado por avances significativos. Más allá de la discusión sobre su definición conceptual, los límites de su acción y la eficacia de las estrategias, se ha venido reconociendo que las políticas públicas saludables son fundamentales para enfrentar y mejorar los determinantes sociales de la salud. A su vez, la promoción de la salud en los espacios donde la gente estudia, trabaja y convive es ampliamente reconocida como la esencia misma y la clave para el desarrollo local y del mejoramiento de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida. Asimismo, los avances en la reorientación de los servicios

de salud están logrando un mayor desarrollo de acciones preventivas y de promoción de salud, especialmente en el nivel local.

Ambientes y espacios saludables

Los significativos avances a escala mundial en esta área de trabajo están siendo acompañados con acciones pertinentes para el fortalecimiento de los procesos de planificación, implementación y evaluación de programas y actividades integrales y sostenibles. En diferentes partes del mundo se están desarrollando y expandiendo experiencias de promoción de la salud para el desarrollo de espacios saludables que faciliten el fortalecimiento de las capacidades técnicas y políticas en diversos ámbitos de acción, favoreciendo acciones integrales y sostenibles a lo largo del curso de la vida y en diferentes ámbitos (barrios, parques, mercados, municipios, escuelas, universidades, etc.). Por ejemplo, en el ámbito académico, las iniciativas EPS y UPS son reconocidas como estrategias efectivas para abordar los diferentes aspectos de la promoción de estilos de vida y ambientes saludables tanto para los educandos como para los educadores, dado que incluyen los aspectos críticos para una vida sana, como la prevención y control del consumo de tabaco, alcohol y drogas, la prevención de la violencia y accidentes, la salud sexual y reproductiva, y la salud mental y emocional, importantes en sí mismos en las diferentes etapas cruciales de la vida.

La creación de espacios saludables sostenibles ha generado oportunidades para la colaboración de diversos actores, disciplinas y sectores clave en la promoción de estilos de vida saludables y la obtención de condiciones que facilitan la adopción y el mantenimiento de los comportamientos sanos y la vida activa. Por ejemplo, las experiencias de mercados saludables han contribuido a mejorar la calidad de la alimentación; las de municipios saludables han contribuido a la seguridad alimentaria y nutricional y a mejorar los ingresos familiares; y la estrategia de hoteles saludables ha contribuido al desarrollo de alianzas estratégicas entre el sector salud, el sector público y el sector privado.

La promoción de la salud en el ámbito académico

En las últimas décadas, el aumento significativo de la proporción

de estudiantes que pueden completar un programa educacional en los diferentes niveles educativos (básico, secundario y terciario/universitario) ha resaltado la función trascendental que tienen las instituciones educativas en la formación de una población solidaria, crítica y capaz de enfrentar con éxito los desafíos diarios del mundo contemporáneo y a su vez de vivir una vida plena y saludable.

A escala mundial, existe una larga trayectoria y experiencia de programas de salud escolar y universitaria. Hasta la década de los ochenta y principios de los noventa, estos programas se caracterizaban por su tendencia a intervenciones dirigidas al mejoramiento de las condiciones de higiene y saneamiento ambiental, la prevención de enfermedades transmisibles, el tratamiento de enfermedades específicas y frecuentemente a la realización periódica e indiscriminada de exámenes médicos o pruebas de tamizaje (screening). Como resultado, las comunidades educativas estaban sobrecargadas con múltiples intervenciones desarticuladas, dirigidas a la solución de problemas u objetivos específicos, sin estrategias operativas claras que facilitaran la integración de los distintos componentes dentro de un marco conceptual que permitiera avanzar en el logro de objetivos comunes y relevantes para los distintos sectores, y especialmente para los sectores salud y educación. Por ejemplo, los programas de salud escolar se han considerado de responsabilidad exclusiva del sector salud. Las escuelas eran percibidas como "receptoras pasivas" de las intervenciones esporádicas y puntuales (jornadas de vacunación, campañas de salud, charlas o conferencias sobre enfermedades específicas, entre otras) y realizadas por agentes externos a la comunidad educativa.

Este modelo vertical, medicalizado y asistencialista consideraba el ámbito escolar como blanco pasivo (poblaciones cautivas) de las acciones del sector salud, con poca influencia en las decisiones sobre el contenido o enfoque de tales intervenciones por parte de la comunidad educativa, de los equipos locales de salud o de otros miembros de la comunidad educativa y en general. Con frecuencia los programas de salud escolar reflejaban las prioridades de las administraciones centrales o las agencias financiadoras, antes que las verdaderas necesidades o expectativas de las comunidades educativas. La salud de la población escolar se comprendía como la ausencia de la enfermedad más que como el resultado de un proceso de transformación colectiva de los factores determinantes de la salud y el bienestar, en el que los profesionales de la salud y todos los miembros de la comuni-

dad educativa pueden y deben convertirse en socios activos.

La educación para la salud, tanto desde la perspectiva de la preparación académica del educador como de la ejecución de la enseñanza per se, se caracterizaba básicamente por la transmisión didáctica de información sobre temas aislados relacionados con enfermedades específicas o aspectos físicos de la salud. No había oportunidad para considerar la importancia del desarrollo de habilidades o destrezas para vivir una vida plena y saludable. A esto se sumaba la reticencia a incluir temas de vital importancia para el desarrollo humano sostenible, como la sexualidad humana o la salud mental. A su vez, temas como el suicidio o la violencia no se consideraban asuntos de salud pública.

Actualmente, aunque estas tendencias no han desaparecido por completo, se han logrado avances considerables. Durante las últimas décadas, como resultado de múltiples procesos mundiales de transformación, como la globalización e internacionalización de la economía, las estrategias de descentralización y desconcentración del poder, la crisis de los paradigmas en salud y la apertura de nuevos y crecientes espacios de participación social, de una u otra manera, han incidido en la forma de concebir la salud escolar. Esto ha dado lugar, entre otras cosas, a un mayor consenso sobre la relación estrecha entre salud, educación y desarrollo que ha impactado significativamente en el proceso de capacitación en el ámbito universitario y el proceso de enseñanza en los niveles primario y secundario. La salud se considera ahora no solo un componente fundamental del proceso de desarrollo, sino esencialmente su razón de ser. Como tal, la salud es ante todo un producto social.

Asimismo, los procesos de descentralización y desconcentración han redefinido el papel e importancia de los diferentes actores y espacios, dando lugar al fortalecimiento de las comunidades o espacios locales, el reconocimiento de sus particularidades étnicas y culturales, la lucha por un mayor grado de autonomía y la demanda de una mayor participación de las mismas en el desarrollo de las políticas y los programas de salud en los diferentes ámbitos.

A su vez, a escala mundial, las iniciativas EPS y UPS están contribuyendo significativamente al desarrollo de estrategias integrales e integradoras y sostenibles para la provisión de servicios de salud que trasciendan las intervenciones tradicionales, que se fundamentan en conceptos técnico-científicos y dentro del marco conceptual de la promoción de la salud en el ámbito escolar y universitario (WHO, 1997b; OPS/OMS, 2003).

Las universidades y EPS constituyen un mecanismo articulador de esfuerzos y recursos multisectoriales, orientados al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar, ampliando así las oportunidades para el fortalecimiento institucional, el aprendizaje con calidad y el desarrollo humano sostenible de todos los integrantes de la comunidad educativa. A su vez, tienen un gran potencial, como comunidades saludables, de contribuir al logro de objetivos comunes de distintos sectores sociales, y en particular salud y educación; pueden lograr conjuntamente la adopción de políticas escolares y universidades saludables; la creación y mantenimiento de entornos físicos seguros y saludables y culturas académicas armónicas, libres de cualquier forma de violencia o discriminación, equitativas y que faciliten el proceso tanto de enseñanza como de aprendizaje; el desarrollo e implementación de currículos de educación para la salud que trascienden la mera transmisión didáctica de información y fomenten el aprendizaje participativo de las actitudes, los valores y las habilidades necesarias para vivir una vida saludable y contribuir al cuidado de la salud; el fortalecimiento de la participación social y el respeto de los derechos y libertades fundamentales; y el acceso oportuno a servicios de calidad para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. A su vez, las escuelas y UPS contribuyen significativamente al logro de los ODM, directa o indirectamente, y en especial:

1. Erradicación de la pobreza y el hambre. Apoyar, por ejemplo, el desarrollo sostenible de la capacitación institucional para la creación de huertos en el ámbito académico, que contribuyen a la nutrición de la comunidad escolar y universitaria, y a erradicar el hambre en este grupo de la población, como también de sus familias y comunidades.
2. Educación primaria universal. Promover en los diferentes ámbitos académicos la importancia de completar la educación primaria para todos los niños, especialmente en las comunidades marginadas, reduciendo así las inequidades.
3. Igualdad de género y empoderamiento de la mujer. Contribuir a la eliminación de la disparidad por género en la educación primaria, secundaria y terciaria/universitaria.
4. Reducción de la mortalidad infantil. Mediante la educación para la salud en la escuela y en la universidad, la educación de padres y madres de familia, usando las técnicas de capacitación en HpV y otros enfoques pertinentes, reforzando la

capacitación del personal docente y preparando materiales para la alfabetización en salud.

5. Mejoramiento de la salud materna. Mediante la capacitación en HpV y la formación apropiada y pertinente de los educandos, en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
6. Lucha contra el VIH-sida. Mediante la inclusión del componente de HpV en los programas de educación para la salud y la formación de la población joven en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
7. Asegurar sostenibilidad ambiental. Integrar y actualizar los contenidos y metodologías de enseñanza de la salud ambiental en el currículo, así como colaborar con entidades dedicadas al tema.
8. Alianza global para el desarrollo. Facilitar la enseñanza desde temprana edad de principios y valores fundamentales de convivencia, solidaridad, democracia y participación social.

La educación y capacitación en HpV

La evidencia científica muestra que los programas de prevención de la enfermedad que se centran principal o exclusivamente en la transmisión de información y conocimientos son poco eficaces (Botvin, 1999), por lo que las intervenciones educativas para el fomento de la salud en el ámbito académico deben tener en cuenta la gran diversidad de factores que influyen en el comportamiento humano. Asimismo, deben fundamentarse en una visión integral y multidisciplinaria de la salud que incluya el análisis de los factores sociales, políticos y económicos o determinantes sociales de la salud, que afectan la vida cotidiana. En consecuencia, la educación y capacitación en HpV busca privilegiar la capacidad ("empoderamiento") de niños, adolescentes, jóvenes y educadores mediante procesos educativos estructurados en el ámbito académico que les faciliten adquirir y poner en práctica conocimientos, actitudes, valores, habilidades y competencias necesarios para la promoción y protección de su propia salud y la de su familia y comunidad.

Uno de los grandes retos para educadores y personal de salud consiste en trascender los enfoques tradicionales de abordar la educación para la salud, caracterizados por la enseñanza de contenidos

aislados de temas de salud que tienen poca o ninguna relación con la realidad del estudiante en sus entornos familiar y comunitario; el énfasis en los aspectos cognitivos y didácticos del proceso educativo, con escasa valoración o franco desconocimiento de los procesos afectivos y la inteligencia emocional; la falta de participación de los estudiantes y otros miembros de la comunidad educativa en la selección de los temas y la evaluación del proceso de enseñanza y aprendizaje; y la poca atención al uso de técnicas interactivas y participativas que contribuyan a hacer de la experiencia educativa un proceso más agradable y de mayor impacto para todos los involucrados. Por ejemplo, los programas de educación para la salud en el ámbito escolar son integrales cuando (WHO, 1997b):

- Se inspiran en un paradigma que considera la salud como fuente de bienestar y desarrollo sostenible y no como la simple ausencia de enfermedad.
- Utilizan todas las oportunidades disponibles (dentro y fuera de la comunidad educativa, educación formal e informal, métodos tradicionales o alternativos) para desarrollar procesos de educación para la salud.
- Fortalecen la capacidad de los estudiantes ("empoderamiento") para transformar las condiciones determinantes de la salud.
- Promueven la interacción entre escuela, comunidad, padres y madres de familia, y los servicios de salud disponibles localmente.
- Promueven el desarrollo y conservación de ambientes escolares saludables.

Además, es mundialmente reconocido que para el nuevo milenio es necesaria una educación para la vida orientada al desarrollo de la capacidad innata de aprender a ser, aprender a aprender, aprender a hacer, aprender a convivir (PNUD, 1998) y aprender a emprender (UNESCO, 2002), y al fortalecimiento de las distintas destrezas y competencias necesarias para enfrentar con éxito las nuevas exigencias y desafíos. Para esto, se requiere una educación participativa y liberadora que permita desarrollar la capacidad analítica e investigadora en un ambiente positivo y de creatividad, y que fortalezca los principios de respeto de los derechos humanos, la equidad y los valores solidarios. Este enfoque aspira a contribuir

a la formación de hombres y mujeres con autoestima, autonomía, conciencia y compromiso social y con capacidad para ser coautores de las acciones individuales y colectivas dirigidas al bienestar y calidad de vida. En esta línea, el enfoque de HpV –con su énfasis en el desarrollo de destrezas y competencia psicosocial– está teniendo cada vez más aceptación y difusión, y constituye una herramienta valiosa para continuar apoyando los procesos de educación para la salud en el ámbito escolar (Mantilla, 2000).

La educación y capacitación en HpV tiene como objetivo principal el desarrollo y fortalecimiento de un grupo genérico de habilidades psicosociales que tienen aplicación en una amplia variedad de situaciones cotidianas y de riesgo propias de la vida de niños, adolescentes, jóvenes y de la comunidad educativa. Aunque existen diversas formas de clasificar dichas habilidades (Mangrulkar et al., 2001), la OMS ha propuesto diez habilidades relevantes en cualquier contexto sociocultural (WHO, 1999):

Conocimiento de sí mismo	Empatía
Comunicación efectiva/asertiva	Relaciones interpersonales
Toma de decisiones	Solución de problemas
Pensamiento creativo	Pensamiento crítico
Manejo de emociones y sentimientos	Manejo de tensiones y estrés

Saber tomar mejores decisiones o tener la capacidad de decir "no", por ejemplo, son habilidades psicosociales importantes que pueden ayudar a niños, adolescentes y jóvenes, como también a los educadores, a resistir la presión del grupo de pares o amigos para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas o el tabaquismo. También, estas mismas habilidades pueden constituir un factor protector en el caso de situaciones de riesgo relacionadas con la vida sexual de las diferentes poblaciones y en particular los adolescentes y jóvenes.

Algunas de las características personales que se han identificado en los niños resilientes (OPS/OMS, 2000b), como, por ejemplo, autonomía, empatía, control de emociones e impulsos, o la habilidad para comprender y analizar situaciones, pueden desarrollarse o fortalecerse mediante las intervenciones de educación en HpV. El que una sola intervención –la educación en HpV– permita abordar

múltiples objetivos, intereses y prioridades comunes a diversos sectores sociales, como la promoción de la salud (desarrollo de aptitudes personales), la prevención de problemas psicosociales y la promoción del desarrollo humano integral, constituye una de las principales fortalezas de este enfoque.

Los programas actuales de educación para la salud en el ámbito académico deben igualmente prestar atención a los aspectos relacionados con la alfabetización en salud (health literacy) y su potencial de contribuir a los objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las distintas etapas del ciclo evolutivo.

El concepto de health literacy es relativamente reciente en el campo de la salud pública y como tal existen diversas definiciones. Una de ellas afirma que la alfabetización en salud consiste en "la capacidad para obtener, interpretar y comprender información básica sobre la salud y los servicios y la competencia para usar dicha información y servicios para el mejoramiento de las condiciones de salud" (US Healthy People 2010 Objectives).

Durante la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud (México, 2000) se acordó incorporar en el concepto otras dimensiones del desarrollo comunitario y hacer énfasis en la alfabetización en salud no solo como una característica personal, sino como un factor determinante de la salud pública. Como parte de los posibles contenidos temáticos de "alfabetización en salud" en el ámbito académico, resulta pertinente incluir la educación en los derechos humanos básicos y las libertades fundamentales de todos los niños, adolescentes y jóvenes en general, y en especial de aquellos que pertenecen a los grupos más vulnerables o excluidos (por ejemplo, niños con afecciones crónicas o discapacidades de cualquier tipo, víctimas de conflictos armados o los refugiados, entre otros). Es fundamental y apropiado educar a niños, adolescentes y jóvenes para una vida saludable a partir del conocimiento y apropiación de los derechos humanos y libertades fundamentales, y en este sentido las instituciones educativas constituyen un escenario ideal. Existen vínculos muy importantes por explorar entre derechos humanos y promoción y educación para la salud, dentro del contexto de "empoderamiento" y participación social de las escuelas y UPS. Por ejemplo, las actividades de educación para la salud en las escuelas que involucran el uso de métodos y estrategias de aprendizaje participativo e interactivo, como los enfoques Niño a Niño o Joven a Joven, estimulan a los estudiantes para que asuman un papel activo

en la promoción y protección de la salud entre los niños de su edad, sus familias y sus comunidades, incluidos los niños y jóvenes que están fuera del sistema escolar (The Child-to-Child Trust, 1997).

En términos generales, el diseño y desarrollo de un programa integral de educación para la salud requiere el diagnóstico de necesidades; el desarrollo curricular; la preparación de material didáctico; la formación, capacitación y actualización de docentes; la investigación; el seguimiento y evaluación; y la difusión de la información. Es recomendable que dichos programas (WHO, 1997b):

- Integren un currículo escolar con base en las prioridades nacionales, regionales y locales de salud pública, concebidas en términos de los conocimientos, actitudes, valores y habilidades necesarias para el desarrollo de estilos de vida saludable.
- Hagan énfasis en los factores protectores de la salud (incluida la promoción de la resiliencia) y las prácticas y factores de riesgo.
- Incluyan el componente de educación en habilidades y competencias psicosociales (HpV).
- Apliquen nuevos métodos de educación para la salud que complementen el aprendizaje en las aulas mediante el refuerzo transcurricular y las actividades en el ámbito escolar y la comunidad.

Aunque habitualmente la educación física ha formado parte de la educación para la salud y se centra en la práctica de los deportes y el desarrollo de destrezas motrices, en años recientes ha cobrado fuerza el movimiento internacional para promover el mejoramiento del estado físico durante todas las etapas del ciclo vital. La educación física y las actividades recreativas ofrecen oportunidades adicionales para la promoción de la vida activa y la salud física y mental en las escuelas.

Marco conceptual para la promoción de la salud en el ámbito académico

Las iniciativas escuelas y UPS tienen como meta el fortalecimiento del desarrollo humano sostenible de niños, adolescentes y jóvenes en el contexto del ámbito académico, basada en un marco conceptual científicamente sólido. Originalmente, el marco conceptual fue concebido específicamente para la iniciativa EPS y en el 2003

fue propuesto, adoptado y adaptado para la Iniciativa UPS (Ippolito-Shepherd, 2002a; 2003). Este se fundamenta en dos bases principales: (1) las declaraciones y orientaciones de promoción de la salud,[1] que brindan el gran marco de referencia; y (2) las consideraciones pertinentes al binomio salud y educación, así como de otros sectores sociales, el contexto y experiencias a escala mundial, los programas de salud en el ámbito académico existentes, y en particular los conocimientos científicos y técnicos sobre salud y educación, incluyendo teorías, modelos y acciones educativas que permitan identificar las prácticas apropiadas, eficaces y efectivas para el desarrollo de programas integrales de salud en los ámbitos regional, nacional y local. Este marco conceptual incluye las propuestas de estrategias y líneas de acción que se sustentan en el trabajo mediante redes y la participación comunitaria, especialmente de la comunidad educativa, las que se ejecutan a través de tres estrategias de promoción de la salud.[2] Con el propósito de facilitar el desarrollo humano sostenible, la meta de las iniciativas, el marco conceptual incluye el trabajo permanente para el desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas saludables, como un elemento común y transversal a las tres estrategias, como se refleja en el Diagrama 1 (Ippolito-Shepherd, 2002a; 2003).

El gran desafío para el sólido diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las estrategias de la promoción de la salud en el ámbito académico y otros ámbitos consiste en la aplicación apropiada, pertinente y creativa de marcos teóricos que faciliten el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida y las oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo saludable de las poblaciones.

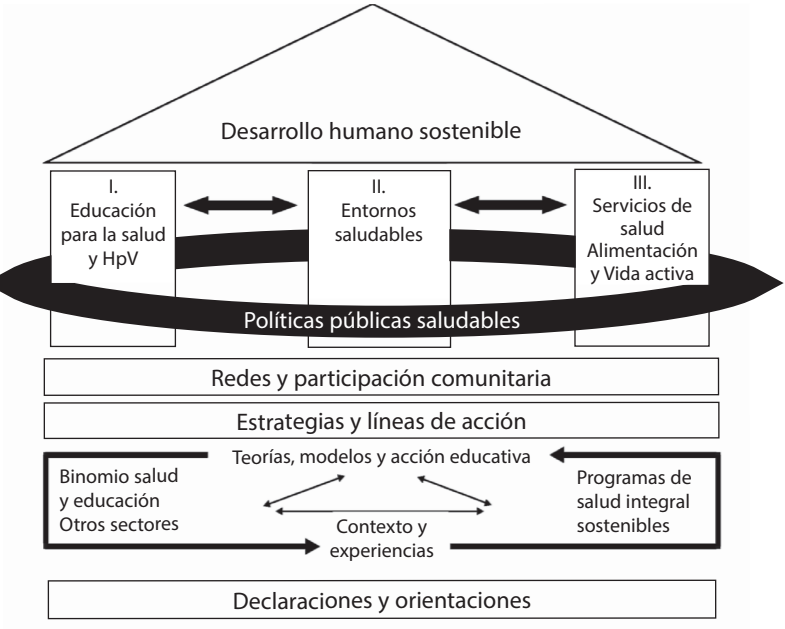
Teorías políticas para el desarrollo comunitario participativo. El empoderamiento (empowerment) es un concepto fundamental en la práctica de la organización comunitaria y el desarrollo participativo, y se refiere a la capacidad de las personas de estar informadas, de tomar decisiones y de realizar acciones, sea en forma individual colectiva. También implica conocimientos pertinentes y el acceso a, y el control de, los recursos necesarios.

1. Carta de Ottawa (1986), Declaración de Adelaida (1988), Declaración de Sundsvall (1991), Declaración de Bogotá (1992), Declaración del Caribe (1993), Declaración de Yakarta (1997), declaración de México (2000) y Conferencia de Chile (2002).

2. Educación para la salud y habilidades para la vida, entornos saludables y servicios de salud, alimentación y vida activa.

El empoderamiento individual se refiere a características psicológicas como autoestima, conocimiento, confianza en sí mismo y buena dosis de control para lograr una meta o satisfacer un interés personal. El empoderamiento comunitario se refiere a características de organización social, conocimiento y acceso a fuentes de infor-

Diagrama 1



mación, contactos y alianzas entre grupos de presión, influencia en los niveles políticos y de decisión económica, para el logro de una meta o interés del grupo o la comunidad (Arroyo y Cerqueira, 1997). Dentro del contexto de la promoción de la salud, "empoderamiento" también se refiere al proceso de acción social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad y justicia social. El proceso en sí implica desarrollo de competencias y entrenamiento en habilidades para negociar, manejar conflictos, construir consenso y alianzas estratégicas. Las comunidades que fortalecen su capacidad

de estar informadas, de tomar decisiones y de resolver problemas mediante la acción colectiva verán los cambios a través del aumento de los indicadores de calidad de vida y en la reducción de las tasas de problemas sociales y de salud, y a su vez pueden ejecutar acciones para la modificación de los factores de riesgo y las condiciones que subyacen a muchos problemas de salud.

Teorías sobre el apoyo social y la conformación de redes con base en la comunidad. El desarrollo sostenible de comunidades competentes implica la aplicación de principios y enfoques derivados de las teorías y modelos de apoyo social, cuyas técnicas generalmente son utilizadas para la identificación de líderes; para el entendimiento de los patrones comunitarios; para la identificación de grupos de alto riesgo; y para involucrar a los miembros de las redes en la evaluación de necesidades en sus propias comunidades y también para ser coautores de la planificación las acciones necesarias a fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida en la comunidad, incluso la creación de espacios saludables sostenibles. A su vez, las redes de apoyo social desempeñan una función vital en la promoción de los estilos individuales y colectivos de vida saludable, sea estimulando o desalentando actitudes y/o comportamientos saludables.

Teorías sobre el desarrollo cognitivo. Uno de los pilares del desarrollo cognitivo es el trabajo pionero de Jean Piaget, quien en la década de los treinta postuló que el desarrollo cognitivo en los seres humanos progresa a lo largo de una serie de etapas (sensoriomotriz, preoperacional, de operaciones concretas y de operaciones formales), resultado de la interacción permanente entre los factores biológicos y la experiencia individual. A través de las últimas siete décadas muchos de los planteamientos iniciales de Piaget han sido revisados y actualizados a la luz de los resultados de investigaciones científicas. Entre estos, las seis fases originales del período sensoriomotor se han reclasificado en cuatro, con puntos críticos de transición en los primeros 18 meses de edad, que parecen coincidir con cambios en el proceso de maduración cerebral (Steinberg y Belsky, 1991).

Los aportes de Piaget fueron significativos para el desarrollo de la teoría del conocimiento y muchos de ellos son a su vez las bases para el desarrollo de las teorías de la educación. Piaget señaló que el conocimiento tiene como función transformar la realidad, no solo adquirir información; destacó que gran parte de la psicología conductista y de la ciencia cognitiva negaba la importancia de los sentimientos; y subrayó que la experiencia humana involucra el

pensamiento, lo cognitivo, la acción, lo psicomotor y lo afectivo. Solo cuando todas estas dimensiones se consideran en conjunto, el aprendizaje de cada experiencia tiene sentido, enriquece y "empodera" al individuo (Piaget, 1926).

Los marcos de referencia de desarrollo cognitivo centrado en quien aprende, que se fundamentan principalmente en las teorías de educación de adultos (Knowles, 1984), pedagogía crítica (UNESCO, 2000) y aprendizaje social (Bandura, 1986), son claves en el fortalecimiento de la capacidad en el ámbito local. Los modelos de educación popular para la salud, basados en la pedagogía crítica, se centran en el empoderamiento de los miembros de la comunidad para que puedan identificar problemas e implementar las soluciones necesarias a fin de mejorar la calidad de vida.

El fundamento teórico de la educación para la salud y la capacitación de los trabajadores de la salud es derivado del campo de la educación de adultos. Los modelos más eficaces asumen que una persona bien motivada que está aprendiendo puede beneficiarse de una abundancia de experiencias de vida. Muchos programas enfatizan la importancia de un clima de respeto mutuo, colaboración, reciprocidad, confianza, apoyo, franqueza y autenticidad.

Teorías sobre la modificación del comportamiento.Las teorías utilizadas para estos procesos están generalmente relacionadas con los modelos para la modificación del comportamiento por etapas y las teorías de la persuasión.

Las teorías sobre modificación del comportamiento consideran que la adopción de comportamientos saludables es un proceso en el que los individuos avanzan a lo largo de varias etapas hasta que el nuevo comportamiento llega a formar parte de su vida cotidiana. Las teorías de la persuasión ofrecen un amplio marco de referencia para facilitar la comprensión del comportamiento humano y sus determinantes, que a su vez sirven de base para la investigación pertinente. Dentro de este campo en particular se destacan dos modelos, por su solidez y amplia difusión transcultural: (1) el modelo de creencias en salud, formulado en la década de los cincuenta a partir de una experiencia de participación pública en un programa de tamizaje (screening) para la tuberculosis. El análisis de los factores que influyeron en la participación fue la génesis del modelo, que se basa en tres factores esenciales (Dignnan y Carr, 1992):

- La disponibilidad de la persona para hacer cambios en su

comportamiento con el fin de evitar la enfermedad o reducir al máximo los riesgos para la salud.
- La presencia e intensidad de fuerzas en el entorno de la persona que impulsan el cambio y lo facilitan.
- Los comportamientos en sí mismos.

Este modelo asume que, si la gente tiene acceso a información sobre la gravedad de una enfermedad y de su propia susceptibilidad hacia condiciones que puedan producirla, actuarán de manera racional siempre y cuando perciban que el comportamiento recomendado es eficaz; y (2) la teoría del aprendizaje social sugiere que las personas asumen un compromiso con la modificación del comportamiento siempre y cuando: (a) consideren que pueden adoptar el nuevo comportamiento; y (b) crean que los resultados del comportamiento serán positivos (Bandura, 1969).

El modelo PRECEDE-PROCEDE (Green y Kreuter, 1991) ha sido usado exitosamente en programas de promoción de la salud y educación para la salud en el ámbito académico, dando énfasis al desarrollo de habilidades y destrezas. El modelo toma en cuenta los factores determinantes de la salud y sirve de guía en la planificación de programas e intervenciones de promoción de la salud y educación para la salud, facilitando la planificación, implementación y evaluación de programas, así como para el desarrollo de políticas y legislación. Enfatiza que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr los cambios de conductas. El modelo consta de cinco fases de diagnóstico, una fase de ejecución y tres fases de evaluación.

Las iniciativas universidades y EPS están mostrando ser mecanismos apropiados y exitosos de abogacía, articulación y movilización social, multisectorial e interagencial de recursos para el fortalecimiento de las capacidades regionales, nacionales y locales necesarias para la promoción de la salud, la creación de condiciones propicias para el aprendizaje y el desarrollo humano integral, y el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niños, adolescentes, jóvenes y demás miembros de las comunidades educativas.

A escala mundial existen planes estratégicos para el fortalecimiento de las iniciativas formuladas teniendo en cuenta la situación actual de los programas de salud en el ámbito académico y el grado de avance en la implementación de la estrategia, dentro de un

marco general de áreas prioritarias de cooperación técnica (OPS/OMS, 2003; WHO-EM, 2006). Por ejemplo, el Plan Regional de la Iniciativa EPS para las Américas propone el desarrollo de seis estrategias principales, con sus correspondientes líneas de acción:

1. Abogacía de los programas de salud escolar.
2. Institucionalización de la estrategia EPS y formulación de políticas saludables en las comunidades educativas.
3. Participación de actores clave en la gestión de los programas de salud escolar.
4. Fortalecimiento de la capacidad técnica de los países.
5. Investigación.
6. Movilización de recursos.

A su vez, en esta misma región la iniciativa EPS se ha centrado en tres componentes principales (OPS/OMS, 2003):

1. La educación para la salud con enfoque integral, incluso la enseñanza de HpV.
2. La creación y el mantenimiento de entornos saludables y sostenibles.
3. La provisión de servicios de salud, alimentación sana y vida activa.

La educación para la salud con enfoque integral está brindando al escolar el conocimiento necesario para reconocer, adoptar, desarrollar y mantener las habilidades y destrezas necesarias a fin de lograr un nivel óptimo de bienestar y de calidad de vida, construyéndose sobre sus valores personales, familiares y de la comunidad y teniendo en cuenta sus necesidades y características individuales, sociales y culturales. La educación en HpV está fomentando y facilitando la adopción y el mantenimiento de comportamientos que permiten responder a las demandas y desafíos de la vida diaria, incluso habilidades para hacer, para pensar y de comunicación.

La creación y el mantenimiento de entornos saludables está fomentando el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad institucional para crear y mantener la planta física y sus alrededores limpios, seguros y apropiados. Se está prestando especial consideración y atención al clima emocional y a las interacciones sociales que afectan el bienestar y la productividad de los estudiantes y del

personal escolar, dada la estrecha relación existente entre la salud emocional y la capacidad de autoexpresión. Se está otorgando preferencial atención a la formación del cuerpo docente y al desarrollo de actividades dirigidas a promover la salud en asociaciones de padres de familia y organizaciones comunitarias. A su vez, la evidencia científica muestra la importancia de la calidad del microclima psicosocial dentro del aula de clase en el rendimiento académico de los estudiantes y el desempeño de los propios docentes (UNESCO, 1998).

La provisión de servicios de salud, alimentación sana y vida activa está facilitando el fortalecimiento de la relación entre los equipos de salud, educación y otros sectores pertinentes, incluso sus funciones y su capacidad para complementarse y ayudarse mutuamente. Se está enfatizando la atención temprana y apropiada a los escolares para detectar y prevenir los problemas de salud, incluidos factores de riesgo y hábitos nocivos. El acceso a servicios de salud y alimentación sana está permitiendo la adquisición del conocimiento básico y necesario y el reconocimiento médico para la detección temprana de deficiencias o enfermedades.

Una escuela promotora de la salud
(Ippolito-Shepherd y Cerqueira, 2002)

- Implementa políticas que apoyan la dignidad y el bienestar individual y colectivo, y ofrecen múltiples oportunidades de crecimiento y desarrollo para niños y adolescentes, dentro del contexto de aprendizaje y éxito de la comunidad escolar (incluidos docentes, estudiantes y sus familias).
- Pone en marcha estrategias que fomentan y apoyan el aprendizaje y la salud, utilizando para ello todos los medios y recursos disponibles e involucrando personal del sector salud y educación y líderes de la comunidad en el desarrollo de actividades escolares planificadas (educación para la salud con enfoque integral y entrenamiento en HpV; fortalecimiento de factores protectores y disminución de comportamientos de riesgo; facilitación del acceso a servicios de salud escolar, nutrición y educación física).
- Involucra a todos los miembros de la escuela y la comunidad (incluidos maestros, padres, estudiantes, líderes y organizaciones no gubernamentales [ONG]) en la toma de decisiones y la ejecución de las intervenciones para la promoción del aprendizaje, el fomento de estilos de vida sana y la realización de proyectos comunitarios de promoción de la salud.
- Tiene un plan de trabajo para el mejoramiento del ambiente escolar físico y psicosocial y sus alrededores (normas y reglamentos para ambientes

libres de humo, drogas, abuso y cualquier forma de violencia; acceso a agua potable e instalaciones sanitarias; alimentos saludables), tratando de dar ejemplo mediante la creación de ambientes escolares saludables y el desarrollo de actividades que se proyecten fuera del ámbito escolar hacia la comunidad.

- Implementa acciones para evaluar y mejorar la salud de estudiantes, comunidad educativa, familias y miembros de la comunidad en general y trabaja con los líderes de la comunidad para asegurar el acceso a nutrición, actividad física, consejería, servicios de salud y de referencia.
- Ofrece entrenamiento relevante y eficaz y material educativo a docentes y estudiantes.
- Tiene un comité local de educación y salud en el que participan activamente las asociaciones de padres, ONG y otras organizaciones en la comunidad.

Acreditación y certificación de universidades y EPS[3]

Los Estados miembro están en proceso de definir criterios y procedimientos para la acreditación de universidades y EPS. El proceso de certificación incluye, entre otros aspectos, el acordar las normas sobre requisitos mínimos para la certificación por parte de los ministerios de Salud y Educación, así como las actividades de monitoreo y seguimiento; y especificar los requisitos de información, y la periodicidad de certificación (generalmente cada dos años). Estos procesos se están desarrollando teniendo en cuenta las directrices de las iniciativas universidades y EPS y con la participación de los directivos y docentes, estudiantes, padres, administrativos y organizaciones de la comunidad. Con base en las directrices generales de las iniciativas, los países continúan avanzando con el proceso de definición de criterios y procedimientos para la acreditación de las instituciones académicas como universidades y EPS. Los procedimientos incluyen normas sobre requisitos mínimos, certificación por parte de los ministerios de Salud y Educación, actividades de monitoreo y seguimiento, requisitos de información y período de acreditación. Aunque los esquemas varían mucho de país a país, el mecanismo seguido en Chile para la acreditación de EPS es un buen ejemplo para tomar en cuenta (OPS/OMS, 2003).

Criterios para la acreditación de una EPS

Proceso de planificación

La escuela debe reunir por lo menos tres de los siguientes elementos:

- Proceso definido para abogacía o documento de compromiso a fin de desarrollar la iniciativa.
- Grupo de trabajo para implementación de la iniciativa y coordinación con otros sectores, en el que hay participación de representantes de los administradores escolares, docentes, padres y madres de familia, estudiantes y asociación de docentes y padres.
- Evaluación de necesidades o plan de acción de por lo menos un año.
- Inclusión del programa de salud escolar en el plan de acción de la comunidad, el proyecto educativo institucional o los planes nacionales regulares.

Actividades de promoción de la salud

La escuela debe tener al menos un programa en tres de las siguientes áreas prioritarias:

- Alimentación sana (cafeterías, refrigerios o comedores saludables).
- Educación física (ampliación de las horas dedicadas a la actividad física, recreación y deportes, mejoramiento de los espacios físicos).
- Factores psicosociales protectores (afectividad y sexualidad, educación en HpV, relaciones interpersonales).
- Uso de tabaco, alcohol y drogas (declaración de espacios libres de humo, actividades educativas, prevención).
- Promoción de la salud bucal (instalación de soportes para cepillos de dientes, actividades educativas).
- Ambiente escolar saludable (mejoramiento de los espacios físicos, educación ambiental, creación y conservación de áreas verdes).

Participantes en los programas

La escuela debe incorporar al menos tres participantes que representen a:

- Personal de la administración escolar.
- Profesores.
- Estudiantes.
- Padres y madres de familia.
- La comunidad.

En 2004 la acreditación y certificación de las instituciones aca-

3. La presente sección fue realizada con la colaboración de Karina Cimmino, quien se ocupó del resumen del proceso y labor del comité de trabajo sobre este tema (Cimmino, 2009). [N. de la Comp.]

4. Dirección y supervisión científico-técnica: Josefa Ippolito-Shepherd (OPS/

démicas, para ser identificadas como universidades o EPS, fueron consideradas de modo prioritario, dada la necesidad de contar con parámetros homogéneos que permitieran medir, comparar y evaluar a las EPS en los países de modo uniforme (Cimmino, 2009; OPS/OMS, 2006).

El análisis de los datos de la Primera Encuesta Regional sobre EPS (OPS/OMS, 2005) reveló que, al no existir previos criterios de categorización y/o acreditación uniformes, podían existir variaciones en la forma en que cada país conceptualizaba a las instituciones académicas llamándolas EPS, e incidiendo esta situación en la cantidad de instituciones reportadas en cada caso, y por lo tanto afectando la confiabilidad de los datos obtenidos. Estos resultados permitieron ilustrar la problemática existente y la necesidad de que a escala regional se avanzara en la definición e implementación de los procesos de acreditación y certificación de las instituciones académicas para poder contar con datos objetivos que permitan identificar el estado de desarrollo en cada uno de los países, en la región y a escala mundial. Teniendo en cuenta la relevancia y el significado de esta temática, durante la IV Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (RLEPS), realizada en 2004 en Puerto Rico, se formó un comité de trabajo sobre acreditación y certificación, en el cual participaron representantes de países de las Américas y de la Comunidad Europea, con la tarea de esbozar las áreas prioritarias para definir estándares regionales de acreditación y certificación.[4]

Siendo la temática de acreditación y certificación de instituciones académicas casi reciente, presenta numerosas inquietudes, aun para quienes implementan estos procesos. Por esto, el comité de trabajo resaltó la importancia de continuar profundizando las discusiones iniciadas en Puerto Rico y ha continuado trabajando desde ese momento con una modalidad a distancia durante los años 2004 y 2005 para producir una Guía regional de acreditación y certificación. Si bien en otros campos los procesos de acreditación y certificación se implementan desde hace años, su aplicación para las universidades y EPS es temprana, y como tal exige un proceso de revisión cuidadosa de las experiencias existentes y la adaptación de procesos exitosos y/o su elaboración y construcción.

El comité continuó la labor iniciada en Puerto Rico dando paso a la conceptualización desde las propias experiencias de las prácticas existentes en los países. Para esto, primero se realizó un relevamiento y análisis de la información correspondiente y pertinente,

resultando en un cuerpo de conocimientos hasta ese momento inexistente. De este modo, se preparó el texto que se iba consensuando en los espacios de intercambio. La Guía regional de acreditación y certificación, elaborada de modo participativo, intenta brindar un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos a fin de contribuir a orientar el desarrollo e implementación de los procesos de acreditación y certificación en los países de las Américas y en otras regiones. La misma intenta ser lo suficientemente flexible para permitir su adaptación tanto a escala local como mundial, pero a la vez brinda criterios básicos que fueron elaborados y consensuados por el comité y otros expertos.

Como parte de las reflexiones surgidas en el comité, se destaca el hecho de que los procesos de acreditación y certificación de las universidades y EPS no sean considerados como una mera tarea burocrática y sin sentido, y sean vistos por las mismas como procesos que reconocen la calidad de su trabajo y contribuyen a mejorarlo. Por lo que es necesario dar especial atención a la modalidad y al momento en que se aplicarán los instrumentos de acreditación y certificación, pues introducirlos al comienzo del camino de las experiencias de instituciones académicas promotoras de la salud puede generar la imitación de modelos externos, sin que esto implique cambios tangibles en las instituciones escolares.

Las experiencias de las Américas muestran que los países que más avanzaron en el desarrollo de criterios para acreditar y/o certificar lo hicieron como resultado de un proceso de aprendizaje y sistematización previo. Por ello, es importante introducir estos instrumentos y prácticas cautelosamente y, para esto, es necesario que, antes de iniciar los procesos de acreditación y certificación, los países desarrollen la capacidad local necesaria (recursos humanos, materiales y económicos, capacitación del personal, sistemas de información, y cooperación técnica) para asegurar su correcta utili-

OMS); coordinación del comité de trabajo y redacción de la Guía: Karina Cimmino (Argentina); participación sistemática en el comité y aportes a la preparación de la Guía: Doris Castro (Venezuela), Javier Gallego (España), María Constanza Hakspiel Plata (Colombia), Sergio Meresman (Uruguay), Luis Fernando Paredes (Guatemala), Sergio Pezoa (Chile), María Elena Úbeda (Nicaragua); colaboración en la etapa final de trabajo: Miriam Benítez (Paraguay), Marcela Pérez (Argentina).

5. Basado en el artículo de Nederveen, L. y Lara, E. (2002).

6. Es muy triste, pero un enorme honor, incluir esta experiencia, ya que en

zación. A su vez, el comité notó la importancia de que los criterios sean revisados y actualizados con cierta periodicidad, por ejemplo anualmente o cada dos años, para poder captar la dinámica de los cambios y de las nuevas experiencias.

¿Para qué implementar los procesos de acreditación y certificación de EPS en los países?

Para:

- Orientar y proporcionar instrumentos que permitan garantizar y mejorar la calidad de las EPS.
- Tener un patrón homogéneo que permita conocer y documentar la situación de las EPS a escala regional, subregional, nacional y local.
- Motivar y reconocer la tarea de las EPS.
- Crear una cultura de evaluación y fortalecimiento continuo de las EPS.
- Evidenciar resultados y facilitar la consecución de recursos y aliados.

Definición regional de acreditación y certificación de EPS

Teniendo en cuenta las discusiones grupales y la bibliografía revisada, el comité ha formulado las siguientes definiciones sobre los conceptos de acreditación y certificación:

Acreditación

Es el proceso por el cual un ente externo a la institución educativa verifica y reconoce que la escuela cumple con criterios y procedimientos definidos por un país como requisitos básicos para desempeñarse como EPS de calidad.

Se debe contar con un instrumento y con personal específico para desarrollar esta tarea.

La acreditación indica que la EPS cumple en un período de tiempo determinado con los requisitos que potencialmente le permiten lograr ciertos resultados, pero no evalúa estos últimos.

Certificación

En este caso, dada la diversidad de experiencias, se consideran válidas dos posibilidades:

1. Acreditación y certificación como parte del mismo proceso.

En este sentido, la certificación es considerada como su etapa final. Es el acto formal en que se reconoce públicamente a una escuela como EPS, que en un período de tiempo determinado cumple con los requisitos preestablecidos

y se le otorga el certificado.

2. Certificación como proceso diferente e independiente de la acreditación. En este caso certificar es reconocer el trabajo y el desempeño realizado por las EPS en el proceso de mejora continua de la calidad.

Implica una evaluación externa. Se evalúa para medir los logros de la escuela comparándolos con parámetros previamente establecidos. Si los resultados son satisfactorios se certifica.

Se debe contar con instrumentos y personal específicos.

Certificar se entiende como el reconocimiento público en el cual se exalta la calidad de una EPS en un momento dado y por un período de tiempo determinado.

¿Qué son los criterios regionales de EPS?

Los criterios regionales son parámetros y requisitos mínimos de calidad que deben cumplir las EPS para poder ser identificadas y reconocidas como tales a escala de los países y de la región de América Latina y el Caribe (LAC).

En la Guía no se define una modalidad unívoca, sino que se presentan varias y se propone que cada país seleccione de acuerdo con sus posibilidades y preferencias cuál de estos procedimientos implementará: acreditación, certificación o ambos, y qué instrumentos utilizará.

Sin embargo, se explicita que, a los fines de poder permitir la producción de datos objetivos sobre EPS, hacer evaluaciones comparativas y garantizar un mínimo de calidad de las experiencias de EPS en la región, es necesario que los instrumentos utilizados para acreditar y/o certificar a las EPS que se utilicen en los países consideren los criterios regionales de EPS que se presentan en este material.

Los criterios regionales para la acreditación y/o certificación de EPS comprenden los siguientes componentes:

A. Gestión y programación de las EPS.
B. Educación para la salud con enfoque integral.
C. Entorno saludable.
D. Provisión de servicios de salud, alimentación y actividad física.
E. Participación comunitaria.

Se considera que dichos criterios son lo suficientemente amplios

para permitir su adaptación a la realidad de cada país.

Redes de universidades y EPS

La colaboración técnica para implementar las estrategias de promoción de la salud en el ámbito académico consiste en difundir el conocimiento y la metodología y en fomentar el intercambio de experiencias entre los países. Para esto, la OPS/OMS ha apoyado la realización de reuniones regionales y subregionales donde se ha estimulado la constitución de redes. En las Américas actualmente existen la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) (originalmente la Red Latinoamericana de Universidades Promotoras de la Salud), la RLEPS y la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud (RCEPS). La constitución y consolidación de estas redes es un espacio para el intercambio de ideas, recursos y experiencias a fin de alimentar la mística y el entusiasmo de docentes, alumnos y padres participantes, y para todos los defensores de la estrategia de promoción de la salud en el ámbito académico.

La RIUPS tuvo su génesis en la Primera Reunión sobre Universidades Promotoras de la Salud / Universidades Saludables, realizada en Chile en 2003, donde se propuso utilizar/adaptar el modelo de las EPS para el desarrollo de UPS (Ippolito-Shepherd, 2003). En la Segunda Reunión sobre el tema, realizada en Edmonton, Canadá, en 2005, se propuso la formación de la Red Latinoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, siguiendo y apoyándose en la experiencia del desarrollo de las Redes de Escuelas Promotoras de la Salud. La Tercera Reunión, realizada en Ciudad Juárez, México, en 2007, dada la participación de instituciones españolas, se propusó y adoptó el cambio de nombre: Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud.

Las Redes Latinoamericana y Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud fueron el resultado de las múltiples consultas regionales durante la última década. La Primera Reunión y Creación de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud se realizó en 1996 en Costa Rica y la Primera Reunión y Creación de la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud se realizó en noviembre de 2001, en Bridgetown, Barbados. La Segunda Reunión de la RLEPS se realizó en 1998 en la ciudad de México y la Tercera Reunión se realizó en Quito, Ecuador, del 10 al 13 de septiembre de 2002, donde se brindaron las oportunidades de compartir expe-

riencias y fortalecer las comisiones nacionales mixtas de los países participantes. La Cuarta Reunión de la RLEPS se realizó en 2004 en San Juan, Puerto Rico. La Quinta Reunión, originalmente planificada para realizarse en 2006, fue pospuesta por la OPS/OMS y no se ha realizado a la fecha. La Segunda Reunión de la RCEPS se realizó en St. Vincent en 2007.

Los propósitos de estas redes son:

- Difundir el concepto de universidades y EPS.
- Crear foros en los que las universidades y escuelas puedan compartir sus experiencias, asegurando así el enriquecimiento de los procesos en marcha.
- Desarrollar programas de capacitación para el personal de educación y de salud.
- Impulsar la preparación de material didáctico con enfoques novedosos y el uso de metodologías participativas.
- Promover el uso de medios de comunicación electrónicos entre los participantes de la red.
- Fortalecer la capacidad institucional para desarrollar programas de salud escolar universitaria con enfoque integral que aseguren un tratamiento de género igualitario.

La misión de las redes consiste en apoyar la organización y el desarrollo de las universidades y EPS y las redes en cada país, así como facilitar el intercambio de sus experiencias apoyando la apertura y constitución de vías de comunicación multidireccional que se entrelacen y sean convergentes en puntos de interés para el mejoramiento de la educación y de la salud en el ámbito académico.

El funcionamiento de las redes se basa en los siguientes principios:

- Es una organización que agrupa instituciones y organismos de los diversos sectores que promueven la salud de los integrantes de diversas comunidades educativas.
- Está abierta a la libre afiliación de todas las instituciones y de todos los países.
- Responde a las particularidades regionales y locales de la membresía.
- Se centra en las necesidades de los educandos y tiene una visión integral de la educación para la salud.

- Se compromete con el desarrollo integral y sostenible de la niñez, la adolescencia, la juventud y la comunidad académica en general.

Algunas de las redes (por ejemplo la RLEPS) tienen también claramente definidos los propósitos, objetivos y estrategias de trabajo, los que pueden ser seguidos y evaluados en el tiempo.

A pesar de los avances de las redes, se han identificado debilidades en su funcionamiento, las cuales se discutieron durante la Primera Reunión Constitutiva de la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud (Puertas, 2001), incluso:

- Falta de fuentes de financiación continua.
- Dificultad para coordinar acciones (requiere bastante tiempo).
- Rotación alta y frecuente de los representantes de los países.
- Apoyo insuficiente e inconstante por parte de los gobiernos.
- Limitaciones para acceder a una comunicación efectiva.
- Conocimiento insuficiente de las experiencias locales.
- Duplicación de actividades.
- Desarrollo insuficiente de las redes nacionales de EPS.
- Desconocimiento de la existencia de la RLEPS en los países miembros.
- Escasa participación de nuevos actores (sector privado, ONG, universidades) en el proceso.
- Concentración de la responsabilidad en uno o dos puntos focales de un solo país.
- Limitaciones para acceder a capacitación y educación continua.
- Falta de experiencia en la dinámica del trabajo en red.

Con base en el análisis de los aspectos críticos del funcionamiento de la RLEPS, durante la Tercera Reunión, celebrada en Quito, Ecuador, se acordó fortalecer su gestión teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones principales (OPS/OMS, 2002):

- Incluir en la estructura de la RLEPS, así como en las redes nacionales de EPS, a otros sectores convergentes con la propuesta, gubernamentales o no, además de los sectores salud y educación.
- Modificar la estructura organizativa de la RLEPS para que la presidencia del Consejo General se elija a partir de una terna

de países propuesta por los participantes en cada reunión de la red.
- Modificar la estructura, funciones y responsabilidades de la RLEPS, y que sea el país elegido por la asamblea para asumir la presidencia del Consejo General el encargado de coordinar las actividades necesarias para esta reestructuración.
- Fortalecer el sentido de pertenencia y la identidad institucional de la RLEPS, mediante una estrategia que incluya la construcción y difusión de su imagen corporativa y la promoción de los vínculos interpersonales e interprofesionales entre sus integrantes, en un marco de respeto a la diversidad cultural.
- Movilizar recursos financieros que permitan el funcionamiento adecuado de la RLEPS.
- Desarrollar el plan de acción de la RLEPS de acuerdo con los lineamientos generales establecidos en Quito, y crear los grupos o comités de trabajo en las áreas de formación y capacitación de recursos humanos y la de comunicación y conectividad.

Las redes ofrecen oportunidades para continuar el diálogo sobre promoción de la salud y educación para la salud en todos los ámbitos y facilitar el intercambio de ideas, recursos y experiencias para nutrir el compromiso y entusiasmo de los distintos interesados.

Conclusiones

Existe amplia evidencia del avance técnico-científico de la promoción de la salud y de su implementación exitosa en los ámbitos escolares y universitarios. Esta evidencia incluye marcos de referencia basados en conceptos científicos y lineamientos de procesos de acreditación y certificación que permiten realizar un seguimiento (monitoreo) y evaluaciones para aportar nueva evidencia de su impacto. La evidencia muestra claramente que para que las actividades de promoción de la salud sean exitosas, estas necesitan ser ejecutadas en forma integral y coordinada con todos los sectores involucrados y con la participación de la comunidad académica, estudiantil y la comunidad que rodea los ámbitos académicos. Las cinco estrategias de promoción de la salud deben realizarse en forma coordinada y utilizando un máximo de técnicas para ase-

gurar su mayor beneficio y efectividad. A su vez, las actividades y acciones deben ser compatibles con los valores y creencias de las comunidades donde se implementan y en línea con los resultados de las investigaciones y evaluaciones respecto de los determinantes sociales pertinentes y correspondientes. La creación y desarrollo de redes locales, nacionales e internacionales y la convocatoria de foros internacionales y su seguimiento a compromisos hechos en estos son clave para la difusión de conocimientos y para un desarrollo sostenible de ámbitos académicos saludables.

Los programas integrales de promoción de la salud, tales como las escuelas y universidades promotoras de la salud, ofrecen la oportunidad de mejorar la salud de los niño/as, adolescentes y jóvenes, que son los individuos que constituyen el recurso humano más valioso de una nación. El desarrollo sostenible y el crecimiento de la población escolar y universitaria en condiciones de salud física y mental óptimas, y la conciencia de su responsabilidad social son elementos clave para mejorar la calidad de vida y favorecer el bienestar individual y colectivo.

Ejemplos de experiencias con el desarrollo de universidades y EPS

La experiencia de Loja, Ecuador (Nederveen, 2009)[5]

El proyecto se realizó en la provincia de Loja, en el sur del Ecuador, en cinco cantones o municipios (Calvas, Espíndola, Macará, Zapotillo y Puyando) donde la pobreza alcanzaba más del 90%, había falta de empleo y condiciones adversas en la agricultura, lo que generaba la migración hacia zonas urbanas o hacia otros países.

Se desarrolló en el contexto del proyecto Desarrollo de Espacios Saludables, ejecutado por la OPS/OMS y el Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo. El proyecto promovió el enfoque de la promoción de la salud, que pone énfasis en los determinantes sociales, el fortalecimiento de la capacidad local institucional, la participación social y la generación de políticas públicas saludables desde el gobierno local.

Partiendo de la reciente reforma curricular para la educación básica, que giraba alrededor de las destrezas fundamentales, el objetivo principal fue la incorporación de la promoción de la salud en el contenido curricular de aquella. La estrategia incluyó tres ejes de acción:

1. Elaborar planes anuales de salud escolar en cada escuela.
2. Introducir y aplicar la metodología niño a niño, que se fundamenta en la

capacidad de los niños de ayudarse mutuamente y compartir información.
3. Introducir y validar módulos educativos con contenidos de promoción de la salud. Asimismo, la estrategia se apoyó en la capacitación, el seguimiento y la coordinación intersectorial (sectores Educación y Salud, la Universidad Nacional de Loja y ONG).

Dado que los materiales existentes presentaban, por lo general, propuestas monotemáticas de la salud, con poca integralidad y paralelos al currículo, se definió un currículo que cubría los 10 años de educación básica e integraba la salud de acuerdo con las destrezas relacionadas con la promoción de la salud para cada nivel de los educandos. Estos temas fueron presentados en módulos educativos, incluyendo actividades individuales y grupales en el aula, en la familia y la comunidad, como investigación, reflexión, lectura, dramatización y juegos. Los módulos fueron integrados como eje transversal en materias como ciencias naturales, lenguaje y matemáticas. Este material ahora forma parte de la serie de libros de texto PALTEX, que facilita su difusión a otras regiones del país y del mundo.

Lecciones aprendidas

1. La participación de los niveles técnicos de las contrapartes y la inserción de la estrategia en el desarrollo local han permitido la apropiación de la estrategia, la metodología y los materiales y la construcción de espacios saludables.
2. La innovación curricular de la promoción de la salud en el nivel de las escuelas generó cambios en los paradigmas de la enseñanza hacia un rol facilitador del educador, promoviendo un papel más activo de los escolares en el proceso de aprendizaje.
3. La participación de múltiples actores en la revisión de los módulos educativos y su articulación en la reforma curricular ha sido esencial para lograr su aceptación y difusión por parte de los sectores Educación y Salud, organismos de cooperación, ONG y municipios.
4. La estrategia de EPS se planteó de lo nacional a lo local y de lo local a lo nacional en una dinámica de doble vía, lo cual ha favorecido su implementación.

La experiencia de Perú: programa de promoción de la salud en instituciones educativas (Uchima Heshiki, 2009)

sí misma muestra un compromiso, que sobrepasa lo esperado, de los creadores de las estrategias de la promoción de la salud. La doctora Emiko Koito Shidara

El trabajo de las instituciones educativas saludables fue impulsado en el Perú desde las ONG, en puntos focalizados del país. En 2002 se firma el Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Educación (ME) y el Ministerio de Salud (MS), con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del educando en su entorno familiar y comunitario, mediante la promoción de la salud y el óptimo desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, sociales y emocionales, fomentando el uso del espacio escolar como lugar estratégico para impulsar una cultura de salud.

En el marco del Convenio Marco entre ambos sectores, el MS, a través de la Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), implementó desde el año 2003 la estrategia EPS bajo el nombre de Programa de Promoción de la Salud en Centros Educativos, tuvo como objetivo contribuir con el desarrollo humano integral de los estudiantes y de la comunidad educativa a través del fortalecimiento de acciones de promoción de la salud mediante el desarrollo de las líneas de acción: comportamientos saludables, desarrollo de entornos saludables, trabajo intersectorial e implementación de políticas que promueven salud.

En febrero del año 2003 se aplica la Encuesta Basal, con el objetivo de medir comportamientos en escolares en temas priorizados (higiene, alimentación y nutrición, actividad física, HpV, salud sexual reproductiva, cultura de paz, entre otros). La implementación del programa comenzó con 1250 instituciones educativas a escala nacional, y se desarrolló el tema de higiene para el nivel primario solamente.

La cobertura de instituciones educativas se amplía a 2400 en el año 2004 y se dedica en dicho año al fortalecimiento de acciones de capacitación a docentes en el eje temático de higiene. En 2005 se contó con 3695 instituciones educativas tomando como criterio para la ampliación de la cobertura las instituciones educativas que se encontraban en el Plan de Emergencia Educativa del ME; asimismo, se iniciaron las acciones de capacitación en el eje temático de HpV para el nivel secundario.

En 2006 se publica el documento Guía de gestión de la estrategia de EPS, elaborada con participación de especialistas de ambos ministerios.

Actualmente se cuenta con 5900 instituciones educativas, y se ha logrado elaborar materiales educativos para docentes y alumnos con adecuación cultural en temas prioritarios de salud (higiene, salud sexual reproductiva, alimentación/nutrición y HpV). Asimismo, se creó el sistema de reporte de avance del programa en el portal web del MS, con lo cual las Direcciones de Salud de las diferentes regiones reportan acciones desarrolladas con cada institución educativa. Además, existen convenios entre ambos sectores en el 90% de las regiones del país, y se registran experiencias de inserción de los temas de promoción de la salud en los currículos educativos regionales.

Cabe destacar que el programa ha sido premiado como una de las 70 Buenas Prácticas Gubernamentales a escala nacional en el año 2005 y una de las instituciones educativas fue premiada en el I Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud, organizado por OPS/OMS con el apoyo del gobierno vasco, en agosto de 2007.

Lecciones aprendidas

La participación y el compromiso político del ME y del MS en sus diversos niveles de gobierno constituyen una pieza clave para el desarrollo de las instituciones educativas saludables. La experiencia ha arrojado intervenciones conjuntas favorables sobre todo en los niveles regionales y locales.

Es necesario fortalecer las competencias del personal de salud y docentes en la aplicación de los materiales educativos correspondientes a los diversos ejes temáticos priorizados. Asimismo, capacitar a los mismos para la sistematización de experiencias.

Es importante incentivar y afianzar las organizaciones ya existentes como el Consejo Educativo Institucional, el cual cuenta con la participación del personal de salud; en tal sentido, no es conveniente crear nuevos comités en el interior de la institución, sino más bien potenciar los ya existentes.

Planes futuros

- Afianzar el trabajo entre salud y educación en el diseño de materiales conjuntos, capacitación y monitoreo de las acciones en el marco del Convenio de Cooperación Técnica entre los ministerios de Salud y Educación.
- Priorizar los temas que contribuyan a la disminución de la desnutrición infantil y a la mortalidad materna neonatal en el marco del programa y ampliar las coberturas en las instituciones educativas que pertenecen a los quintiles I y II de pobreza en el país.
- Implementar ejes temáticos de seguridad vial y cultura de tránsito, actividad física, buen trato y cultura de paz en instituciones educativas de zonas urbanas.
- Diseñar y aplicar estudios de investigación sobre eficacia de las acciones de educación para la salud

- Evaluación del impacto del programa. Medición y comparación con la línea de base.

La experiencia de Camboya: acciones para la salud en las escuelas rurales (Koito Shidara, 2009)[6]

Un cepillo de dientes es el origen del Proyecto de Salud Escolar en Camboya. Cuando Yukiro y yo éramos estudiantes en la Facultad de Odontología, hace más de 10 años, comenzamos algunas pequeñas actividades de voluntariado en Tailandia y Camboya. Presentamos dibujos educativos para la prevención de caries y de enfermedades de la encía. A continuación distribuimos cepillos de dientes a las personas que vivían en las zonas rurales. Después de graduarnos, Yukiro consiguió un trabajo en los Estados Unidos como científico biomédico. Aunque estaba en otra área, de todos modos apoyó el proyecto física, mental y económicamente. Sin su ayuda yo no podría haber continuado como voluntaria en este proyecto.

Camboya es un país asiático de bajos recursos que había comenzado a ejecutar actividades integrales de salud escolar. Se ha demostrado que este enfoque es un método eficaz para mejorar el estado de salud de los escolares, de sus padres y de los miembros de la comunidad (St. Leger, 1999; Killip et al., 1987; WHO, 1996). Además, los países desarrollados habían comenzado el desarrollo de EPS alrededor de 1950, con el resultado de sistemas de salud escolar bien organizados y la exitosa reducción de enfermedades crónicas, como las del corazón y la hipertensión (Roders et al., 1998).

A principios de 2001, la Earthly Health Cantata (EHC), una agencia japonesa sin fines de lucro, introdujo el programa de salud oral en la escuela, en el distrito Puok, en Camboya (Shidara et al., 2007). En 2005 este programa dio lugar a otro integral de salud escolar en cooperación con el ME, Jóvenes y Deportes en Camboya. Usando el marco conceptual recomendado por la OMS (WHO, 1996), EHC desarrolló un instrumento para evaluar el estado de las EPS, compuesto por cinco elementos (habilidades personales de salud, ámbito escolar saludable, servicios de salud y nutrición, prevención y control de enfermedades comunes, y relaciones entre la escuela y la comunidad) y una lista de 76 ítems. Posteriormente añadimos un componente (gerencia y habilidades de liderazgo), de acuerdo con la recomendación de la Asociación Norteamericana de Salud Escolar (Davis y Allensworth, 1994). El propósito de este resumen es presentar la evaluación de nuestra intervención en los planes de acción de la salud escolar en Camboya.

Método

El distrito Puok de la provincia Siem Reap, en el norte de Camboya, se

halla aproximadamente a 300 km desde la capital Phnom Penh. Esta provincia está dividida en distritos, incluyendo el de Puok. De acuerdo con la Oficina de Educación del Distrito, 40 de las 62 escuelas primarias tienen seis grados. En 2005, la inscripción de escolares era del 82,5%. En este proyecto, estas 40 escuelas fueron seleccionadas para una encuesta de línea base y 23 fueron seleccionadas para una evaluación.

La encuesta inicial para establecer la línea base se realizó en 2005 e incluyó entrevistas a 40 directores y 600 escolares de las 40 escuelas. La encuesta fue realizada por 9 directores representantes de escuelas y 9 enfermeras de áreas oficiales en el distrito, bajo la supervisión de EHC. Después de la evaluación, en 2006 EHC organizó un taller de trabajo donde 23 de las 40 escuelas elaboraron planes para evaluar el progreso en las escuelas después de seis meses. EHC planificó apoyar las escuelas restantes para el próximo año.

El taller de trabajo de 2006 estuvo dirigido a desarrollar al menos tres planes de salud para cada componente del marco de referencia de la salud escolar, para seis meses después evaluar el progreso de los planes de salud. El director de la Oficina de Salud del Distrito facilitó el taller y estimuló la participación del personal local. Los directores de escuelas y las enfermeras evaluaron el progreso de los planes de salud y describieron los hallazgos, en cuatro diferentes niveles: sin cambio de comportamiento; explicación pero sin cambio de comportamiento; mejora parcial de cambio de comportamiento; y cambio de comportamiento exitoso. Los planes de salud escolar y sus evaluaciones fueron analizados y codificados simultáneamente.

Resultados

Las 23 escuelas primarias elaboraron 150 planes. De estos, 17 (11,3%) no tuvieron progreso alguno, 20 (13,3%) no tuvieron cambios de comportamiento, pero se dio una explicación; 85 (56,7%) tuvieron un cambio gradual de mejoría de comportamiento; y 28 (18,7%) tuvieron cambio de comportamiento exitoso. Los planes mejorados de salud escolar (por ejemplo, preparar una caja de prime-

elaboró este resumen en memoria de su esposo, el doctor Yukiro Shidara, quien originalmente se había comprometido a hacerlo. El doctor Shidara falleció trágicamente en la mañana del 9 de diciembre de 2007. Estaba llevando a su madre al aeropuerto O'Hare (Estados Unidos) para ir a Tokio, después de haber estado con ellos para ayudar con el nacimiento de su hija, Momo. El auto resbalo en el hielo y termino en una zanja. A pesar de que el doctor Shidara y su madre no resultaron heridos, momentos después fueron embestidos por un auto, a consecuencia de lo cual falleció. [N. de la Comp.]

ros auxilios y ofrecer clases de educación) fueron afectados por falta de recursos. Por ejemplo, las escuelas tenían insuficientes sistemas de agua y baja calidad de agua, y algunas escuelas resolvieron el problema estimulando a los escolares a traer agua hervida de sus casas.

Para las habilidades personales de salud, hubo mejoría en todas las áreas trabajadas (uso y prevención de uso de tabaco y drogas; higiene, cuidado personal, y seguridad vial). Tanto los docentes y estudiantes mostraron conocimientos del uso apropiado de los servicios sanitarios. Aunque solamente la mitad de los escolares usaron los servicios sanitarios porque no estaban acostumbrados a usarlos en sus casas. El ME reportó que había solamente dos baños para 800 alumnos. Dos escuelas primarias desarrollaron programas de higiene. Los docentes únicamente explicaron cómo usar el cepillo de dientes después de haber comido. Más del 70% de los estudiantes utilizaron su propio cepillo de dientes, pero otro 30% no poseía recursos para tener su propio cepillo.

Para el área de espacios escolares saludables, todas las categorías mostraron mejoría. En particular, las 9 escuelas, que desarrollaron programas de mantenimiento de la calidad del agua, mostraron éxito en lograr que entre el 60 y el 80% de los escolares trajeran aguas de su casa.

En el área de servicios de salud y nutrición, 8 de las 11 escuelas primarias elaboraron cajas de primeros auxilios con recursos limitados de las escuelas. Solamente una escuela primaria confeccionó una caja de primeros auxilios en colaboración con un centro de salud.

Para el área de prevención de enfermedades comunes, todas las categorías mostraron mejoría. Pero 7 de 9 escuelas primarias no pudieron presentar planillas de salud dada la poca información disponible. Además, algunos docentes no comprendieron la importancia de estos datos.

Los planes que no mostraron mejoría, dado que no había criterios establecidos para el ámbito escolar, incluyeron: cero tolerancia al castigo físico; regulación contra la discriminación; creación de clase de cultura; y cooperación con los sectores de salud y educación.

Conclusiones

Más del 75% de los planes de salud mostró mejoría en los cambios de comportamiento. De todos los planes de salud, 24,6% no demostró progreso alguno o cambios en el comportamiento de los docentes o estudiantes. En general, los resultados sirvieron para estimular iniciativas locales en la creación e implementación de planes de acción para el marco conceptual de la salud escolar en la zona rural de Camboya. Los planes de salud escolar mejorados, como preparar cajas de primeros auxilios, fueron afectados por la limitación de recursos. Por ejemplo, las escuelas que tenían insuficientes sistemas de agua y baja calidad de la misma, resolvieron el problema haciendo que los escolares trajeran agua hervida de sus casas; dadas las limitaciones socioeconómicas, este enfoque no fue 100% eficaz. Algunos de los escolares eran tan pobres que no pudieron hervir agua en sus

casas. La adquisición y el uso de cepillos de dientes fue también difícil por las mismas razones. Los factores de apoyo socioeconómicos y de padres son importantes para los cambios de comportamiento (Adshead et al., 2006). Además, algunos de los planes de salud no fueron realistas. La mejoría de los ambientes físicos y un aumento del número de baños serán necesarios para la implementación exitosa de los planes de salud.

El desarrollo de políticas eficaces ayudará a las personas a mantener y promover el sistema de salud (Green y Kreuter, 2005; Adshead et al., 2006). Por lo tanto, es posible que, estableciendo una organización de salud con exámenes médicos periódicos, un sistema de referencia y de registros fortalecería la relación entre los sectores de salud y educación.

En conclusión, más del 75% de los planes mostró mejoría como la creación de clases, y el resto no mostró cambio de comportamientos. En el futuro, el marco de referencia de la salud escolar se dirigirá a desarrollar políticas en cooperación con el ME y relaciones entre las escuelas y los centros de salud, y en mejorar la participación de los padres.

Bibliografía

Adelaide Conference (1988): Healthy Public Policy: Report on the Adelaide Conference. 2nd International Conference on Health Promotion, abril 5-9, Adelaide, Department of Community Services and Health.

Adshead, F., Thorpe, A. y Rutter, J. (2006): "Sustainable development and public health: A national perspective", Public Health, 120(12): 1102-5.

Arroyo, H. y Cerqueira, M. T. (comps.) (1997): La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina. Un análisis sectorial, San Juan (Puerto Rico), Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Ashton, J. y Seymour, H. (1990): La nueva salud pública, Barcelona, Masson/ SG Editores.

Bandura, A. (1986): Social Foundations of Thought and Action, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

— (1969): "Social-learning theory of identificatory processes", en Goslin, D.A. (comp.), Handbook of Socialization Theory and Research, Chicago, Rand McNally.

Botvin, G.J. (1999): "Preventing drug abuse through the schools: Intervention programs that work", ponencia presentada en el encuentro Life Skills and Human Development, Washington DC, 8-10 de septiembre.

Breslow, L. (1999): From disease prevention to health promotion, JAMA, 281: 1030-1033.

Chadwick, E. [1842] (1965): The Sanitary Condition of the Labouring

Population of Great Britain (ed. M.W. Flinn), Edimburgo, Edinburgh University Press.
Cimmino, K. (2009): Acreditación de escuelas promotoras de la salud. Experiencia del Comité de Trabajo de Acreditación y Certificación de EPS y presentación de la Guía Regional (mimeo).
Consejo General de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (1998): Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud (folleto informativo).
Davis, T.M. y Allensworth, D.D. (1994): "Program Management: A Necessary Component for the Comprehensive School Health Program", Journal of School Health, 64(10): 400-404.
Dignnan, MB y Carr, P.A. (1992): Program Planning for Health Education and Promotion, Filadelfia.
Green, L.W. y Kreuter, M.W. (1991): Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach [2ª ed.], California, Mayfield Publishing Company.
— (2005): Health Program Planning: An educational and Ecological Approach [4ª ed.], California, Mayfield Publishing Company.
Illich, I. (1975): Medical Nemesis. The Expropriation of Health, Londres, Marion Boyars Ideas in Progress.
Ippolito-Shepherd, J. (comp.) (2002): Proceedings First Meeting and Creation of the Caribbean Network of Health-Promoting Schools, Bridgetown, Barbados, noviembre 2001, Health Promotion Series nº 9, Washington DC, PAHO/WHO.
— (2002a): The Health-Promoting Schools Regional Initiative, Washington DC, PAHO/WHO (inédito).
— (2003): Desde escuelas saludables a universidades saludables, ponencia presentada en la I Reunión de Universidades Promotoras de la Salud: "Construyendo Universidades Saludables", Santiago de Chile, 2-3 octubre.
— (2005): Presentación plenaria, II Reunión de Universidades Promotoras de la Salud / Universidades Saludables, Edmonton, Alberta, Canadá.
— (2007): Presentación plenaria, Clausura III Reunión de la Red Latinoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, Ciudad Juárez, México.
Ippolito-Shepherd, J. y Cerqueira, M.T. (2002): The Health-Promoting Schools Initiative in the Americas (1995-2002). Family Health and Population Program. Division of Health Promotion and Protection, Washington DC, PAHO/WHO (inédito).
Ippolito-Shepherd, J. y Cimmino, K. (2002): La iniciativa regional Escuelas Promotoras de la Salud. Ensayos y experiencias, Buenos Aires, Novedades Educativas.
Ippolito-Shepherd, J. y Molina, V. (comps.) (2002): Escuelas promotoras de la salud. La experiencia centroamericana, serie Promoción de la Salud, nº 1, Washington DC, OPS-INCAP.

Kickbusch, I. (2003): "The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion", AJPH (marzo 2003), vol. 93, nº 3, pp. 383-388.
— (2007): The move towards a new public health, IUHPE-Promotion & Education Supplement, 2.
Killip, D.C. et al. (1987): "Integrated school and community program", Journal of School Health, 57(10): 437-44.
Knowles, M.S. et al. (1984): Andragogy in Action. Applying Modern Principles of Adult Education, San Francisco, Jossey Bass.
Koito Shidara, E.K. (2009): Comunicación personal.
Lalonde, M. (1974): A New Perspective on the Health of Canadians, Canadá, Ministry of Supply and Services.
Mangrulkar, L.; Vince Whitman, C. y Posner, M. (2001): Life Skills Approach to Child and Adolescent Healthy Human Development, Washington DC, PAHO/WHO.
Mantilla, L. (2000): Habilidades para la vida: una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales, Bogotá, Fe y Alegría.
Maslow, A.H. (1968): Towards a Psychology of Being, Nueva York, Van Nostrand Reinhold.
McKeown, T. (1976): The Role of Medicine - Dream, Mirage or Nemesis, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
Morris, J.N. (1975): Uses of Epidemiology, Edinburgo, Churchill Livingstone.
Nederveen, L. (2009): Comunicación personal.
Nederveen, L. y Lara, E. (2002): "Escuelas promotoras de la salud: una innovación curricular en la promoción de la salud", en García Viveros, M., Martínez Narváez, G. y Botey, M. A. (comps.), Modelos para la implementación de proyectos productivos, de salud y de educación para América latina, México, Fundación Mexicana para la Salud, GlaxoSmithKline, 2002.
OPS (1992): Promoción de la salud y equidad, declaración de la Conferencia Internacional de Promocion de la Salud.
OPS/OMS (1995a): Educación para la salud en el ámbito escolar. Una perspectiva integral (HSS/SILOS-37), Washington DC, OPS/OMS.
— (1995b): Promoción y educación de la salud escolar. Una perspectiva integral: marco conceptual y operativo, Washington DC, OPS/OMS.
— (1996): Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción (HSP/SILOS-36), Washington DC, OPS/OMS.
— (1997): Memoria Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, Washington DC, OPS/OMS.
— (1998): Escuelas promotoras de la salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras (Comunicación para la Salud nº 13), Washington DC, OPS/OMS.
— (2000a): Declaración de México. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, OPS/OMS, México, junio.

— (2000b): Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes, Washington DC, OPS/OMS.
— (2001): Promoción de la salud, documento CD43/14, adoptado por el 43er. Consejo Directivo, 53ª Sesión del Comité Regional, Washington DC, OPS/OMS.
— (2002): Compromiso de Chile para la promoción de la salud, Foro Regional de Promoción de la Salud, Santiago, 20-24 octubre.
— (2002a): Resumen Memoria de la III Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, Quito, Ecuador, 10-13 de septiembre, Washington DC, OPS/OMS.
— (2003): Escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y líneas de acción 2003-2012, Serie Promoción de la Salud, nº 4, OPS, Washington DC, mayo.
— (2005): Las escuelas promotoras de salud en América Latina: resultados de Encuesta Regional 2001, Serie Promoción de Salud nº 3, Washington DC, OPS.
—: sitios electrónicos: <http://www.bvsde.paho.org> (2006).
PAHO/WHO (1993): Caribbean Charter for Health Promotion, Port-of-Spain, Trinidad.
Piaget, J. (1926): The Language and Thought of the Child, Nueva York, Harcourt Brace.
PNUD (1998): Educación. La agenda del siglo XXI. Hacia un desarrollo humano, Bogotá, Tercer Mundo.
Puertas, B. (2001): "Latin American Network of Health-Promoting Schools", en Ippolito-Shepherd, J. (comp.) (2002): Proceedings First Meeting and Creation of the Caribbean Network of Health-Promoting Schools, Washington DC, PAHO/WHO.
Roders, E.; Moon, A.M. y Mullee, M.A. (1998): "Developing the 'health-promoting school'. A national survey of healthy schools awards", Public Health, 122: 37-40.
Ryle, J.A. (1948): Changing Disciplines, Oxford, Oxford University Press.
Shidara, E.K.; McGlothlin, J.D. y Kobayashi, S. (2007): "A vicious cycle in the oral health status of schoolchildren in a primary school in rural Cambodia", Int Dent Hygiene 5: 165-173.
Sigerist, H. (1941): Medicine and Human Welfare, Oxford, Oxford University Press.
St. Leger, L.H. (1999): "The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health. A review of the claims and evidence", Health Education Research, 14(1): 51-69.
Steinberg, L.D. y Belsky, J. (1991): Infancy, Childhood, and Adolescence: Development in Context, Nueva York, McGraw-Hill.
Terris, Milton (1985): "The changing relationships of epidemiology and society", J. Public Health Policy, 6: 15-36.
The Child-to-Child Trust (1997): Health Promotion in Our Schools, Londres, The Child-to-Child Trust/ UNICEF.

Uchima Heshiki, L. (2009): Comunicación personal.
UNESCO (1998): Resultados del Primer Estudio Internacional Comparado de Matemática, Lenguaje y Factores Asociados en doce países de Latinoamérica, Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación, UNESCO / OREALC: <www.unesco.cl>.
— (2000): Prospects: The Quarterly Review of Comparative Education, vol. XXIII, nº 3/4, 1993, ps. 439-458, París, UNESCO, International Bureau of Education.
— (2002): Propuesta de Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (ED-PRELAC I/REF.1), documento de trabajo discutido durante la Primera Reunión Intergubernamental de PRELAC, realizada en La Habana, Cuba, del 14 al 16 de noviembre.
WHO (1981): Global Strategy for Health for All by the Year 2000, Ginebra, WHO.
— (1986): Health Promotion. Ottawa Charter. Charter Adopted at an International Conference on Health Promotion. The Move Towards a New Public Health, noviembre 17-21, Ottawa, Canadá.
— (1992): Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, 9-15 de junio de 1991, Sundsvall, Suecia.
— (1996): Health-Promoting Schools. Regional guidelines. Developing of health-Promoting School - A framework for action (serie 5), Ginebra, WHO Regional Office for the Western Pacific.
— (1997a): Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century, julio 21-25, Jakarta.
— (1997b): Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series 870, Ginebra.
— (1999): Life Skills Education in Schools (WHO/MNH/PSF/93, 7A. Rev.2), Ginebra.
— (2006): The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.
WHO-EM (2006): Report on the Consultation on Health-Promoting Schools in the Eastern Mediterranean Region, 12-14 de diciembre, Sana'a, República de Yemen.
WHO-UNICEF (1978): Alma Ata 1978, "Health for All" Series, nº 1, Ginebra, WHO.

CAPÍTULO 2

Formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud

Hiram V. Arroyo Acevedo y María T. Borges

El tema de la formación de recursos humanos en los campos de la promoción de la salud y la educación para la salud ha cobrado gran interés institucional durante la última década, tanto en América Latina como a escala global. En tanto parte de este movimiento, las universidades han implantado nuevas ofertas de estudio y especialización, utilizando diversas modalidades de grados académicos de acuerdo con el contexto institucional, a saber: diplomados, certificados graduados, licenciaturas, bachilleratos y maestrías. Además, se han diseñado y ofrecido cursos doctorales en estos campos. También se han realizado esfuerzos para definir propuestas curriculares de competencias profesionales, publicaciones descriptivas y técnicas sobre el tema y se han creado redes profesionales e institucionales para avanzar en el desarrollo del componente programático de capacitación de recursos humanos.

Desarrollo de competencias profesionales

Durante los últimos años se ha observado gran interés, por parte de las instituciones de educación superior, los organismos de salud a escala internacional y de la comunidad académica vinculada a la promoción de la salud a escala global, en analizar y definir las competencias profesionales que deben guiar los programas de formación profesional en este ámbito. El interés en este asunto se reitera en la propuesta estratégica de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) y del Consorcio Canadiense

para la Investigación en Promoción de la Salud (con siglas en inglés CCHPR) titulada Determinar el futuro de la promoción de la salud: acciones prioritarias (2007), donde se señala que "se necesita llegar a un acuerdo transnacional sobre las competencias básicas de la promoción de la salud para acabar de definir el campo y ofrecer directrices comunes para el desarrollo del currículo" (p. 14).

El panel de expertos en promoción de la salud comunitaria organizado por los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) señala que la actual fuerza de trabajo en salud pública no está del todo capacitada para implementar los enfoques socioecológicos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades: los enfoques socioecológicos requieren nuevas prácticas, conocimientos y destrezas a través del desarrollo de nuevas competencias profesionales. Se sugiere el desarrollo de competencias profesionales en los siguientes temas: diversidad y competencia cultural, abogacía, desarrollo de políticas, evaluación, utilización de indicadores comunitarios, desarrollo de alianzas y la utilización de nuevas tecnologías de comunicación (Navarro et al., 2007).

Durante las últimas décadas los modelos de competencias han cobrado mayor auge. El concepto de competencias se ha definido de muchas formas:

- El poseer los conocimientos, las destrezas y las actitudes adecuadas para la realización de tareas específicas (Shilton et al., 2007).
- La combinación de atributos que facilitan que los individuos desempeñen un conjunto de tareas con estándares apropiados (Shilton et al., 2007).
- Conjunto de atributos que incluyen conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes (Shilton et al., 2007).
- Presencia de conocimientos, habilidades y actitudes personales necesarias que permiten desempeñar las tareas profesionales (<www.icas.net/icasweb/glosario.htm>).
- Definir los conocimientos y las destrezas que son genéricas para una disciplina y profesión. Representan el marco de referencia aceptado de conocimientos, destrezas y prácticas esperadas en los profesionales (Keleher y Joss, 2007).

En la literatura profesional se han reseñado varios trabajos de Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Europa y otros países

relacionados con el análisis y la definición de competencias profesionales en promoción de la salud y educación para la salud. Shilton et al. (2003) presentan un proyecto de competencias auspiciado por el Centro Australiano para la Investigación en Promoción de la Salud de la Universidad de Curtin y la Asociación Australiana de Promoción de la Salud.

En el proyecto, realizado en 2001, se obtuvo la perspectiva de 200 profesionales de la promoción de la salud de diversos sectores de Australia, quienes identificaron las competencias necesarias para la práctica efectiva de la promoción de la salud. En el estudio se identificaron 82 competencias profesionales distribuidas en ocho áreas generales: estimación de necesidades (6), planificación (10), desarrollo de intervenciones (12), comunicación (15), fundamentos/conocimientos (12), administración/organización (9), evaluación/investigación (11) y el uso de la tecnología (8). En 2005 este proyecto fue revisado y actualizado a los fines de integrar o enmendar la relación de competencias (Shilton et al., 2007). El estudio ha sido una referencia ampliamente consultada en los esfuerzos para lograr una aproximación o un consenso acerca de las competencias medulares de la promoción de la salud. Este estudio ha sido referente para otros proyectos de competencias. Por ejemplo, en Israel se realizó un estudio para determinar las competencias profesionales en el campo de la promoción de la salud adaptando la metodología utilizada por los australianos con el propósito de comparar los hallazgos de ambos países (Melville et al., 2006). En otro estudio se aplican las competencias del proyecto australiano con especificidad para programas académicos de bachillerato o licenciatura en promoción de la salud (Talbot, Graham y James, 2007).

La organización denominada Foro de Promoción de la Salud de Nueva Zelanda propuso un proyecto de competencias consistente en dos grupos de competencias clasificadas en siete áreas de competencias de conocimientos y nueve áreas de competencias de destrezas (Keleher y Joss, 2007). Las áreas de competencias de conocimientos incluyen: historia de la población indígena, diversidad cultural, origen y evolución de la promoción de la salud a escala global, teoría de la práctica de la promoción de la salud, el estado de salud de la población de Nueva Zelanda, concienciación comunitaria y política, e investigación, planificación y evaluación. Las áreas de competencias de destrezas son: trabajar con las poblaciones indígenas, planificación, implementación y evaluación de programas,

contribuir al aprendizaje de otros, abogacía y acciones políticas, comunicación, facilitación (de grupos, comunidades y mediación de conflictos), investigación, desarrollo profesional, y administración.

En Europa existe un proyecto auspiciado por la Oficina Europea de la UIPES que pretende analizar las competencias en promoción de la salud y examinar la experiencia de los países europeos en lo concerniente a la acreditación de los programas de capacitación (Barry, 2007a). En el proyecto europeo de competencias estas son clasificadas en doce grupos (Barry, 2007b):

1. Estimación de necesidades.
2. Planificación y consultoría.
3. Desarrollo de intervenciones (implementación).
4. Evaluación e investigación.
5. Conocimientos: principios, valores, ética.
6. Comunicación.
7. Desarrollo de políticas, abogacía y estrategias.
8. Administración y organización.
9. Trabajo con la comunidad / empoderamiento comunitario.
10. Desarrollo de alianzas / trabajo colaborativo.
11. Liderazgo estratégico.
12. Uso de la tecnología.

En Estados Unidos se han realizado importantes iniciativas para el análisis y la determinación de las competencias de los profesionales de educación para la salud. El proyecto más reciente realizado se conoce en inglés como The National Health Educator Competencies Update Project (CUP). El proyecto CUP fue realizado durante los años 1998-2004 con la participación de más de cuatro mil profesionales de la educación para la salud en EUA. Los resultados del estudio establecen una jerarquía de siete áreas de responsabilidad para los educadores para la salud:

1. Estimar las necesidades individuales y comunitarias.
2. Planificar programas, estrategias e intervenciones de educación para la salud.
3. Desarrollar programas, estrategias e intervenciones de educación para la salud.
4. Realizar evaluaciones e investigaciones en educación para la salud.

5. Administrar programas, estrategias e intervenciones de educación para la salud.
6. Ejercer como persona/recurso en educación para la salud.
7. Comunicar y abogar por la salud y la educación para la salud.

Estas áreas de responsabilidad incluyen 35 competencias profesionales y 163 subcompetencias. Este conjunto de competencias y subcompetencias se organiza en tres niveles de práctica (nivel de entrada, nivel avanzado 1 y nivel avanzado 2). Los niveles de práctica se definen operacionalmente de acuerdo con el grado académico y los años de experiencia de los profesionales especializados en educación para la salud (Olsen et al., 2007). El nivel de entrada se refiere a los profesionales con el grado académico de bachillerato o maestría en educación para la salud y menos de cinco años de experiencia. El nivel avanzado 1 se define como el grado académico de bachillerato o maestría en educación para la salud y cinco años o más de experiencia. El nivel avanzado 2 se refiere al grado académico de doctorado en educación para la salud y cinco años o más de experiencia.

El Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación Profesional en Educación para la Salud y Promoción de la Salud (CIUEPS) se ha propuesto ampliar el estudio de las competencias profesionales en promoción de la salud en el contexto de América Latina. El estudio partirá de las áreas de competencias que actualmente se implantan en los programas de formación de recursos humanos vigentes en la región.

A continuación se describen áreas generales de competencias profesionales que están presentes en los programas actuales.

Las áreas de competencia de conocimientos:

- Conceptos básicos. Salud, enfermedad y salud pública.
- Situación social y de salud a escala global, nacional y regional.
- Antecedentes y evolución del movimiento de promoción de la salud y educación para la salud.
- Fundamentos filosóficos y teóricos de promoción de la salud y educación para la salud.
- Principios, valores, ética y derecho a la salud.
- Desarrollo humano.
- Estadística.
- Epidemiología.

- Mercadeo social.
- Comunicación en salud.
- Diversidad cultural.
- Teorías de enseñanza/aprendizaje.
- Estrategias de intervención (individual, grupal y en comunidad).
- Planificación de programas y proyectos.
- Administración de programas y proyectos.
- Uso de la tecnología e informática aplicada.
- Evaluación.
- Investigación.

Las áreas de competencia de destrezas:

- Estimación de necesidades individuales y comunitarias.
- Identificación de los condicionantes y los determinantes de la salud.
- Articulación de los esfuerzos con las áreas prioritarias de salud.
- Planificación y consultoría.
- Desarrollo de alianzas / trabajo en colaboración.
- Formulación de políticas públicas saludables.
- Desarrollo de trabajo con la comunidad (empoderamiento / participación comunitaria).
- Implantación de programas, estrategias e intervenciones.
- Administración y organización.
- Evaluación e investigación.

Las áreas de competencia de habilidades, valores y actitudes:

- Orientación crítica y creativa.
- Trabajo en equipo.
- Orientación al compromiso social y ético.
- Capacidad de ejercer liderazgo estratégico.

El tema de la definición de competencias profesionales y académicas para el ámbito de la promoción de la salud continuó atrayendo interés y tuvo particular auge durante 2008. Se suscitaron varios eventos internacionales que destacaron este tema en el contenido científico-técnico de las reuniones. Esta información evi-

dencia que nos encontramos ante un tema de gran pertinencia para el sector de promoción de la salud y que el mismo se encuentra en pleno desarrollo. También es el producto del interés en actualizar las orientaciones y los enfoques de capacitación profesional una vez completadas dos décadas de la implantación del movimiento global de promoción de la salud.

Se enumeran algunos ejemplos de los eventos efectuados a escala regional y global:

- Reunión Técnica Internacional de Nuevas Estrategias de Aprendizaje sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 25-27 de marzo de 2008. Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.
- Reunión del Comité Científico del Proyecto Regional de Construcción de Capacidad en Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. 9-11 de abril de 2008. Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- WHO Consultative Meeting on Capacity Building for Health Promotion. 7-9 de mayo, 2008. Manila, Filipinas.
- Panel titulado "Enseñanza y competencias: la diversidad dentro de la multidisciplinaridad". II Seminário Brasileiro de Efectividad de la Promoción de la Salud. 13-16 de mayo de 2008. Río de Janeiro, Brasil.
- Toward Domains of Core Competency for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Conference. 16-18 de junio de 2008. Universidad Nacional de Irlanda. Galway, Irlanda.
- VII Asamblea General del CIUEPS. 27-29 de octubre de 2008. Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica.
- Consultation on Addressing the Determinants of Chronic Disease by Using an Integrated Health Promotion Lens to Impact or Influence Risk and Protective Factors in the Americas. A Joint World Health Organization Collaborating Centres / Panamerican Health Organization (WHO CC/PAHO) Initiative. 17-19 de noviembre de 2008. San Juan, Puerto Rico.

La experiencia del Consorcio de Universidades

Con el apoyo de la División de Promoción de la Salud de la OPS y el Departamento de Ciencias Sociales de la Escuela Graduada de

Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico, surge en 1996 el CIUEPS:

> El CIUEPS esta constituido como una red de instituciones que persigue fortalecer los vínculos, la cooperación, la solidaridad y las relaciones de colaboración e intercambio académico entre las instituciones miembros para la formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud.
> Se visualiza como un foro activo de discusión sobre los planes de estudios vigentes en la formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud y un propulsor de acciones conjuntas dirigidas a estimular y mejorar el desarrollo teórico, metodológico, la práctica de la enseñanza y la investigación en este campo, en la región de las Américas (CIUEPS, 1996, p. 12).

En la declaración constitutiva del CIUEPS (1996) se establece la relación de metas y objetivos del organismo:

1.a Fortalecer la capacidad institucional de los centros de formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud en las Américas.
1.b Impulsar el desarrollo de políticas académicas en este campo.
1.c Propiciar el intercambio de personal académico y estudiantes.
1.d Explorar fuentes de financiamiento conjunto para el desarrollo de iniciativas.
1.e Compilar y difundir información sobre los planes y programas académicos relacionados con la educación para la salud y promoción de la salud de las instituciones formadoras de personal en la región de las Américas.
1.f Propiciar mayor actualización del personal docente/académico.
1.g Fortalecer la capacidad documental e informativa de los centros formadores de personal.
1.h Crear centros de documentación actualizados en las instituciones miembros del Consorcio.
1.i Fortalecer los centros de documentación con las experiencias nacionales para la difusión intra y extrapaís.
1.j Desarrollar un inventario/banco de recursos humanos, por países, que sean especialistas en el campo y puedan ejer-

cer como asesores/consultores.

1.k Vincular a los organismos o estructuras de educación superior de los países en la iniciativa del Consorcio.

2.a Promover y apoyar el desarrollo, implantación y evaluación de programas y proyectos de formación de personal en educación para la salud y promoción de la saluda nivel nacional e internacional.

2.b Impulsar el desarrollo de programas de formación de personal en educación para la salud y promoción de la salud a nivel de pregrado, posgrado, educación continuada y comunitaria.

2.c Revisar y analizar los programas de formación vigentes, intercambiar conocimientos y experiencias sobre el estado del arte y modelos de prácticas educativas y de promoción de la salud.

2.d Revisar, formular y difundir lineamientos y guías curriculares.

2.e Desarrollar propuestas de cursos con enfoque internacional.

3.a Establecer redes de intercambio de conocimientos y experiencias en el desarrollo y formación del personal de educación para la salud y promoción de la salud.

3.b Utilizar las redes de intercambio de información.

3.c Impulsar el desarrollo de las redes nacionales.

3.d Utilizar las redes de publicación existentes o crear otras para la difusión de las actividades del Consorcio.

4.a Impulsar el desarrollo del cuerpo de conocimiento, paradigmas y enfoques metodológicos relacionados con la educación para la salud y promoción de la salud.

4.b Desarrollar y diseminar documentos de referencia que sirvan de guía al análisis.

4.c Propiciar el desarrollo de encuentros y eventos para el análisis y reflexión sobre estos aspectos.

5.a Impulsar y desarrollar proyectos colaborativos de investigación entre las instituciones representadas.

5.b Apoyar el desarrollo de las áreas temáticas de mayor interés en educación para la salud y promoción de la salud.

6.a Propulsar proyectos de investigación multicéntricos y multipaís.

En el cuadro 1 se presenta la relación de algunas asambleas

generales y reuniones del Consorcio, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas por este organismo.

Perfil descriptivo de los programas de formación profesional

Durante los años académicos 2006 y 2007 el CIUEPS ha estado analizando información acerca de los enfoques y las características de los programas de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud en América Latina. Se analizaron 25 programas de formación profesional correspondientes a nueve países. La muestra de instituciones estudiadas respondió a criterios de disponibilidad de la información. En el cuadro 2 se incluyen los programas estudiados.

Modalidades educativas

En América Latina coexisten diversas modalidades de formación de recursos humanos en el campo de la educación para la salud y promoción de la salud en el nivel de las instituciones universitarias. Para efectos del presente análisis se destacan las modalidades de bachillerato, licenciatura, maestría, diplomado, certificados graduados, y cursos doctorales, entre otras. En el cuadro 3 se presentan los programas estudiados, y organizados según los siguientes enfoques curriculares:

1. Especialización en educación para la salud. El énfasis consiste en la orientación conceptual y estratégica de la educación para la salud. En esta clasificación se ubican los programas académicos, cursos y otras modalidades especializadas en educación para la salud. Algunos programas estudiados que están orientados por este enfoque se encuentran en la Argentina, Ecuador y Puerto Rico.
2. Especialización en promoción de la salud. Puntualiza los principios y las metodologías básicas de la promoción de la salud como cuerpo teórico e independiente. Algunos ejemplos de este enfoque se observan en Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Perú.
3. Especialización en promoción de la salud y educación para la

salud. El tercer enfoque es de naturaleza mixta y en él se integran los principios de educación para la salud y las estrategias de promoción de la salud. Respondiendo a este enfoque se encuentran experiencias en Cuba, El Salvador y Puerto Rico.

4. Otras modalidades/enfoques. Incluyen los programas académicos, cursos especializados y otras modalidades de temas directamente relacionados con la educación para la salud y promoción de la salud. Por ejemplo:
   - Módulo promoción de la salud y comunicación social: para nivel gerencial y técnico en la Universidad de la República de El Salvador.
   - Módulo de organización y participación comunitaria: para promotores de salud y líderes comunitarios en la Universidad de El Salvador.
   - Certificado graduado en Promoción de la Salud Escolar de la Universidad de Puerto Rico.
   - Grado académico de educación y comunicación (educomunicación): para la promoción de la salud en Perú.

Contenido curricular dominante

En el análisis se identificaron los contenidos dominantes de los programas académicos. Como se observa en el cuadro 4, aun reconociendo las variaciones de énfasis de los programas, estos poseen muchas áreas de contenido similares. Al analizar los documentos se encontraron en común las siguientes áreas de contenido:

- Conceptos básicos: salud, enfermedad y salud pública.
- Situación social y de salud a escala global, regional y nacional.
- Antecedentes y evolución del movimiento de promoción de la salud y educación para la salud.
- Fundamentos filosóficos y teóricos.
- Principios, valores y ética.
- Desarrollo humano.
- Estadística.
- Epidemiología.
- Uso de la tecnología e informática aplicada.
- Mercadeo social.
- Comunicación en salud.
- Teorías de enseñanza y aprendizaje.

- Estrategias de intervención.
- Planificación de programas y proyectos.
- Administración de programas y proyectos.
- Evaluación.
- Principios de investigación.
- Proyecto de investigación (tesis).
- Trabajo de campo, práctica o pasantía.

Estrategias de promoción de la salud y educación para la salud

Del análisis surge la amplitud de las estrategias de intervención en promoción de la salud y educación para la salud que se incorporan en el currículo de los programas estudiados. En el cuadro 5 se identifican las siguientes estrategias dominantes:

- Políticas públicas saludables.
- Abogacía.
- Entornos saludables / municipios / comunidades.
- Participación social / organización comunitaria.
- Desarrollo de alianzas / trabajo en colaboración.
- Diversidad cultural.
- Equidad.
- Reorientación de los servicios de salud.
- Desarrollo de habilidades personales y estilos de vida.

Prioridades temáticas

Los contenidos incorporados en el currículo de los programas académicos estudiados están íntimamente relacionados con la situación social y de salud a escala global, regional y nacional. Estos contenidos se refieren a las prioridades temáticas. Algunas de estas prioridades se atienden mediante cursos específicos, cursos electivos, conferencias dentro de los cursos, temas para proyectos de investigación y trabajos de campo. En el cuadro 6 se presenta la relación de las prioridades temáticas de los currículos estudiados:

- Salud de la madre y el niño.
- Salud escolar, niños y jóvenes.
- Salud del adulto.

- Salud mental.
- Salud oral.
- Salud ocupacional.
- Salud internacional.
- Infecciones respiratorias agudas.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Sexualidad.
- Infecciones de transmisión sexual, VIH/sida.
- Enfermedades crónicas.
- Drogadicción.
- Salud ambiental.
- Alimentación y nutrición.
- Violencia.
- Grupos excluidos (migrantes, entre otros).

Bibliografía

Alemán-Batista, A.M. y Román García, E. (2006): El Programa de Bachillerato en Educación en Salud Comunal del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico.

Arcelay, Y. (2005): Universidad Interamericana de Puerto Rico. Grado de Bachiller en Artes en Educación con concentración en Salud Escolar, Puerto Rico.

Arroyo Acevedo, H. (2007): La experiencia en la formación de recursos humanos en educación en salud a nivel graduado, Puerto Rico.

Barry, M. (2007a): "Competencies and Professional Standards in Europe", Symposium 9th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, abstract #331150.

— (2007b): European Perspectives on Training and Accreditation in Health. Tomado de <www.specialisedhealthpromotion.org.uk>.

Bordoni, N.E. (2005): Anteproyecto de Maestría en Salud Pública con orientación en Promoción de la Salud. Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Brenes Gómez, W.; Bolaños, C. y Arroyo M.A. (2005): Formación de profesionales en Promoción de la Salud: experiencia en Costa Rica, Costa Rica.

Chapela, M. (2005): Diplomado en Promoción de la Salud, Xochimilco, Universidad Autónoma Metropolitana.

Choque Larrauri, R. (2005): Educación y comunicación (educomunicación) para la promoción de la salud, Perú.

Consorcio Interamericano de Universidades y Centros de Formación de Personal en Educación para la Salud y Promoción de la Salud

(CIUEPS) (1996): Memorias de la Asamblea Constituyente, 17-19 de abril, San Juan, Puerto Rico.
— (1998): Memorias de la Segunda Asamblea General, 19-20 de junio, San Juan, Puerto Rico.
— (2000): Memorias de la Tercera Asamblea General, 2 de junio, México.
— (2002): Memorias de la Cuarta Asamblea General, 4-8 de noviembre, San Pablo, Brasil.
Contreras Ríos, C. (2005): Oficina de Gestión de Proyectos, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Diplomatura en Promoción de la Salud, Perú.
García Viveros, M. y Ramírez Rodríguez, C. (2005): Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Propuesta Curricular, México.
González Sobera, M. (2006): Formación de recursos humanos en promoción de la salud (PS) y en educación para la salud (EDSA) en el Uruguay, Uruguay.
Guirola Alonso, A.L. y Borja, F. (2005): Perfil del diplomado en Promoción de la Salud y Educación para la Salud, El Salvador.
— (2005): Iniciativa académica en promoción de la salud, Curso descentralizado de Promoción de la Salud, El Salvador.
— (2005): Iniciativa académica en promoción y educación para la salud, módulo de Promoción y Educación para la Salud en la Maestría de Salud Pública, El Salvador.
— (2005): Iniciativa académica en promoción de la salud, módulo Promoción de la Salud y Comunicación Social para el nivel gerencial y técnico, El Salvador.
— (2005): Iniciativa académica en promoción de la salud, módulo Organización y Participación Comunitaria para Promotores de Salud, Líderes y Lideresas Comunitarias, El Salvador.
Keleher, H. y Joss, N. (2007): "Building competencies and workforce capacity for Health Promotion", en Keleher, H., MacDougall, C. y Murphy, B. (comps.): Understanding Health Promotion, Oxford, 234-243.
Lockett, M.O. (2005): Informe de la Maestría de Educación para la Salud, Universidad Nacional del Nordeste, Facultad de Odontología, Argentina.
Peñaherrera Sánchez, E. (2005): Universidad Peruana Cayetano Heredia, Escuela de Postgrado "Víctor Alzamora Castro", Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca, Diploma en Promoción de la Salud, Perú.
Melville, L., Howat, P., Shilton, T. y Weinstein, R. (2006): "Health Promotion competencies for the Israeli workforce", IUHPE Promotion & Education, vol. XIII, nº 3, 178-184.
Navarro, A., Voetsch, K., Liburd, L., Giles, W. y Collins, J. (2007): "Charting

the Future of Community Health Promotion: Recommendations from the National Expert Panel on Community Health Promotion. Preventing Chronic Disease", Public Health Research, Practice and Policy, vol. 4, nº 3, disponible en: <www.cdc.gov>.

Olmedo Boada, H. (2006): La formación de los educadores para la salud en el Ecuador, Ecuador.

Olsen, L., Taub, A., Gilmore, G. y Connell, D. (2007): "The National Health Educator Competencies Updates Project (United States)", Symposium 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, abstract #331150.

Sanabria Ramos, G. y González Valcárcel, B. (2006): Sistema de Formación posgraduado en Promoción y Educación para la Salud que se desarrolla en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, Cuba.

Shilton, T., Howat, P., James, R., Hutchins, C., Burke, L. y Woodman, R. (2007): "Revised competencies for health promotion in Australia", Symposium 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education, abstract #331150.

Shilton, T., Howat, P., James, R. y Lower, T. (2003): "Review of competencies for Australian health promotion", IUHPE Promotion & Education, vol. X, nº 4, 162-171.

Talbot, L., Graham, M. y James, E.L. (2007): "A role for workforce competencies in evidence-based Health Promotion education", IUHPE Promotion & Education, vol. XIV, nº 1, 28-33.

Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (UIPES) y el Consorcio Canadiense de Investigación en Promoción de la Salud (CCHPR) (2007): Determinar el futuro de la promoción de la salud: Acciones prioritarias.

Westphal, M.F. (2006): O ensino de promoção da saúde, Brasil.

ANEXO

Cuadro 1. Relación de algunas asambleas generales y reuniones del CIUEPS, las instituciones representadas y los principales proyectos e iniciativas desarrolladas.

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
Asamblea Constituyente 17-19 de abril de 1996, San Juan, Puerto Rico	– Escuela de Salud Pública, Universidad de San Pablo, Brasil. – Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá. – Escuela de Ciencias en Enfermería, Universidad de Laval, Canadá. – Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile. – Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. – Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia. – Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. – Facultad de Nutrición y Educación para la Salud, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. – Universidad del Sur de Illinois, Carbondale, Estados Unidos. – Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad de Yale, Estados Unidos. – Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos. – Departamento de Medicina Social y Preventiva, Universidad de West Indies, Jamaica.	1. Se desarrolla el Memorando Constitutivo del CIUEPS. 2. Se establece una red electrónica de comunicación entre las instituciones de formación de recursos humanos. 3. Se inicia el proceso de documentación de las experiencias de formación a escala interamericana.

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
	– Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México. – Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México. – Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Escuela de Salud Pública, Universidad de San Pablo, Brasil. – Oficina Subregional de Brasil de la UIPES/ORLA, Río de	
Reunión de la Comisión Internacional de Planificación del CIUEPS 28-30 de septiembre de 1997	Janeiro, Brasil. – Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile. – Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. – Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. – Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. – Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos. – Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.	1. Evaluación del primer año de funcionamiento del CIUEPS. 2. Propuesta para redefinir el propósito y las prioridades del CIUEPS. 3. Definición de los proyectos técnico/científicos del CIUEPS: a. Difusión del Memorando Constitutivo b. Publicación del perfil institucional de las entidades fundadoras del CIUEPS. c. Red de información e intercambio electrónico. d. Publicación de experiencias nacionales de formación.

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
	– Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, Tucumán, Argentina. – Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.	e. Compilación de lineamientos de capacitación, guías curriculares y competencias. f. Cursos internacionales (políticas públicas e inversiones en salud y formación política y participación popular). g. Red de experiencias latinoamericanas de PS. h. Documentos técnicos de formación de recursos humanos. i. Sesión científica en la XVI Conferencia Mundial de la UIPES. j. Compilación de los temas de investigación prioritarios del CIUEPS.
II Asamblea General del CIUEPS 19-20 de junio de 1998, San Juan, Puerto Rico	– Programa de Adultos Mayores, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Argentina. – Universidad Federal de Río Grande del Norte, Natal, RN, Brasil. – Escuela de Salud Pública, Universidad de San Pablo, Brasil. – Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil. – Coordinación Subregional de Brasil de la UIPES/ORLA, Río de Janeiro, Brasil. – Universidad de Montreal, Canadá.	1. Certificar nuevas instituciones miembros del CIUEPS. 2. Ratificar los objetivos y las prioridades nuevas del CIUEPS. 3. Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS: a. Publicación de experiencias nacionales de formación. b. Compilación de lineamientos de capacitación, guías curriculares y competencias. c. Cursos internacionales

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
	– Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá. – Escuela de Ciencias en Enfermería, Universidad de Laval, Canadá. – Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile. – Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. – Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia. – Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. – Acción Popular Cultural, Bogotá, Colombia. – Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. – Instituto de la Juventud, Universidad Nacional Heredia, Costa Rica. – Universidad Nacional, San José, Costa Rica. – Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. – Ministerio de Educación, La Habana, Cuba. – Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. – American University, Washington DC, Estados Unidos. – Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Alburquerque, Nuevo México, Estados Unidos. – Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos. – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.	con enfoque interinstitucional/interpaíses. d. Red iberoamericana de experiencias latinoamericanas de PS. e. Documentos técnicos de formación de recursos humanos. f. Sesión científica en la XVI Conferencia Mundial de la UIPES. g. Compilación de los temas de investigación prioritarios del CIUEPS.

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
	– Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. – Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. – Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Montevideo, Uruguay. – Universidad de Montreal, Canadá. – Centro de Promoción de la Salud, Universidad de Toronto, Canadá. – Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile. – Centro Regional de Promoción de Salud, Universidad de Concepción, Chile.	
III Asamblea General del CIUEPS 2 de junio de 2000 Casa de la Primera Imprenta, Universidad Autónoma Metropolitana	– Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. – Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. – Acción Popular Cultural, Bogotá, Colombia. – Facultad de Enfermería, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. – Escuela Nacional de Salud	Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS: 1. Red de Experiencias en Promoción de la Salud (REDEPS). El proyecto fue coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. 2. Proyecto de desarrollo

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
de Xochimilco, México, DF, y 8 de junio de 2000 Hotel María Isabel Sheraton, Sala Imperio A, México, DF.	Pública, La Habana, Cuba. – Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, La Habana, Cuba. – Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España. – Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación, Universidad del País Vasco, Bilbao, España. – American University, Washington DC, Estados Unidos. – Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo México, Estados Unidos. – Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos. – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México. – Oficina de la OPS en México, D.F. – Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. – Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Montevideo, Uruguay.	curricular sobre empoderamiento. Proyecto coordinado por la Universidad de Nuevo México. 3. Guía práctica de comunicaciones mediáticas para la promoción de la salud. Proyecto coordinado por la Universidad de Montreal, Canadá. 4. Publicación de experiencias nacionales de formación de recursos humanos en las Américas. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. 5. Proyecto para definir criterios de calidad en el desarrollo de iniciativas académicas. Proyecto coordinado por la Universidad de Nuevo México y la Universidad de Los Lagos, Chile. 6. Proyecto de definición de competencias y saberes en el área de promoción de la salud. Proyecto coordinado por OPS. 7. Proyecto para el desarrollo de un documento conceptual que compile las corrientes de pensamiento sobre PS en las Américas. Proyecto coordinado por la UAM

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
		Xochimilco. 8. Desarrollo de revista u otra publicación de circulación periódica sobre el tema de PS. Proyecto coordinado por el CNPES de Cuba. 9. Proyecto para impulsar los contenidos de PS en las disciplinas de medicina, odontología, enfermería, entre otras. Proyecto coordinado por la UAM Xochimilco. 10. Propuestas de presentación de ponencias en la XVII Conferencia Mundial de PS de la UIPES en París en julio de 2001. Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS: 1. Evaluación de la distribución e impacto de la publicación de experiencias nacionales de formación de recursos humanos en las Américas. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. 2. Continuación proyecto de desarrollo curricular sobre empoderamiento. Proyecto coordinado por la Universidad de
	– Red para el Desarrollo de Adultos Mayores, Buenos Aires, Argentina. – Facultad de Filosofía, Ciencias y Letras de la Universidad de San Pablo. – Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo. – Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Bío-Bío, Chillán, Chile. – Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos, Chile.	
IV Asamblea General del CIUEPS 7-8 de noviembre de 2002 Sala de reuniones del Consejo Académico, Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo.	– Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. – Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. – Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, La Habana, Cuba. – Instituto Pedagógico Latinoamericano, Ministerio de Educación, La Habana, Cuba. – Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo México, Estados Unidos. – Organización Panamericana	

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
	de la Salud, Washington DC, Estados Unidos. – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México. – División de Ciencias Sociales y Humanidades, Centro Universitario del Sur, Universidad de Guadalajara, México. – Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad de la Ciudad de México, México, D.F. – Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. – Maestría en Promoción de la Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. – Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Programa de Enfermería, Decanato de Medicina, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Estado Lara, Venezuela.	Nuevo México. 3. Proyecto para el desarrollo del curso internacional de Política Pública e Inversiones en Salud. Proyecto coordinado por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo. 4. Continuación del proyecto Red de Experiencias en promoción de la salud (REDEPS). El proyecto fue coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. 5. Desarrollo del documento técnico: criterios y procedimiento para el patrocinio de programas de formación en educación para la salud y promoción de la salud. El proyecto fue coordinado por la Universidad de Los Lagos, Chile. 6. Proyecto para impulsar los contenidos de PS en las disciplinas de medicina, odontología, enfermería, entre otras. Proyecto coordinado por la UAM Xochimilco. 7. Proyecto regional de eficacia de la promoción de la salud. Proyecto coordinado por la UIPES/ ORLA, CEDETES y la

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
		Universidad del Valle, Cali, Colombia. 8. Proyecto de publicación del libro sobre perfiles nacionales de PS y educación para la salud. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. 9. Acuerdo de colaboración entre la Escuela Latinoamericana de Ciencias Médicas de Cuba y el CIUEPS. 10. Vinculación del CIUEPS con la RLEPS. 11. Vinculación del CIUEPS con la iniciativa de UPS. Descripción y evaluación de avances de los proyectos técnicos/científicos del CIUEPS: 1. Propuesta de actualización de la publicación de experiencias nacionales de formación de recursos humanos en las Américas. Proyecto coordinado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. 2. Continuación proyecto de desarrollo curricular sobre empoderamiento. Proyecto coordinado por la Universidad de Nuevo México. 3. Avances del proyecto
	– Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo, Brasil. – Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil. – Representación Subregional de Brasil de la UIPES/ORLA. – Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. – Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. – Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos. – Maestría en Salud Pública, Universidad de Nuevo México, Albuquerque, Nuevo México, Estados Unidos. – Maestría en Promoción de la Salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. – Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico. – Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Montevideo,	
V Asamblea General del CIUEPS 14 de mayo de 2005 Sala de reuniones del Hotel SESC. Río de Janeiro, Brasil.		

→

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS
	Uruguay. – Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo, Brasil. – Representación Subregional de Brasil de la UIPES/ORLA. – Representación de Brasil ante la OPS/OMS. – Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. – Representación de Ecuador ante la OPS/OMS. – Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, Estados Unidos. – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México. – Maestría en promoción de la salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. – Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.	regional de eficacia de la promoción de la salud. Proyecto coordinado por la UIPES/ORLA, CEDETES y la Universidad del Valle, Cali, Colombia. 4. Vinculación del CIUEPS con la RLEPS. 1. Reunión de seguimiento del proyecto de publicación sobre la situación de la promoción de la salud y la educación para la salud. La publicación es un esfuerzo conjunto de OPS, el CIUEPS, la UIPES/ORLA y el CDC. 2. Planificación del II Foro de Promoción de la Salud de las Américas a efectuarse en agosto de 2006 en Río de Janeiro, Brasil. 3. Participación del CIUEPS en la IX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en Vancouver, Canadá.
Reunión de la Subcomisión de Publicaciones del CIUEPS 30 de mayo al 1 de junio de 2006 Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo, Brasil.		

Reuniones y asambleas generales. Fecha y sede	Instituciones representadas	Muestra de proyectos e iniciativas del CIUEPS

Cuadro 2. Muestra de experiencias de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud en América Latina según modalidad académica y enfoques dominantes por países (2006).

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA
Maestría	Perú Maestría en Promoción de la Salud (2006). Escuela de Postgrado Víctor Alzadora Castro. Facultad de Salud Pública y Adminis-tración Carlos Vidal Layseca. Universidad Peruana Cayetano Heredia.	Argentina Maestría en Educación para la Salud (2003). Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste.	Puerto Rico Programa de Maestría en Educación en Salud (1947). Escuela Graduada de Salud Pública. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico.	Argentina Maestría en Salud Pública con orientación en PS (2005). Universidad de Buenos Aires.
			Cuba Maestría de Promoción y Educación para la Salud (2001). Escuela Nacional de Salud Pública.	El Salvador Modulo de PS y EDSA en la Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador.

→

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA
				Guatemala Área de PS (2006) Programa de Maestría en Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Brasil Área de PS Programa de Maestría en Salud Pública Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo – FSP/USP (desde 1997) Maestría en Salud Pública Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (ENSP FIOCRUZ) Disciplina

→

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA
				Disciplina de PS Maestría en Salud Colectiva Universidad Federal de Pernambuco Núcleo de Salud Publica (NUSP) y Maestría en Odontología Área de concentración en Salud Colectiva
Doctorado				Brasil Área de PS Programa de Doctorado en Salud Pública Puerto Rico Doctorado en Salud Pública con cursos requeridos en PS
Bachillerato o licenciatura	México Licenciatura en Promoción de la Salud. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.	Puerto Rico Programa de Bachillerato en Educación en Salud Comunal (1978). Colegio de		Brasil Programa de Bachillerato en Nutrición Disciplina de Promoción de Salud y participación popular

→

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA
		Profesiones Relacionadas con la Salud. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico. Brasil Programa de Bachillerato en Enfermería Educación Emancipatoria en la Disciplina de Fundamentos y Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo		Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo Programa de Bachillerato en Odontología Disciplina de Promoción de Salud Pontificia Universidad de Paraná Disciplina Introductoria en el Grado de Medicina y Odontología Universidad del Oeste de Santa Catarina I (UNOESC)

→

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA
	Costa Rica Programa de Bachillerato en Promoción de la Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica.	Puerto Rico Bachillerato en Artes en Educación con Concentración en Salud Escolar (2003). Universidad Interamericana de Puerto Rico.		
Diplomados / certificado Graduado	México Diplomado de Pregrado y Posgrado en PS. Universidad Autónoma		Cuba Diplomado en Promoción y Educación para la Salud.	
			El Salvador Diplomado en PS y EDSA (2005). Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador.	

→

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA
				Brasil Disciplina de PS Curso de Especialización Interdisciplina-ria en Salud Pública Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo. Disciplina de PS Curso de Especializa-ción en Salud de la Familia y Curso de Especializa-ción

→

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA
				en Salud Colectiva Multiprofesional. Pontificia Universidad Católica de Paraná
Otras modalidades				

Modalidades académicas de formación de recursos humanos	Enfoque de promoción de la salud (PS)	Enfoque de educación para la salud (EDSA)	Enfoque integrado (PS y EDSA)	Enfoque de salud pública general con mención en PS y EDSA

Cuadro 3. Muestra de experiencias de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud en América Latina por países, grados académicos y enfoques dominantes (2006).

Países	Especialización en educación para la salud				Especialización en promoción de la salud				Especialización en promoción de la salud y educación para la salud				Otras especializaciones relacionadas con la promoción de la salud y educación para la salud			
	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades	Bachillerato o Licenciatura	Maestría	Doctorado	Otras Modalidades
Argentina		X[a]												X[b]		
Costa Rica					X[c]											
Cuba										X[d]		X[e]				
Ecuador				X[f]				X[g]								
El Salvador								X[h]				X[i]				

a. Maestría en Educación para la Salud. Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste.
b. Maestría en Salud Pública con orientación en Promoción de la Salud en la Universidad de Buenos Aires.
c. Bachillerato en Promoción de la Salud en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

d. Maestría en Promoción y Educación para la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
e. Diplomado de Promoción y Educación para la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
f. Certificado: Asistente en Educación para la Salud, conferido por el Ministerio de Bienestar Social y Sanidad. Certificado: Educador para la Salud, conferido por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura, para ascenso de categoría.
g. Cátedra de Promoción de la Salud en la Escuela de Psicología en la Universidad Cristiana Latinoamericana, Sede Quito.
h. Curso Descentralizado en Promoción de la Salud a través de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.
i. Diplomado en Promoción de la Salud y Educación para la Salud en la Universidad de El Salvador.
j. Módulo de Promoción de la Salud y Educación para la Salud en la Maestría de Salud Pública de la Universidad de El Salvador. Módulo: Promoción de la Salud y Comunicación Social para nivel gerencial y técnico en la Universidad de El Salvador. Módulo: Organización y Participación Comunitaria para Promotores de Salud y líderes comunitarios en la Universidad de El Salvador.
k. Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
l. Diplomado en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México.
m. Maestría en Promoción de la Salud en la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
n. Diploma en Promoción de la Salud en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Diplomatura en Promoción de la Salud en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
o. Educación y Comunicación (Educomunicación) para la PS.
p. Bachillerato en Educación en Salud Comunal. Universidad de Puerto Rico.
q. Maestría en Educación para la Salud. Universidad de Puerto Rico.
r. Bachillerato en Artes en Educación con Concentración en Salud Escolar de la Universidad Interamericana de Puerto Rico.
s. Cursos de Promoción de la Salud en el Doctorado de Salud Pública. Universidad de Puerto Rico.
t. Certificado Graduado en Promoción de la Salud Escolar. Universidad de Puerto Rico.
u. Cursos.

Cuadro 4. Muestra de experiencias de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud en América Latina por modalidad académica, países y contenido curricular dominante (2006).

Contenido curricular dominante	Países																								
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			El Salvador					México		Perú				Puerto Rico					Uruguay
	Maestría EDSA	Maestría PS	Bachillerato PS	Maestría PS y EDSA	(a)	Diplomado PS y EDSA	(b)	Certificado Asistente	EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Módulo PS y EDSA	Módulo PS y Comunicación	Social	Módulo Participación	Comunitaria	Licenciatura PS	Diplomado PS	Maestría PS	Diploma PS	Diplomatura PS	Educomunicación	Maestría PS y EDSA
Conceptos básicos: salud, enfermedad y salud pública	X	X	X					X	X			X		X						X	X	X	X		
Situación social y de salud a escala global, nacional y regional	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	X			
Antecedentes y evolución del movimiento de promoción y educación para la salud	X	X	X								X	X	X	X				X	X	X	X	X			

Contenido curricular dominante	Países																							
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			El Salvador					México		Perú				Puerto Rico				Uruguay
	Maestría EDSA	Maestría PS	Bachillerato PS	Maestría PS y EDSA	(a)	Diplomado PS y EDSA	(b)	Certificado Asistente	EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Módulo PS y EDSA	Módulo PS y Comunicación	Social	Módulo Participación	Comunitaria	Licenciatura PS	Diplomado PS	Maestría PS	Diploma PS	Diplomatura PS Educomunicación	Maestría PS y EDSA
Fundamentos filosóficos y teóricos	X		X								X	X	X	X				X	X	X	X	X		
Principios, valores y ética	X	X	X																					
Desarrollo humano			X											X							X			
Estadística		X	X			X								X				X		X	X			
Epidemiología		X	X				X			X				X				X		X	X			
Uso de la tecnología e informática aplicada		X	X			X				X	X			X								X		

Países		Contenido curricular dominante	Mercadeo social	Comunicación en Salud	Teorías de enseñanza y aprendizaje	Estrategias de intervención	Planificación de programas y proyectos
Argentina		Maestría EDSA	X			X	X
		Maestría PS			X	X	X
Costa Rica		Bachillerato PS	X		X	X	X
Cuba		Maestría PS y EDSA					
		(a)	X				
Ecuador		Diplomado PS y EDSA			X	X	X
		(b)	X				X
		Certificado Asistente				X	
El Salvador		EDSA	X		X	X	X
		Certificado EDSA (c)			X	X	
		Cátedra PS (d)	X			X	X
		Curso Descentralizado PS	X			X	X
		Diplomado PS y EDSA	X			X	X
México		Módulo PS y EDSA	X		X	X	X
		Módulo PS y Comunicación	X			X	X
Perú		Social					
		Módulo Participación	X			X	X
		Comunitaria	X	X	X	X	X
		Licenciatura PS	X	X			
Puerto Rico		Diplomado PS	X	X	X	X	X
		Maestría PS	X	X	X	X	X
		Diploma PS			X		
		Diplomatura PS				X	X
		Educomunicación					
Uruguay		Maestría PS y EDSA					

Países		Contenido curricular dominante	Administración de programas y proyectos	Evaluación	Principios de investigación	Proyecto de Investigación	Trabajo de campo, práctica o pasantía
	Argentina	Maestría EDSA	X	X	X	X	X
		Maestría PS	X	X	X	X	X
	Costa Rica	Bachillerato PS	X	X			
	Cuba	Maestría PS y EDSA					
		(a)					
	Ecuador	Diplomado PS y EDSA	X	X			X
		(b)		X			X
		Certificado Asistente			X		
	El Salvador	EDSA		X			
		Certificado EDSA (c)		X	X		
		Cátedra PS (d)		X			
		Curso Descentralizado PS		X			
		Diplomado PS y EDSA	X	X	X		
	México	Módulo PS y EDSA	X	X	X	X	X
		Módulo PS y Comunicación				X	
	Perú	Social					
		Módulo Participación					
		Comunitaria		X	X	X	
		Licenciatura PS					
	Puerto Rico	Diplomado PS	X	X	X	X	X
		Maestría PS		X			X
		Diploma PS					X
		Diplomatura PS		X			X
		Educomunicación					
	Uruguay	Maestría PS y EDSA					

a. El programa de Maestría de Promoción y Educación para la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, es modular con un total de 13 módulos, 5 identificados como básicos que forman parte del tronco común de todas las maestrías que se desarrollan en la institución y 8 denominados como específicos propios del perfil del programa. El último módulo es aplicativo y se imparte de acuerdo con la selección de los alumnos.
b. El diplomado de Promoción y Educación para la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, tiene 6 módulos (o cursos) y se enseña en la modalidad de tiempo compartido con una semana presencial y tres de trabajo independiente.
c. Los contenidos que se abordan en la cátedra de Promoción de la Salud en la Escuela de Psicología de la Universidad Cristiana Latinoamericana –sede Quito– están basados en las 5 estrategias de la promoción de la salud: (1) políticas públicas saludables, (2) creación de ambientes saludables, (3) fortalecimiento y desarrollo de la participación social, (4) desarrollo de habilidades personales y estilos de vida y (5) reorientación de los servicios de salud. Esta cátedra también incluye la realización de investigaciones y períodos de prácticas.
d. Certificado de Educador para la Salud, conferido por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación y Cultura para ascenso de categoría. Las materias que se estudiaron fueron epidemiología, anatomía, sociología, nutrición, salud maternoinfantil, salud ambiental, y educación para la salud.

Cuadro 5. Muestra de experiencias de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud en América Latina por modalidad académica, países y estrategias dominantes incorporadas en el currículo (2006).

Estrategias para la promoción de la salud y educación para la salud	Países																						
	Argentina		Costa Rica	Cuba	Ecuador		El Salvador					México		Perú				Puerto Rico					Uruguay
	Maestría EDSA	Maestría PS	Bachillerato PS	Maestría PS y EDSA (a)	Diplomado PS y EDSA (b)	Certificado Asistente	EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Módulo PS y EDSA	Módulo PS y Comunicación	Social	Módulo Participación	Comunitaria	Licenciatura PS	Diplomado PS	Maestría PS	Diploma PS	Diplomatura PS	Educomunicación	Maestría PS y EDSA
Políticas públicas saludables		X	X			X	X	X		X		X			X	X		X					
Abogacía			X													X		X					
Entornos / municipios / comunidades / viviendas saludables			X				X	X	X		X												X
Participación Social / organización comunitaria		X	X			X	X		X	X	X	X			X	X		X					X

Estrategias para la promoción de la salud y educación para la salud	Países																							
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			El Salvador					México		Perú				Puerto Rico				Uruguay
	Maestría EDSA	Maestría PS	Bachillerato PS	Maestría PS y EDSA	(a)	Diplomado PS y EDSA	(b)	Certificado Asistente	EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Módulo PS y EDSA	Módulo PS y Comunicación	Social	Módulo Participación	Comunitaria	Licenciatura PS	Diplomado PS	Maestría PS	Diploma PS	Diplomatura PS Educomunicación	Maestría PS y EDSA
Desarrollo de alianzas / trabajo en colaboración			X						X		X		X	X	X					X				X
Diversidad cultural																	X			X				
Equidad		X	X									X								X				
Reorientación de los servicios de salud			X			X		X						X										X
Desarrollo de habilidades personales y estilos de vida								X						X			X		X					

Cuadro 6. Muestra de experiencias de formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud en América Latina por modalidad académica, países y prioridades temáticas incorporadas en el currículo (2006).

Prioridades temáticas	Países																								
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			El Salvador					México		Perú				Puerto Rico					Uruguay
	Maestría EDSA	Maestría PS	Bachillerato PS	Maestría PS y EDSA	(a)	Diplomado PS y EDSA	(b)	Certificado Asistente	EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Módulo PS y EDSA	Módulo PS y Comunicación	Social	Módulo Participación	Comunitaria	Licenciatura PS	Diplomado PS	Maestría PS	Diploma PS	Diplomatura PS	Educomunicación	Maestría PS y EDSA
Salud de la madre y el niño			X			X	X	X	X					X				X							
Salud escolar, niños y jóvenes		X				X		X						X								X	X		X
Salud del adulto		X	X											X											
Salud mental			X					X				X													
Salud oral														X											
Salud ocupacional																									
Salud internacional			X									X		X											X

Países		Prioridades temáticas	Infecciones respiratorias agudas	Consumo de alcohol y tabaco	Sexualidad	Infecciones de transmisión sexual, VIH/sida	Enfermedades crónicas
		Maestría EDSA					
	Argentina	Maestría PS		X		X	
	Costa Rica	Bachillerato PS			X		X
	Cuba	Maestría PS y EDSA					
		(a)					
	Ecuador	Diplomado PS y EDSA				X	
		(b)					
		Certificado Asistente					X
	El Salvador	EDSA					
		Certificado EDSA (c)					
		Cátedra PS (d)					
		Curso Descentralizado PS	X	X		X	
		Diplomado PS y EDSA					
	México	Módulo PS y EDSA		X		X	
		Módulo PS y Comunicación					
	Perú	Social					
		Módulo Participación					
		Comunitaria					
		Licenciatura PS					
	Puerto Rico	Diplomado PS					
		Maestría PS			X		
		Diploma PS			X		
		Diplomatura PS			X	X	
		Educomunicación					
	Uruguay	Maestría PS y EDSA	X		X		

Prioridades temáticas	Países																							
	Argentina		Costa Rica	Cuba		Ecuador			El Salvador					México		Perú				Puerto Rico				Uruguay
	Maestría EDSA	Maestría PS	Bachillerato PS	Maestría PS y EDSA	(a)	Diplomado PS y EDSA	(b)	Certificado Asistente	EDSA	Certificado EDSA (c)	Cátedra PS (d)	Curso Descentralizado PS	Diplomado PS y EDSA	Módulo PS y EDSA	Módulo PS y Comunicación	Social	Módulo Participación	Comunitaria	Licenciatura PS	Diplomado PS	Maestría PS	Diploma PS	Diplomatura PS Educomunicación	Maestría PS y EDSA
Drogadicción																							X	
Salud ambiental					X	X						X		X				X			X	X		X
Alimentación y nutrición		X	X		X	X								X				X			X			
Violencia		X	X																					
Grupos excluidos (migrantes, entre otros)		X																						

CAPÍTULO 3

Habilidades para la Vida. En busca del desarrollo del ser humano integral

Amanda J. Bravo H. y Gina Alexandra Garzón Perilla

Introducción

En 1993 la División de Salud Mental de la OMS comenzó a difundir los materiales informativos y educativos diseñados para apoyar y promover internacionalmente su iniciativa sobre la educación en HpV en las escuelas y colegios. La propuesta inicial de la OMS consistió en un grupo de las siguientes diez habilidades o destrezas psicosociales, las que a partir de entonces se conocen como "Habilidades para la Vida" (OMS, 1993; OPS/OMS, 2001):

- Conocimiento de sí mismo.
- Empatía.
- Comunicación efectiva.
- Relaciones interpersonales.
- Toma de decisiones.
- Solución de problemas o conflictos.
- Pensamiento crítico.
- Pensamiento creativo.
- Manejo de emociones y sentimientos.
- Manejo de tensiones o estrés.

Estas tenían el propósito de promover la salud mental en un sentido integral y la adopción de estilos de vida saludables, mediante el desarrollo de competencias psicosociales básicas (aptitudes y destrezas personales para la vida), principalmente a través de su enseñanza en ámbitos de educación formal.

El programa partió de un consenso creciente de que los cambios radicales provocados por una diversidad de cambios tecnológicos, sociales, económicos, y culturales, a una velocidad sin precedentes históricos, y la creciente complejidad de la sociedad en las últimas décadas, habían generado un debilitamiento de las instituciones donde ocurre la socialización básica de las personas, en especial la familia. Como resultado cobran importancia en esa socialización otras instancias, como los grupos de pares de edad y los medios de comunicación masiva. El impacto de estos cambios se había visto reflejado en los crecientes problemas psicosociales de la población adolescente y joven, visibles en la salud pública y en las dificultades que se presentaban en el clima escolar afectando el rendimiento académico. En términos de los pilares de la educación formulados por UNESCO (1996), aprender a ser, convivir, o emprender y tener éxito en estos nuevos contextos hace necesario el desarrollo de competencias diversas, entre otras las psicosociales, cuyo aprendizaje trasciende con esta iniciativa la espontaneidad de la socialización para convertirse en educación.

Las experiencias exitosas en el campo de la prevención de problemas de salud pública relacionados con estos cambios sociales, como el consumo de sustancias psicoactivas, los embarazos adolescentes, bullying en la escuela, violencia entre pandillas juveniles, entre otros, incluyeron el aprendizaje de destrezas psicosociales y la solución de problemas, los que sirvieron de base para los posteriores desarrollos que se hicieron luego con un enfoque más amplio de promoción de la salud integral.

Desde la orilla de educación, UNESCO también recupera la introducción de la enseñanza/aprendizaje de las HpV como un componente importante de la formación humana integral, ligándola a los pilares de la educación: aprender a aprender/conocer, a ser, a convivir, a hacer y a emprender, aprendizajes que no se agotan en el período escolar sino que continúan a lo largo de toda la vida.

Un llamado especial se hace desde los Foros Mundiales de Educación, de Jomtien (Tailandia) (UNESCO, 1990) y Dakar (Senegal) (UNESCO, 2000) y las correspondientes a la Región de las Américas - Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe (PRELAC) I - La Habana (PRELAC, 2002) y PRELAC II - Buenos Aires (PRELAC, 2007) para incorporar dentro de la educación escolar los componentes referidos en especial a la construcción de una cultura de paz y de ciudadanía, la prevención de los consumos de sustancias

psicoactivas y la educación sobre la salud sexual y reproductiva.

Fe y Alegría - Colombia realizó entre 1996 y 1997, para el entonces MS de dicho país, la validación de la iniciativa internacional. El interés principal era poder dar alguna respuesta a la situación de alta violencia que se vivía en esa época, y que tenía como víctimas principalmente a la población adolescente y joven, en especial de los sectores urbanos marginales, donde se empieza a generar una cultura de la violencia espoleada por las necesidades básicas insatisfechas, el narcotráfico que reclutaba niños y jóvenes para sus venganzas en el interior de, y entre, bandas, y la apología directa (por grupos armados) o indirecta (desde los medios de comunicación masiva y los ejemplos del maltrato intrafamiliar) que promovía las formas violentas como las vías válidas para la consecución de las aspiraciones personales y colectivas.

Posteriormente, Fe y Alegría - Colombia desarrolló la propuesta educativa que se apoya en la serie de guías docentes para trabajo con estudiantes Habilidades para la Vida: Una propuesta educativa para convivir mejor (Bravo, Ruiz y Mantilla, 2003), publicada entre 2003 y 2008 con apoyo de diversas organizaciones de cooperación nacionales e internacionales, que consta de un marco referencial y diez módulos que abordan las diez habilidades básicas propuestas por la OMS en 1993. La propuesta está focalizada en estudiantes de entre 10 y 15 años de edad (4° a 9° grado de la educación básica) y está organizada a la manera de talleres, que están a cargo de maestros de cualquier área.

La endogenización de la iniciativa internacional se nutrió de las necesidades, intereses y horizontes institucionales (Fe y Alegría, 2004), de las prioridades nacionales, regionales, y locales (la realidad colombiana y las dificultades de las mayorías necesitadas con quienes trabaja Fe y Alegría y son especial preocupación del Estado colombiano), de la consideración por las culturas locales, recuperando los desarrollos de la educación alternativa del continente (vertientes de la educación popular integral que suscribe el Movimiento Fe y Alegría) (Fe y Alegría, 1985), en un horizonte de desarrollo comunitario (empoderamiento de individuos y actores sociales), y desarrollando una propuesta integral de construcción de una cultura de convivencia pacífica con una clara apuesta por la ética del cuidado.

La propuesta institucional de Fe y Alegría - Colombia está dirigida a lograr las competencias psicosociales básicas de niños y jóvenes con especial énfasis en el tema de convivencia, sin des-

cuidar la construcción de la sociedad digna a la que todos aspiran, apostando a que niños y jóvenes sean capaces de transformarse y de transformar constructivamente sus entornos sociales y culturales. Ello está directamente relacionado con el fomento de relaciones saludables, satisfactorias, consigo mismo, con los demás y con el entorno medioambiental. Esto redunda en la configuración de ambientes o entornos saludables, su construcción y sostenimiento, donde la población estudiantil en formación puede hacer ejercicios reales de ciudadanía, tanto en la escuela como en su hogar y en el barrio donde habita, en línea con el marco conceptual de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud (OPS/OMS, 2003). A su vez, los logros previstos para cada una de las habilidades hacen parte de los estándares de competencias ciudadanas diseñados por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) de Colombia, especialmente en las que tienen que ver con el eje de Convivencia y Paz, pero también con los ejes de Pluralidad, Identidad y Valoración de las Diferencias, y Participación y Responsabilidad Democrática (MEN, 2004).

La Propuesta se ha difundido en diversos escenarios iberoamericanos con el apoyo de OPS; UNESCO; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por su sigla en inglés); la cooperación española; Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ); ministerios y secretarías de educación y de salud nacionales; ONG, como EDEX (España); Visión Mundial (Honduras y República Dominicana); integrantes de la Federación Internacional de Fe y Alegría, entre otras. Actualmente se está implementando en varios países.[1] Con la OPS/OMS hay firmado un memorando de entendimiento para difundirla en el marco de la iniciativa EPS, o escuelas saludables, como se llama en algunos países.

Dentro del mismo enfoque, Fe y Alegría - Colombia elaboró material para la estrategia Instituciones Educativas Libres de Humo del Ministerio de la Protección Social. En el campo de la salud sexual y reproductiva se desarrolló material en temas de sexualidad y salud sexual y reproductiva, para la población adulta afrodescendiente del Chocó.

Algunos resultados

1. México, Nicaragua, Honduras, República Dominicana, Cuba, Panamá, Perú, Uruguay, Paraguay, Argentina y Chile.

En 1999 el Banco Mundial y la OPS/OMS patrocinaron un estudio de caso sobre la Enseñanza de habilidades para vivir en Colombia, que observó los resultados del trabajo posterior a la validación de la iniciativa en el país. Se mostraron algunos indicios de éxito de la propuesta, por ejemplo que los estudiantes eran más respetuosos entre ellos, los niveles de agresividad en clase disminuían, estaban más dispuestos a compartir, trataban de resolver sus conflictos mediante el diálogo, aprendieron a disculparse y a cuestionar a sus profesores, y las madres y los padres entrevistados informaron que habían observado cambios en la misma dirección en el comportamiento de sus hijos en el seno de la familia (Vásquez Navarrete, 1999).

La evaluación del proceso e impacto de la intervención, realizada en escuelas rurales de cuatro municipios del departamento de Santander (Barichara, Guadalupe, Ocamonte, Vetas) en la implementación del módulo Aprendiendo a manejar mi mundo afectivo con 1461 niños entre 11 y 16 años y 81 docentes, encontró que en la percepción de ambos grupos de participantes se produjeron cambios positivos tanto en docentes como en estudiantes. Se reportaron cambios favorables en la relación docente/estudiante, en la forma en que maestros percibían a los niños, e incluso modificaron sus prácticas docentes cotidianas. Los grupos de estudiantes mostraron cambios favorables en las relaciones entre ellos, en el comportamiento dentro y fuera del aula (menos agresividad, mejor trato, mayor sensibilidad a los problemas de unos y otros), en la expresión de sus sentimientos (manejo de su ira), mayor integración grupal y entre varones y mujeres, disminución del uso de apodos, menos interacciones violentas, mayor participación en clase, y en palabras de los docentes, más disciplina en el aula (Fe y Alegría - Colombia, 2002).

También se han realizado otras evaluaciones de experiencias diversas de implementación de estos módulos en otros municipios y departamentos (Cali, Meta, Risaralda, entre otros) en Colombia y los resultados han sido semejantes tanto en área urbana como rural y en instituciones educativas de distinta composición o estrato social. Es notable la experiencia de la Institución Educativa Departamental General Santander, de Sibaté, Cundinamarca –institución de educación oficial no perteneciente a Fe y Alegría– que gracias a la implementación de la propuesta de HpV pudo lograr cambios muy importantes en la generación de entornos saludables y un impacto favorable a la calidad de la educación, cuyos logros la hi-

cieron merecedora de una mención especial en el Primer Concurso Iberoamericano de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar, en 2007, realizado por la OPS/OMS con el apoyo del Gobierno Vasco.

Investigación de la PUJ

Un estudio de dos años (2005-2007) de la Maestría de Educación de la PUJ, realizado por un equipo multidisciplinario (Acosta et al., 2007), pretendió efectuar una síntesis analítica, basado en la búsqueda correspondiente a los fundamentos conceptuales, las dimensiones y las prácticas pedagógicas del Programa Habilidades para la Vida de Fe y Alegría como referentes para la formación ciudadana, observando también la experiencia de la institución educativa de Sibaté mencionada.

La investigación aplicó una metodología de análisis textual, de la cual emergieron categorías y subcategorías que orientan y fortalecen el propósito de enriquecer una propuesta educativa alternativa, contribuyendo al desarrollo de una ciudadanía activa y generando la construcción de un sujeto político. A partir de la investigación de los referentes epistemológicos para la formación ciudadana del Programa de Habilidades para la Vida de Fe y Alegría, emergieron en su fundamentación, de manera ecléctica, los aportes de diversas teorías sociales, psicológicas, éticas, políticas y pedagógicas desde las cuales se construye una propuesta educativa alternativa tendiente a la formación de un ser integral y con capacidad de agenciar transformaciones en sí mismo y su entorno. El Programa HpV es un proyecto en permanente construcción que abandona posturas, lugares fijos y preestablecidos, a la vez que configura una iniciativa dinámica construida colectivamente y en la cual subyace un gran potencial para la formación ciudadana.

Hallazgos en los aspectos conceptuales. El análisis nota que, teniendo en cuenta las consideraciones de Foucault (Abbagano, 2004), quien refiere lo epistémico al conjunto de pautas conceptuales, inconscientes y anónimas que se encuentran en la base de los conocimientos y las prácticas, se identificaron dos presupuestos básicos: la transformación y construcción social del conocimiento y la materialidad de la utopía cristiana.

Al respecto del primer presupuesto, la propuesta parte de cómo

encontrar, encauzar y orientar una experiencia, una vivencia o un conocimiento nuevo en la estructura sensorial del individuo y se pregunta qué puede suscitar en él, posibilitando procesos de incorporación, entendimiento y traducción en categorías verbales (lenguaje) y existenciales, de todo tipo de mecanismos cognitivos, emocionales, afectivos y morales que las HpV puedan proporcionar y engendrar para su correspondiente asimilación.

Todo lo anterior conlleva una puesta en escena traducida en actos y actitudes concretas, respuestas, producción y reproducción en la realidad específica de cualquier posibilidad e iniciativa que genere procesos reales de transformación. En ese sentido, debe tenerse en cuenta el carácter abierto y flexible del Programa HpV, el cual sirve de espacio viable de creación y construcción de nuevas formas de aprendizaje social y ciudadano, con la correspondiente coherencia, funcionalidad y viabilidad que ello requiere.

En consonancia con ello, la persona transforma su manera de vivir y entender el mundo, y tal circunstancia la conduce a organizar procesos de cambio coherentes. Y es justamente en este punto donde el proceso confluye con uno de los pilares del trabajo del grupo de la Universidad Javeriana: la formación ciudadana. En síntesis, HpV es una propuesta de construcción y transformación de subjetividades a partir de la configuración y transformación de conocimientos para la construcción, reconstrucción y transformación de ciudadanías, haciendo énfasis en la toma de conciencia y el fomento de habilidades al servicio de las relaciones interpersonales y sociales.

Principios de la utopía cristiana. En cuanto a la materialidad de la utopía cristiana, se consideran algunos de los aspectos, prácticas y valores del cristianismo, en tanto han proporcionado el sentido y la razón de un sinnúmero de proyectos que han desbordado las fronteras del tiempo, de la geografía, de las ideologías y de las culturas. Entre estos proyectos se encuentra el Movimiento de Educación Popular Integral y Promoción Social "Fe y Alegría", reconociendo que es en y durante el proceso de endogenización del Programa HpV en las entrañas de esta fundación donde subyace este pilar epistémico, en el contexto del marco de la educación popular como proceso histórico y social que posibilita, a las personas que lo integran, lo viven y lo constituyen, liberar su gran potencial de riqueza interior, intelectual, comunitaria, espiritual y cultural, disponiendo al servicio de las clases populares un horizonte nuevo y claro, donde proyectar

y explicitar cualquier posibilidad de proyecto comunitario de vida como plataforma esencial para la formación ciudadana.

Por lo anterior, la iniciativa de HpV conduce a una verdadera y auténtica revolución en lo atinente a la creación de un nuevo tipo de ciudadanía, cuyas características más evidentes son la autodeterminación, el respeto, la solidaridad, el amor, la justicia y el compromiso. Valores que desde la perspectiva cristiana desbordan y trascienden los planteamientos y los alcances de cualquier teoría o postura pedagógica, cultural y social.

Teorías psicológicas. Por lo demás, y en lo concerniente a las teorías psicológicas rastreadas y su relación, complementación e implicaciones con las HpV en lo que a formación ciudadana se refiere, puede mencionarse, en primer lugar, la teoría del desarrollo de conocimiento social, la cual sugiere que el proceso de entenderse a sí mismo, a los demás y las relaciones humanas, es parte importante del crecimiento durante la juventud y la edad adulta, y que la toma de postura social se mueve de la perspectiva egocéntrica del niño pequeño a una habilidad para entender, predecir y responder a los sentimientos y perspectivas de otros en la adolescencia temprana.

La teoría de desarrollo moral propone que la configuración de valores y normas que una persona utiliza para juzgar y balancear los intereses conflictivos de sí mismo y de los demás procede de una secuencia exactamente igual al desarrollo del conocimiento. En ese sentido, las HpV aumentan la posibilidad de un desarrollo moral que favorezca una transición saludable a la adultez, favoreciendo poderosamente sanas convivencias ciudadanas.

De la teoría de la psicología constructivista se señala que el desarrollo individual, incluyendo las facultades mentales superiores, se construye en las interacciones sociales y el aprendizaje que despierta una serie de procesos de desarrollo internos que solo se ponen en marcha cuando el niño interactúa con personas de su entorno y con sus pares. De la postura humanista de Carl Rogers, la propuesta de Fe y Alegría ha seleccionado su planteamiento de la tendencia actualizante como el impulso que tienen los individuos hacia el crecimiento, la salud y la realización, favoreciendo su conservación y su enriquecimiento; esta premisa ha sido intencionalmente identificada, estimulada e integrada a las herramientas y dispositivos del Programa HpV, para que aquello que beneficie y enriquezca al individuo redunde también en un beneficio consecuente para la sociedad.

De la teoría del aprendizaje social se confirma que existen elementos de aprendizaje no solo en la instrucción que se recibe en un aula, sino también por medio de la observación de todo el entorno existencial. La enseñanza y la vivencia de las HpV requieren copiar los procesos naturales por los cuales se aprenden conductas (modelos, observación, interacción social). Es pertinente señalar que los niños necesitan desarrollar habilidades internas (autocontrol, reducción de estrés, toma de decisiones) que pueden apoyar conductas positivas para sí y para la sociedad.

La teoría de la resiliencia aporta elementos esenciales para la formación ciudadana, pues señala que dicha capacidad atañe a un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano. El programa HpV potencia dicha capacidad en los niños con perfil resiliente (autonomía, control de impulsos y emociones, autoestima elevada, empatía, capacidad de comprensión y análisis de situaciones y cierto grado de competencia cognitiva).

Ética y salud. Desde la fundamentación salud, en primer lugar, pudo constatarse que HpV encierra una sólida fundamentación en este campo, y que en su permanente y propia dinámica esta noción se ha desplazado de lo curativo a lo preventivo y de allí a la promoción de la salud. En las condiciones particulares del país, dicha perspectiva cobra importancia para la promoción de la vida y, por lo tanto, se ha convertido en eje central de la formación ciudadana dentro del programa.

En este mismo eje y como elemento fundamental, pudo reconocerse que en el programa HpV se encuentra de manera transversal un sólido sustento en la ética del autocuidado (o del cuidado), el cuidado del otro y el cuidado del entorno. Por ende, es posible afirmar que en el programa el cuidado de la salud se aborda de una manera más integral, pues abarca aspectos fisiológicos, psicológicos y ambientales. El concepto de vida alude a una vida total, que se ha desplazado de la ética antropocéntrica a una noción de ética biocéntrica.

En efecto, el programa apuesta a la construcción de derechos y deberes civiles y políticos, pero entiende que estos no son posibles si no se cuenta con unos presupuestos mínimos económicos, culturales y sociales. A la par, puede sostenerse que en HpV emerge un vínculo entre la ética del cuidado y su intencionalidad política.

Lo político. Por consiguiente, al rastrear los fundamentos políti-

cos pudo percibirse que la apuesta del programa HpV se centra en el empoderamiento de los sujetos para transformarse a sí mismos y a sus entornos. Empoderamiento establecido desde las relaciones, entendiendo el poder como servicio para la transformación y el agenciamiento del cambio, siendo la educación popular el medio idóneo para agenciar el cambio de las condiciones subjetivas y objetivas, tanto desde lo individual como desde lo colectivo y social.

Otra apuesta de Fe y Alegría implícita en su programa es trascender los derechos políticos, civiles e individuales a un estadio que privilegie los compromisos con la comunidad; a un ciudadano empoderado, capaz de organizarse, protestar y agenciar las transformaciones de sí mismo y de sus contextos.

Componente pedagógico. Desde la fundamentación pedagógica, cabe acotar que, en un primer momento, la propuesta pedagógica privilegia el constructivismo y, específicamente, los planteamientos del constructivismo crítico social. De allí se deriva entonces una mirada crítica sobre lo social y lo comunitario, focalizada en los procesos de interacción y comunicación humana para aportar a la formación de la convivencia centrada en la participación y la acción para la transformación.

Entonces, la propuesta pedagógica de HpV es totalizante y holística, pues aborda aspectos como el desarrollo personal, el rescate del concepto de persona y el privilegio de la autonomía, la libertad, la creatividad y la felicidad del sujeto como educador y educando, y encierra una concepción eminentemente humanista que tiene en cuenta el valor de la persona, la cultura, el saber popular y la vida cotidiana. Cabe destacar que no se desconocen las dimensiones intelectuales y productivas, al ser estas medios e instrumentos que, a su vez, permiten a los estudiantes analizar, controlar y predecir la realidad, valorando la eficiencia, la responsabilidad, la productividad y el rendimiento.

Finalmente, y como se indicó, la propuesta educativa centra su mirada crítica sobre lo social y comunitario; enfatiza en los procesos de interacción y comunicación humana para aportar a la formación de la convivencia centrada en la participación y la acción para la transformación. Se considera que aquí subyace una de las más grandes potencialidades del programa, en tanto le hace diferenciarse de otras propuestas educativas tendientes a buscar el desarrollo de competencias ciudadanas, pues no solo se queda en este lugar, sino que va más allá al propiciar la construcción de un sujeto político y

público.

Por lo anterior, se reconoce en la pedagogía de la educación popular el camino a seguir para que las HpV se constituyan en la base para la construcción de competencias ciudadanas, pero sin agotar la construcción de ciudadanías, y sin pretender ser la única propuesta existente. En ese sentido, debe reconocerse que desde cada lugar social, desde cada espacio comunitario donde el sujeto se desarrolle, tiene la posibilidad de construir ciudadanía como el ámbito de construcción y, sobre todo, de transformación participativa de lo público, y así reconocer que en las diversas subculturas existen ciudadanías a ser tenidas en cuenta sin pretensión de homogeneizar y estandarizar.

Dimensiones y habilidades relacionadas con la formación ciudadana

Al respecto de las HpV y sus aportes para la formación ciudadana, el programa considera que el sujeto se construye de manera continua, dependiendo del contexto o de las diferentes situaciones que surgen del colectivo. De igual manera, el colectivo evoluciona gracias al desarrollo de cada individuo, pues cada sujeto crece con sus propios saberes y experiencias y, a la vez, se beneficia de los aportes del colectivo.

Todo lo anterior se establece gracias a la conjugación de las diferentes habilidades adquiridas por el sujeto durante su desarrollo. Hay aquí un movimiento de doble vía en tanto la persona acciona a favor del colectivo y, al tiempo, el colectivo reconoce las acciones de esta mediante su participación; se configura así un ciudadano participativo y consciente del cuidado propio y de los demás. Es por ello que el programa HpV identifica aspectos relevantes: el sujeto, el grupo, el colectivo y el contexto. De esta manera el programa evoluciona y se torna maleable a las situaciones que dependen del contexto y de la problemática de un grupo, generando un sujeto político que acciona a través de sus habilidades mientras propicia su satisfacción personal y el desarrollo de su mismo colectivo.

Por lo demás, se reconoce que el manejo de una habilidad sirve de soporte o apoyo para el desarrollo de otras habilidades. Es decir, al considerar a un sujeto de manera singular, puede identificárselo como alguien que se reconoce a sí mismo y que, por lo tanto, identifica sus debilidades y destrezas para el manejo de eventuales situa-

ciones en el rol que desempeña dentro del colectivo. Por tal razón, al lograr el desarrollo de esta habilidad, se espera que la persona pueda manejar su mundo afectivo y, asimismo, tomar sus propias decisiones orientadas a favorecer los intereses del grupo. Con lo anterior quiere señalarse que el manejo de las habilidades depende de un crecimiento individual por parte de un sujeto orientado hacia su colectivo y, a la vez, depende de los retos que el colectivo presente al sujeto a través de las problemáticas, los conflictos o los beneficios que puedan darse en el contexto en donde este se desenvuelva, llámese hogar, escuela o ciudad. Lo anterior establece una intencionalidad que apoya mutuamente el desarrollo de las dos dimensiones encontradas en la investigación: la ética del cuidado y la convivencia política y ciudadana.

Teniendo en cuenta lo anterior, puede establecerse que la ética del cuidado está presente dentro del programa de manera transversal en cada habilidad, ya que se adelanta a partir del crecimiento individual, pero abocado a mantener su desarrollo y desenvolvimiento a través de la relación con el otro. En otras palabras, no se puede formar a un individuo en una determinada habilidad si no se reconoce a sí mismo desde su autocuidado, fortaleciendo su autoestima y amor propio, para luego identificar en el otro los aportes que hace a su propio crecimiento a través de los saberes y experiencias ajenas. Es decir, colocarse en los zapatos del otro, generando comunicación, respeto y solidaridad para con otras posiciones o pensamientos. De tal manera, desde la ética del cuidado se construye un ciudadano involucrado en la construcción de lo público a partir de procesos democráticos, procesos que necesitan de un colectivo.

En consecuencia, la segunda dimensión reconocida en el análisis atañe a la convivencia política y ciudadana. Esta permite que el sujeto se identifique con los intereses del colectivo al tiempo que favorece su participación dentro de este, ya que se respetan las posiciones y pensamientos propios sobre las acciones y decisiones del grupo. Se configura así un cuidado del colectivo hacia el sujeto. Es decir, la convivencia política permite el crecimiento y transformación del individuo dentro de la comunidad, proporcionándole seguridad y cuidado dentro del grupo, y constituyendo una verdadera cultura democrática y participativa. Lo anterior refuerza la idea de que las dos dimensiones poseen una correlación directa y transversal, haciendo resaltar una acción de causalidad donde se ve reflejada una evolución del mismo individuo, en tanto permite obtener una finalidad continua con respecto a la formación ciudadana.

Ahora bien, hasta el momento se ha señalado que el programa ha evolucionado, que es dinámico y se acopla a las situaciones generadas por el contexto, por el mismo sujeto y las problemáticas que posee en el colectivo. Asimismo, se ha reconocido que las dos dimensiones (la ética del cuidado y la convivencia política y ciudadana) poseen una correlación y que aportan de forma directa a la formación ciudadana.

Lo anterior plantea unas claras diferencias entre el programa HpV y la propuesta del MEN de Colombia, en cuanto a sus aportes para la formación en ciudadanía. Mientras el programa HpV propende por el desarrollo de un sujeto consciente de sí y del otro, lo cual en esencia se verá reflejado en una ciudadanía activa mediante su participación dentro de un colectivo, la propuesta del MEN, al parecer, apunta al desarrollo de un sujeto individual preocupado por la convivencia con los demás, pero que no evoluciona hacia una acción participativa en beneficio del colectivo. En otras palabras, no desarrolla un sujeto político.

Por otro lado, mientras el programa HpV se acomoda a los diferentes contextos, situaciones y problemáticas, permitiendo una constante evolución y una permanente construcción de la persona, la propuesta del MEN se muestra estática y fija unos parámetros de convivencia sin tener en cuenta la propia historia, los saberes del sujeto y los intereses del colectivo. En consecuencia llama la atención que el programa HpV se actualiza constantemente y permite la construcción de diferentes ciudadanías, las cuales dependen del sujeto, del contexto y las diversas problemáticas presentes en la sociedad colombiana.

Prácticas pedagógicas: un aporte para la formación ciudadana

A partir del análisis de las prácticas pedagógicas del Programa Habilidades para la Vida de Fe y Alegría - Colombia, se considera que este se constituye en un referente obligado al abordar procesos educativos cuya finalidad sea desarrollar y fortalecer la formación ciudadana de los estudiantes o participantes.

Se destaca la potencia de las prácticas pedagógicas del mencionado programa, en tanto materializan la transformación de los actores y sus contextos en la búsqueda del bien común. Esta práctica educativa transformadora se reconoce en la educación popular

como un proceso de cambio del individuo, de su entorno y su comunidad, atendiendo al llamado hecho por Freire (1998) en cuanto dicha transformación solo cobra sentido en la medida en que contribuye a la humanización del hombre. Y aquí se reitera que tales cambios pueden evidenciarse en los actores y contextos cuando se ven influidos por el programa HpV y, específicamente, por la ruta metodológica propuesta en este.

En el nivel metodológico y didáctico, el programa se apoya en propuestas que han incorporado de la educación popular, como el diálogo de saberes y la negociación cultural, donde, por medio del aprendizaje vivencial, a los estudiantes se les posibilita practicar y desarrollar las diferentes habilidades a partir de sus necesidades e intereses de su contexto, familia, escuela, barrio, grupo de amigos y experiencias de su vida cotidiana.

Se destaca la importancia que tiene la práctica de conocimientos, actitudes, valores y destrezas, pues permiten al estudiante aplicar ese nuevo aprendizaje en escenarios de su entorno, posibilitando la identificación de intereses, motivaciones, situaciones de riesgo y problemáticas presentes, con la finalidad de proponer y aplicar soluciones que respondan a sus necesidades.

De esta manera se propicia la interacción con otras formas diferentes de sentir, pensar, concebir, comprender e interpretar la realidad de su entorno social, en el cual el estudiante negocia, reconforma y configura su conocimiento al tiempo que participa activamente en la construcción colectiva.

En consecuencia, el proceso educativo devenido en el programa HpV se constituye en un elemento que potencia la formación de sujetos participativos, democráticos, solidarios, responsables y comprometidos con la solución de problemáticas de su entorno, al favorecer escenarios donde puedan ejercitar, vivenciar y practicar de una manera integral el aprendizaje de las habilidades que fortalecen la formación de un sujeto que ejerza sus deberes y derechos ciudadanos.

Por lo tanto, el aporte de las prácticas pedagógicas de la propuesta de HpV concuerda plenamente con lo planteado por Magendzo cuando afirma:

> Una escuela formadora de ciudadanos es una institución que educa no solo desde su currículo explícito sino desde su currículo oculto, es decir desde la cultura escolar; no basta la transmisión de un discurso ciudadano sino que hay necesidad de una vivencia ciudadana al interior de las instituciones educativas (Magendzo, 2004: 186).

Lo anterior se evidencia en tanto el programa HpV permite que

los estudiantes, a partir de las necesidades e intereses de su contexto, puedan ejercitar, vivenciar y practicar los conocimientos, destrezas, valores y actitudes de las habilidades en diferentes espacios como la escuela, la familia y la comunidad. Por ende, se propicia en ellos un empoderamiento que los lleva a generar cambios, tanto de sí mismos como de su entorno, tendientes a buscar el bien común. Tales cambios solo son posibles en cuanto las relaciones entre facilitador/estudiante y el clima en el interior de la escuela y la familia también se transformen a partir de la apuesta del programa HpV, permitiendo que se refuerce la formación de niños y jóvenes desde la cultura escolar y que proyecten estas acciones a otros espacios de la comunidad y la sociedad.

En efecto, al motivar la aplicación de las habilidades más allá del aula de clase, el estudiante promueve permanentemente mejores formas de ser y convivir, vivenciando los valores propuestos por el programa como la defensa de la vida; la construcción de solidaridad; el respeto por la diversidad y la diferencia; la equidad de género; la responsabilidad consigo mismo, con los demás y con el entorno ambiental y cultural; y la construcción participativa de la equidad y del bien común con sentido de justicia.

Es pertinente mencionar que las prácticas pedagógicas del programa HpV aportan significativamente a los procesos de formación ciudadana y a la propuesta del MEN, cobrando especial relevancia en el contexto colombiano, atravesado por la violencia, la corrupción, la desigualdad social, la pobreza y la violación de los derechos humanos. Tal señalamiento se hace a la luz de una consideración derivada de todo el análisis y atañe a mirar el programa HpV como una propuesta que forma para el ejercicio de la ciudadanía, y a las personas no como sujetos pasivos que con su buen comportamiento y cumplimiento de las normas se adapten a la sociedad, sino de sujetos que ejerzan una ciudadanía activa, crítica, reflexiva, indagadora y transformadora, que conduzca a la construcción de una sociedad justa, equitativa, incluyente, solidaria y defensora de los derechos humanos y colectivos.

Bibliografía

Abbagano, I. (2004): Diccionario de filosofía, México, Fondo de Cultura Económica.

Acosta D., Garzón, G., Gómez, E., Guzmán, P., Guzmán, C., Hernández, O., Pinto, Z., Ramírez, C. y Rojas, P. (2007): Trabajo de grado: el Programa Habilidades para la Vida de Fe y Alegría: un referente para la forma-

ción ciudadana, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Educación, Maestría en Educación, Línea de Investigación para el Conocimiento Social y Político.

Bravo, A. y Ruiz, V. (2005): Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para convivir mejor, segunda parte, Bogotá, Fe y Alegría de Colombia y Ayuntamiento de Madrid.

Bravo, A., Ruiz, V. y Mantilla, L. (2003): Habilidades para la Vida. Una propuesta educativa para convivir mejor, Bogotá, Fe y Alegría de Colombia y Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH.

Fe y Alegría - Colombia (2002): Informe final para la Secretaría Departamental de Salud de Santander, del proyecto "Fortalecimiento de los estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades y problemas psicosociales en una población de niños, niñas y jóvenes escolarizados, pertenecientes a 25 Escuelas Saludables en el Departamento de Santander a través de la educación en Habilidades para la Vida", inédito.

Fe y Alegría – Federación Internacional (1985): Movimiento de Educación Popular Integral y Promoción Social. Ideario Internacional de Fe y Alegría, XV y XVI Congresos Internacionales, Mérida y San Salvador.

— (2004): Programa Internacional de Formación de Educadores Populares. La identidad de Fe y Alegría, Caracas, Fundación Santa María – Fe y Alegría.

Foucault, M. (1996): "Les mots et les choses", tomado de Abbagano, I. (2004).

Freire, P. (1998): La educación como práctica de libertad, Bogotá, Siglo XXI.

Magendzo, A. (2004): Formación ciudadana, Bogotá, Cooperativa Editorial Magisterio.

MEN (2004): Formar para la ciudadanía… ¡Sí es posible! Lo que necesitamos saber y saber hacer, Serie Guías # 6, Bogotá, MEN/IPSA.

OMS (1993): División de Salud Mental. Enseñanza en los colegios de las Habilidades para Vivir, traducción de Leonardo Mantilla Castellanos del documento Life Skills Education in Schools.

— (1999): Life Skills Education in Schools, en WHO/ MNH/ PSF/ 93.7 A. Rev. 2, Ginebra.

OPS/OMS (2001): División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Familiar y Población - Unidad Técnica de Adolescencia. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, Washington DC, OPS/OMS.

— (2003): Unidad de Espacios Saludables – Área de Desarrollo Sostenible

y Salud Ambiental. Escuelas Promotoras de Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, Washington DC, OPS/OMS.

PRELAC (2002): Informe final. Primera Reunión del Proyecto Regional de Educación para América latina y el Caribe, La Habana, Cuba, 14-16 de noviembre.

— (2007): Informe final. Segunda Reunión de Ministros del Comité Intergubernamental del Proyecto Regional de Educación para América Latina y el Caribe, Buenos Aires, Argentina, 29 y 30 de marzo, ED-2007/PRELAC II (original: español).

UNESCO (1990): World Declaration on Education for All. Meeting Basic Needs, adoptado por la World Conference on Education for All, Meeting Basic Needs, Jomtien, Tailandia, 5-9 de marzo.

— (1996): La educación encierra un tesoro, Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, presidida por Jacques Delors, Santillana / UNESCO.

— (2000): Informe final. Foro Mundial Sobre la Educación, Dakar, Senegal, del 26 al 28 de abril, París.

Vásquez Navarrete, M.L. (1999): Enseñanza de habilidades para vivir en Colombia: estudio de caso. En el marco del Estudio Regional sobre Salud Escolar y Nutrición en América Latina y el Caribe, Banco Mundial y OPS, inédito.

CAPÍTULO 4

El desarrollo de escuelas promotoras de la salud. La experiencia del Programa Mundial de Alimentos en Asia y África[1]

Leo Nederveen, Salha Hadjivayanis Hamdani,
Elizabeth Aliaga Huidobro y Ute Meir

Introducción

El PMA es el organismo de asistencia alimentaria del sistema de las Naciones Unidas. Las políticas bajo las que se rige el empleo de la asistencia alimentaria del PMA se orientan a reducir la dependencia y apoyar esfuerzos globales y de los gobiernos hacia soluciones permanentes para erradicar el hambre (PMA, 1994; World Food Program [WFP], 2008).

La población más pobre, permanentemente o durante los períodos de crisis, no está en condiciones de producir alimentos suficientes o no cuenta con los recursos para obtener los alimentos que ellos y sus familias necesitan para llevar una vida activa y sana, por lo que se requieren intervenciones precisas destinadas a mejorar sus condiciones de vida. Por lo tanto, el objetivo final de la ayuda alimentaria es la eliminación de su propia necesidad.

El PMA tiene carácter multilateral. Trabaja prácticamente en todas las partes del mundo, independientemente de la línea política de los gobiernos, y actúa, en muchas ocasiones, como intermediario neutral. El PMA presta servicios tales como asesoramiento, apoyo logístico e información y respaldo a los países para el establecimiento y gestión de sus propios programas de ayuda alimentaria.

El propósito del PMA para 2008-2011 es contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a través de una serie

1. Las opiniones en este artículo son de responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el criterio ni las políticas del PMA.

2. Debido a su naturaleza amplia, no se incluyeron las intervenciones "Apoyo

de herramientas para responder a necesidades críticas de hambre (WFP, 2008), enfocándose en cinco objetivos estratégicos:

- Salvar vidas y proteger los medios de subsistencia en las emergencias.
- Prevenir el hambre aguda e invertir en medidas de preparación para casos de catástrofe y de mitigación de sus efectos.
- Reconstruir las comunidades y restablecer los medios de subsistencia después de un conflicto o una catástrofe o en situaciones de transición.
- Reducir el hambre crónica y la desnutrición, y fortalecer la capacidad de los países para reducir el hambre, en especial mediante estrategias de traspaso de responsabilidades y compras locales.

La alimentación escolar

Es un hecho que la educación ejerce una profunda influencia en los ingresos, la condición de empleo y las condiciones de vida en la edad adulta. Por lo tanto, eliminar las numerosas barreras a la consecución de la educación primaria es una parte fundamental de la acción sobre los determinantes sociales de la salud, según postula la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) (CSDH, 2008).

La CSDH, creada en el 2005 por la OMS y compuesta por anteriores jefes de Estado, ministros, políticos, líderes de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales (ONG), el sector académico y la sociedad civil, tiene como objetivo proponer soluciones basadas en la evidencia para lograr la equidad en salud, considerando que la amplia mayoría de las desigualdades en materia de salud son evitables y, por ende, injustas. La disminución de estas desigualdades no depende de las soluciones técnicas dentro del sector de la salud, sino de una real atención a las causas sociales subyacentes.

La alimentación escolar contribuye a reducir las inequidades, al influir directamente en varios determinantes sociales, entre ellos la educación, el ingreso, la equidad de género, la inclusión social y la seguridad alimentaria y nutricional.

Invertir en la educación básica es una de las maneras más eficaces de mejorar las economías y crear sociedades alfabetizadas,

autosuficientes y sanas. La educación ayuda a romper el ciclo de la pobreza. Ciertos estudios han demostrado que una joven que ha recibido educación contrae matrimonio más tarde, tiene menos hijos y los tiene más distanciados. A su vez, es mucho más probable que los padres instruidos manden a sus hijos a la escuela (WFP, 2006).

Según el Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo (UNESCO, 2008), existen 75 millones de niños en edad de cursar enseñanza primaria que no van a la escuela, de los cuales 55% son niñas. Casi la mitad de ellos viven en el África subsahariana. De los niños que comienzan sus estudios en la escuela, muchos los abandonan antes de completar los cinco años de escolarización necesarios para lograr una alfabetización básica.

Por otra parte, cuando los escolares no están bien de salud o no se nutren adecuadamente, tienen un menor rendimiento y mayores probabilidades de repetir el año y de abandonar la escuela. Incluso, el hambre transitoria, que es una característica común de los niños que no comen antes de ir a la escuela, puede tener efectos adversos en el aprendizaje. A los niños que tienen hambre les resulta más difícil concentrarse y realizar tareas complejas, aun cuando estén bien nutridos (WFP, 2007a).

El PMA utiliza la ayuda alimentaria como estrategia para promover la educación básica, particularmente para niñas, en zonas con inseguridad alimentaria y con las mayores brechas educativas. El componente de mayor peso en esta esfera es el Programa de Alimentación Escolar. Mediante otros programas se promueve la alfabetización de adultos y la educación preescolar (WFP, 2006).

Los principales objetivos de la alimentación escolar son:

- Aumentar las tasas de matriculación y asistencia escolar, especialmente para niñas a fin de reducir la brecha de género.
- Mejorar la concentración y capacidades de aprendizaje al reducir el hambre inmediata.

Muchos programas incluyen también objetivos nutricionales, particularmente para mejorar el estado de micronutrientes de los escolares, utilizando alimentos fortificados. Últimamente el papel de los programas de alimentación escolar en asegurar una protección social para los más vulnerables está teniendo un interés creciente. Una red de protección social ayuda a la población vulnerable a enfrentar los diversos riesgos que se presentan en una sociedad,

facilitando la protección de sus miembros.

En este sentido, los programas de alimentación escolar contribuyen directamente al logro de los primeros tres ODM: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer.

Las comidas escolares y las raciones para llevar a casa constituyen las principales modalidades de la alimentación escolar. Las comidas escolares atraen a los niños a la escuela, los nutren y los ayuda a concentrarse, a aprender mejor y rendir más.

En 2007 el PMA proporcionó comidas escolares a unos 20 millones de niños en 70 países. Durante las últimas cuatro décadas, 28 países se han hecho cargo de los programas de alimentación escolar y muchos la proveen ahora por cuenta propia (WFP, 2007a).

Adicionalmente, en 2005 más de 3,8 millones de niños vulnerables recibieron raciones para llevar a casa; la mayoría, 2,8 millones, eran niñas (WFP, 2006). El costo promedio de los programas de alimentación escolar del PMA es de 25 centavos de dólar por niño/niña por día, aunque este valor varía entre los diferentes programas.

Las raciones para llevar a casa son, a menudo, implementadas para promover la educación de las muchachas, en los casos en que creencias culturales o razones económicas desalientan a los padres a mandar a sus hijas a la escuela. El programa suministra raciones de alimentos suficientes para un mes a los padres de las niñas que se matriculan y asisten a clases con regularidad. La presión ejercida por factores tales como la pobreza y la necesidad de ganarse la vida, el tener que cuidar a los hermanos más pequeños, o bien el hecho de que los ancianos o los padres sufran los efectos del VIH/sida, pueden hacer que los niños y niñas no asistan a la escuela.

Además de los objetivos educativos y nutricionales, los programas de alimentación escolar contribuyen a otros procesos de desarrollo. Cuando los alimentos se compran en el lugar promueven el desarrollo sostenible, ofreciendo el acceso a un mercado confiable para pequeños productores. Asimismo, los programas de alimentación escolar son una plataforma importante para el desarrollo de programas de salud escolar y un incentivo importante a fin de facilitar la participación comunitaria y la creación de alianzas entre profesores y padres y madres de familia.

La participación comunitaria apoya el desarrollo de actividades complementarias y favorece la sostenibilidad del programa. Encuestas del PMA en 19 países mostraron que 72% de los padres contribuían económicamente o con donaciones en especie a los

programas de alimentación escolar.

En países afectados por una emergencia o recuperándose de ella, la alimentación escolar provee un sentido de protección y normalidad en niños escolares y les da la oportunidad de continuar sus estudios a pesar de la crisis vivida.

Beneficios e impacto de la alimentación escolar

Desde 2001 el PMA implementa encuestas estandarizadas sobre la alimentación escolar para evaluar su desarrollo, compilar datos y difundir información sobre su impacto y costo/beneficio. El análisis de datos recolectados durante las encuestas de 2001 a 2005 en 32 países del África subsahariana muestra que el aumento de la matrícula en las escuelas con alimentación escolar era de 28% para niñas y de 22% para niños durante el primer año del programa, mientras la matrícula absoluta en escuelas todavía no intervenidas por el PMA aumentó en un 14%. Si, además de la alimentación ofrecida en la escuela, el programa incluía raciones para llevar a casa para las niñas, la matrícula de estas aumentó en un 30% (WFP, 2007b).

Encuestas del PMA realizadas en 12 países, en 2006, muestran que la matrícula absoluta de niños en escuelas asistidas aumentó paulatinamente, y la asistencia era de alrededor del 90% durante los dos meses de la conducción de la encuesta. Los profesores en un 88% de las escuelas asistidas observaron mejoras en el comportamiento dentro del aula y encontraron cambios positivos con respecto a la concentración y el aprendizaje luego de la introducción de las comidas escolares (PMA, 2007).

Kristjansson et al. (2007), en una revisión sistemática de 18 estudios de investigación, encontraron que en las escuelas con programas de alimentación escolar en países en vía de desarrollo había un aumento en la asistencia de cuatro a seis días adicionales al año en comparación con el grupo control. Asimismo encontraron efectos positivos y estadísticamente significativos sobre las destrezas matemáticas de los escolares. En una revisión posterior de los mecanismos a través de los cuales la alimentación escolar funciona, encontraron como factores determinantes del éxito del programa la selección de escuelas con niños con deficiencias nutricionales marcadas, la participación de la comunidad en el diseño del programa y el desarrollo de una experiencia piloto antes de la implementación del programa (Greenhalgh et al., 2007).

EPS y el paquete esencial de servicios

Los programas de alimentación escolar, implementados en el contexto de áreas de inseguridad alimentaria y bajas tasas de matriculación, son importantes, pero no bastan por sí solos para sostener la educación. Para ello se requieren otras acciones, como reformas educativas y curriculares, formación y capacitación de profesores y provisión de materiales escolares. Asimismo, se necesitan intervenciones para mejorar la nutrición y la salud de los escolares.

Los principales problemas nutricionales en niños en edad escolar incluyen la desnutrición crónica (retraso en talla), la anemia, la deficiencia de yodo y de vitamina A. En países que se encuentran en el proceso de la transición nutricional, también el sobrepeso y la obesidad. Los principales problemas de salud son la malaria, las infecciones parasitarias, la diarrea, las infecciones respiratorias y los efectos directos e indirectos del VIH/sida (Drake et al., 2002).

Con el fin de contribuir a mejorar la situación de salud de los escolares, en 2002 el PMA estableció una asociación de colaboración con UNICEF, que consta de un conjunto integrado de intervenciones eficaces en función de los costos tendientes a mejorar el estado nutricional y la salud de los escolares; basado en el marco conceptual de la iniciativa Focusing Resources on Effective School Health (FRESH), suscripta entre la OMS, el Banco Mundial, la UNESCO y UNICEF, y lanzado en el Foro Mundial de Educación de Dakar, Senegal (UNESCO et al., 2000). Esto, con el objetivo de fortalecer y dar un marco común a las diferentes iniciativas en salud escolar promovidas por las agencias firmantes, como las EPS, promovidas por la OMS y las Escuelas Amigas de UNICEF, entre otras. Otras instituciones que apoyan el FRESH son Education International, el PMA, el Partnership for Child Development y el Education Development Center.

El marco conceptual del FRESH tiene cuatro componentes básicos, que deben incluirse simultáneamente en todas las escuelas:

- Políticas escolares relacionadas con la salud.
- Agua segura y saneamiento.
- Educación para la salud con enfoque de HpV.
- Acceso a los servicios de salud y nutrición.

El paquete esencial de servicios, promovido por el PMA y UNICEF, comprende 12 intervenciones y corresponde a las prioridades y al mandato de los programas del PMA y UNICEF (WFP y UNICEF, 2002):

1. Apoyo a la educación básica.
2. Alimentos para la educación.
3. Promoción de la educación de las niñas.
4. Agua potable y letrinas sanitarias.
5. Educación en materia de salud, nutrición e higiene.
6. Desparasitación sistemática.
7. Suplementación con micronutrientes.
8. Educación en materia de VIH y sida.
9. Apoyo psicosocial.
10. Prevención del paludismo.
11. Huertos escolares.
12. Cocinas mejoradas.

En 2005 se firmó un nuevo memorando de entendimiento entre el PMA y el UNICEF (UNICEF y WFP, 2005) que incluye tres áreas de colaboración: VIH/sida, nutrición y educación. El área de educación da seguimiento a la iniciativa FRESH y a la iniciativa de las Naciones Unidas para promover la educación de las niñas e incluye las actividades del paquete esencial. De ser posible, UNICEF y el PMA apoyan escuelas en las mismas áreas geográficas, aprovechando la sinergia de sus recursos y actividades complementarias.

Aunque todas las actividades del paquete esencial son importantes, se considera que algunas de sus intervenciones son de mayor relevancia y competencia del PMA y más factibles de incorporar en las actividades de alimentación escolar. Particularmente, la suplementación con micronutrientes, la desparasitación y las cocinas mejoradas. El costo de estas tres actividades se estima en 4 dólares por niño por año, mientras que el costo de todas las actividades del paquete esencial asciende a 16 dólares por niño por año (WFP 2007b).[2] La educación en materia de salud, nutrición e higiene también se considera muy relevante como estrategia transversal de todas las otras del paquete esencial.

A escala de los países, los elementos del paquete esencial pueden ser modificados de acuerdo con el contexto local, los problemas principales de salud y nutrición escolar y las políticas en educación y

salud de los gobiernos.

En 35 países, UNICEF y las oficinas del PMA han firmado cartas de entendimiento relativas a la programación conjunta PMA-UNICEF y su aplicación en las escuelas. Mientras que, en otros, UNICEF y el PMA han preparado propuestas conjuntas de proyectos destinados a captar fondos para apoyar su ejecución. En países como Eritrea, Ghana, Kenia, Malaui, Madagascar, Senegal y Zambia, la alianza ha sido exitosa a través del Marco de Asistencia para el Desarrollo de las Naciones Unidas, en asociación con otros organismos, como la OMS, la Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) o el Banco Mundial, la cooperación bilateral, ONG internacionales y el sector privado.

En Zambia, el PMA apoyó al Programa de Salud y Nutrición Escolar con el desarrollo y difusión de materiales educativos sobre salud, higiene, nutrición y sida, campañas de desparasitación, instalación de cocinas mejoradas, construcción de aulas y generación de capacidades en gestión del programa (WFP, 2008).

La colaboración entre el PMA y UNICEF, a través del paquete esencial ha resultado también en el desarrollo de estrategias regionales, como la Alianza del Sahel para la Acción en Salud y Nutrición Escolar, firmado en Dakar en septiembre de 2003, aunque la falta de recursos haya impedido mayores progresos en su implementación.

Asimismo, se ha definido una estrategia regional para la instrumentación de las intervenciones del paquete esencial en los países del sur de África, incluyendo Angola, Botsuana, Lesoto, Malaui, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Suazilandia, Zambia y Zimbabue, que comparten características similares, como un clima inestable, malas cosechas, bajas reservas alimentarias y una alta prevalencia de VIH/sida (UNICEF, 2005).

Resultados principales

A continuación se describen las intervenciones del paquete básico con mayor participación del PMA y con ejemplos concretos de su implementación en diferentes países.

a la educación básica", "Alimentos para la educación" y "Promoción de la educación de las niñas en este cálculo".

3. Enfermedad que se extiende a través de varios países y continentes, traspasa todas las fronteras, supera el número de casos esperados y persiste en el

Educación en materia de salud, nutrición e higiene. Los programas de alimentación escolar no solo representan una necesidad, sino que también ofrecen una excelente oportunidad para la educación en materia de salud, nutrición e higiene. Los docentes aprovechan el programa de alimentación escolar para impartir mensajes sobre temas como el lavado de manos, la higiene alimentaria y el valor nutricional de los alimentos. Algunos países también han elaborado estrategias y materiales educativo-comunicacionales en materia de salud y nutrición.

La meta, además de la transmisión de información sobre prácticas básicas de higiene y un mayor conocimiento de los escolares sobre temas nutricionales, es el desarrollo de HpV y un cambio en las conductas. Una de las iniciativas más importantes del PMA para mejorar la educación y comunicación en salud se concretó mediante una asociación pública privada con la multinacional Unilever. El objetivo principal es mejorar la salud y la nutrición de niños en edad escolar y uno de sus objetivos específicos es la educación en salud, nutrición e higiene para favorecer el cambio de comportamientos en estudiantes, profesores y comunidad. Los primeros países que se están beneficiando de esta asociación son Kenia, Indonesia, Colombia y Ghana (WFP y Unilever, 2007).

Se pretende vincular la experiencia de Unilever en estudios de comportamiento de consumidores, técnicas de venta y campañas de lavado de manos con la experiencia del PMA en proyectos de alimentación escolar y desarrollo comunitario, a fin de implementar estrategias de mercadeo social en temas como el lavado de manos o la alimentación balanceada. Asimismo, se desea promover no solo cambios en las conductas de los escolares, sino también en los padres de familia y la comunidad en general, basándose en herramientas como las del enfoque Niño-a-Niño (Hawes, 1997). Como parte de las actividades, se está realizando un inventario de experiencias exitosas de intervenciones en educación y comunicación para la salud dirigidas a la población escolar.

Asimismo, en Kenia e Indonesia se están implementando experiencias piloto de campañas educativas y de comunicación, con base en la planificación estratégica de comunicación educativa (AED, 2005; MS del Perú, Programa de Salud y Nutrición Básica, 2002; Aliaga Huidobro, 2007). El proceso de desarrollo incluye:

- El diagnóstico, para lo cual se realizan estudios de conoci-

mientos, actitudes y prácticas.
- La elaboración de la estrategia, involucrando a todos los actores e incluyendo la definición del comportamiento factible, la segmentación de las audiencias, los mensajes y la mezcla de medios.
- La intervención, usando medios masivos, interpersonales, comunitarios y de apoyo.
- El monitoreo y la evaluación.

Asimismo, se está apoyando en Colombia una iniciativa pedagógica, a través de la cual los docentes realizan proyectos alimentarios y nutricionales en sus respectivas escuelas. El objetivo final es sistematizar la experiencia y definir un menú de opciones de intervenciones costo/beneficio y factibles de aplicar en el marco de los programas de alimentación escolar. Los países pueden adecuar estas opciones de acuerdo con su contexto específico.

Desparasitación sistemática. Se estima que unos 400 millones de niños en edad escolar son afectados por gusanos transmitidos por el suelo o por esquistosomiasis (bilharzia) (WFP, 2007a). Estas infecciones parasitarias alcanzan su mayor intensidad entre los 5 y los 14 años de edad y representan el 12% de la carga de enfermedad en escolares. Las infecciones parasitarias contribuyen a la malnutrición a través de falta de apetito, mala absorción de nutrientes y anemia por pérdidas de sangre. Además afectan el desarrollo intelectual y reducen el presentismo escolar (Drake et al., 2002).

El fomento de un ambiente más saludable y la educación sanitaria son las mejores estrategias a mediano y largo plazo. A corto plazo, la aplicación regular de antiparasitarios reduce significativamente el número de las infecciones graves y ayuda a controlar la morbilidad a un costo muy bajo.

El PMA colabora con la OMS y UNICEF en la aplicación de tratamientos antiparasitarios y la educación sanitaria en las escuelas que reciben asistencia del PMA. La OMS provee asistencia técnica y UNICEF provee medicamentos y apoya en la construcción de letrinas para niños y niñas. En África, se han realizado cuatro talleres regionales con el apoyo de la OMS, el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional y el Banco Mundial, en los cuales se capacitaron a más de 100 oficiales de gobierno de 36 países y 4700 supervisores y profesores en planificar y poner en práctica campañas de despa-

rasitación.

Entre 2002 y 2007, un total de 40 países asistidos por el PMA han realizado campañas de desparasitación. En 2005 el PMA apoyó la desparasitación de 11 millones de escolares (WFP, 2007a); en 2006, 12,4 millones, y en 2007, 10,4 millones. La meta del PMA es ampliar las actividades antiparasitarias a todos sus programas de alimentación escolar en los lugares en que los parásitos intestinales constituyen un problema grave.

Suplementación con micronutrientes. Se estima que 210 millones de niños en edad escolar padecen anemia ferropénica, 85 millones tienen deficiencia de vitamina A y 60 millones deficiencia de yodo. Las deficiencias de micronutrientes por lo general se presentan en combinación y pueden tener un impacto negativo en el crecimiento, la resistencia a las infecciones, el desarrollo mental y la capacidad de aprendizaje (Drake et al., 2002).

Dentro de sus programas de alimentación escolar, el PMA procura suministrar alimentos fortificados con micronutrientes, y como norma se requiere que el aceite esté fortificado con vitamina A y D, y la sal con yodo. Asimismo, las mezclas de harina o las galletas son fortificadas.

Estudios de impacto del uso de galletas fortificadas en tres estados de la India encontraron reducciones importantes en la anemia en los tres estados y reducciones de la deficiencia de vitamina A en dos estados. En Indonesia se encontró una reducción de anemia del 26% al 10% como resultado de las galletas fortificados (Gelli et al., 2006).

Donde no es económica o logísticamente factible suministrar alimentos fortificados, una alternativa para mejorar el contenido de la alimentación es el uso de mezclas múltiples de micronutrientes, que contienen hierro microencapsulado y otros micronutrientes esenciales que pueden espolvorearse directamente en la comida. Con el apoyo de la compañía farmacéutica DSM, se implementaron proyectos piloto en Camboya y en Tanzania para evaluar la aceptabilidad y factibilidad operacional. Otros colaboradores han sido Kampuchean Action for Primary Education, Visión Mundial, Sight & Life y la Fundación Helen Keller. Los proyectos incluyen actividades de sensibilización y orientación a las escuelas y comunidades, educación nutricional, distribución de mezclas múltiples de micronutrientes y monitoreo y evaluación.

En términos generales, se encontró una aceptación por encima de 90% en profesores, escolares y padres de familia, y no se presen-

taron problemas mayores en términos de transporte, distribución y almacenamiento. Actualmente el PMA evalúa la posibilidad de implementar la experiencia con el uso de las mezclas múltiples de micronutrientes a una escala mayor (Hamdani, 2008).

Educación en materia de VIH y sida. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) constituye una fuerte amenaza para el desarrollo de muchos países y es un factor que genera pobreza. Según datos de 2007, se estima que en el mundo viven 33,2 millones de personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2007). Las principales causas de contagio del VIH/sida siguen siendo las relaciones sexuales heterosexuales y homosexuales sin protección, y también el consumo generalizado de drogas intravenosas.

Ejercer un efectivo control a largo plazo de la pandemia[3] del VIH/sida solo es posible si el problema es reconocido en todos los niveles sociales y políticos y si todas las fuerzas y sistemas disponibles, incluidos los educativos, son usados sinérgicamente. Por lo tanto, los sistemas educativos deben desempeñar una función esencial para revertir la pandemia que también los amenaza. La conciencia del VIH/sida y la prevención mediante la educación para promover la salud y evitar las enfermedades, proporcionando los conocimientos, las aptitudes y los medios para fomentar y sostener el comportamiento, reducen los riesgos de contagio y disminuyen el impacto de la enfermedad (WFP, 2002).

Es más probable que la educación sexual y reproductiva sea más eficaz si empieza a impartirse antes de que los niños sean activos sexualmente y hayan adquirido actitudes y prácticas riesgosas que ponen en peligro su salud. Asimismo, los niños y los adolescentes, especialmente los que tienen entre 6 y 14 años de edad, presentan un elemento protector para detener la propagación del VIH y el sida si se han beneficiado de los programas de HpV,[4] dado que tienen mayor probabilidad de postergar el inicio de su actividad sexual.

En este marco, el PMA está contribuyendo a través de la estrategia global de integración de actividades de sensibilización y

tiempo.

4. Los programas de HpV están dirigidos a promover la adopción de comportamientos positivos en relación con una variedad de aptitudes psicosociales

educación para la prevención del VIH/sida en los programas de alimentación escolar, estableciendo asociaciones con el gobierno, las agencias de las Naciones Unidas y las ONG. Esto se hace de acuerdo con cada país y tomando en consideración el contexto nacional sobre el VIH/sida, por lo que la delimitación de actividades son a escala local.

Dentro de las líneas estratégicas se pueden mencionar:

- La identificación de escuelas que están poniendo en práctica actividades eficaces e innovadoras sobre VIH/sida y el trabajo con el gobierno local a fin de replicar estos modelos en la comunidad.
- El uso de las escuelas, las asociaciones de padres de familia y profesores y los comités escolares para llegar a las comunidades a fin de crear conciencia sobre el VIH/sida.
- La facilitación de la difusión y el transporte a las escuelas de videos, carteles, panfletos y folletos sobre VIH/sida, ya elaborados por otras organizaciones como el MS, UNICEF y la UNESCO.

Entre los enfoques para la prevención utilizados, se pueden destacar los que promueven el desarrollo de las HpV como ocurre en Uganda, Zambia, Ruanda, Madagascar, Malaui y Sierra Leona. Estos tienen como objetivo favorecer en los alumnos el desarrollo de habilidades para la comunicación, la toma de decisiones, la gestión de las emociones, la seguridad y la autoestima, entre otras.

La comunicación para el cambio de comportamiento es otro de los enfoques utilizados, principalmente en Uganda, Zambia, Ruanda y Madagascar. Se pone énfasis en la distribución de mensajes de salud a través de una variedad de medios de comunicación. Adicionalmente, se usa el enfoque de educación de pares (Shao, 2006).

Para los docentes de la escuela de Kathelong, en el distrito Thaba Tseka en Lesoto, "los niños son el puente entre la escuela y la comunidad" y estos deben ser educados sobre el VIH/sida a fin de que puedan prevenir ser infectados y poder además educar a sus familias.

y a cambiar comportamientos aprendidos más temprano, que pueden conducir a comportamientos inadecuados y arriesgados en una etapa posterior de la vida.

La escuela va más allá de la enseñanza en el aula. Se está educando a todos los estudiantes entre los grados 1 al 7 sobre VIH/sida. Asimismo, se llevan a cabo talleres en la comunidad sobre el VIH/sida, organizados con el Cuerpo de Paz y se invita a facilitadores externos, tales como enfermeras, policías y la Cruz Roja para hablar sobre el tema (WFP, 2002).

Huertos escolares. Los huertos escolares son zonas de cultivo situadas alrededor o cerca de las escuelas. Pueden incluir, en pequeña escala, ganadería y pesca, colmenas, plantaciones de árboles frutales, creación de áreas verdes, de floración y de sombra, y algunas veces producción de alimentos básicos. Con la promoción de los huertos escolares se pueden alcanzar los siguientes objetivos (WFP y UNICEF, 2002; FAO, 2004):

- Educacionales. Promover el aprendizaje sobre hábitos alimentarios saludables, nutrición y medioambiente; ofrecer a los alumnos conocimientos teóricos y prácticos sobre prácticas agrícolas sostenibles; cambiar sus actitudes respecto de la vida agrícola y rural; aumentar el presentismo escolar.
- Económicos. Reducir el costo de la alimentación escolar y generar ingresos.
- Nutricionales. Incrementar la diversidad de alimentos.

Los huertos, vinculados con los programas de alimentación escolar, son implementados en 29 países, en asociación con la FAO. En Mozambique, por ejemplo, el PMA colabora con la FAO en un proyecto de huertos escolares que tiene como objetivo contribuir a la lucha contra el VIH/sida y fortalecer la conciencia ambiental, dando a los estudiantes, en muchos casos huérfanos, conocimientos agrícolas, habilidades prácticas y educación para la salud, y particularmente HpV en temas de nutrición, salud y VIH/sida (UNICEF, 2005).

Cocinas mejoradas. En general, los programas de alimentación escolar suponen la preparación de comidas cocinadas cinco días a la semana durante el año escolar en cientos de escuelas. Casi todas las cocinas utilizadas emiten grandes cantidades de humo y consumen mucha leña, lo que afecta la salud de cocineros, docentes y escolares, y tiene un impacto negativo en el medioambiente. La degradación de los bosques es una de las principales causas de la inseguridad alimentaria.

Algunos países han establecido parcelas arboladas en las escuelas como una solución de conservación del medioambiente a

largo plazo. Veinticinco países usan cocinas mejoradas, con menor emisión de humo y uso más racional de leña. El PMA tiene varias alianzas con donantes privados y bilaterales y ONG, como la empresa de transportes TNT, la cooperación alemana GTZ, International Medical Corps (IMC) y Caritas, para apoyar la implementación de cocinas mejoradas.

Dificultades

El PMA no recibe contribuciones regulares para su funcionamiento y depende totalmente de los recursos de donantes bilaterales y privados. Aunque hay cada vez más evidencia de que los programas de alimentación escolar pueden influir en las causas básicas del hambre, como la educación y la producción agrícola, en momentos de escasez de fondos los esfuerzos del PMA se concentran en salvar vidas humanas durante situaciones de crisis y proteger a niños, madres y otras personas vulnerables.

Por otra parte, los programas de alimentación escolar en curso no incluyen suficientes fondos para la implementación de las actividades complementarias del paquete esencial y en general se requiere la colaboración de otros actores, como organismos de las Naciones Unidas, ONG o donantes para ponerlas en práctica. Debido a la gran cobertura del programa de alimentación escolar y la focalización en los países y regiones más vulnerables, el PMA está en muchas zonas donde no hay presencia de otros proyectos, lo que hace más difícil conseguir apoyo externo.

Planes futuros

En seguimiento a los esfuerzos en curso, los planes futuros tienen como objetivo la movilización de recursos y la extensión de asociaciones a fin de beneficiar a más niños, mejorar los niveles de coordinación, la creación de capacidades, los sistemas de información, el desarrollo de experiencias demostrativas, la investigación aplicada y la sistematización de buenas prácticas.

- Movilización de recursos. Se continuarán los esfuerzos de

alianzas y movilización de recursos, involucrando al mayor número de instituciones públicas y privadas y organismos de cooperación posibles. Para ello, el PMA tiene actualmente varias iniciativas importantes. Se enfatizará la relevancia de que la intervención alimentaria del PMA en las escuelas sea complementada con intervenciones en salud, en el marco de la iniciativa EPS (WHO, 1997; Ippolito-Shepherd et al., 2003) y la iniciativa FRESH (UNESCO et al., 2000).

- Coordinación. Se pretende fortalecer las alianzas con los organismos de cooperación, sobre todo de las Naciones Unidas a través del Marco de Asistencia para el Desarrollo, tanto a escala global como a escala regional y de los países, y vincular los programas de alimentación escolar a las diversas iniciativas en salud y nutrición escolar. También se considera importante el fortalecimiento de las Redes Regionales de EPS (Ippolito-Shepherd et al., 2004) o de alimentación y nutrición escolar para favorecer el intercambio de información y cooperación entre los países.
- Capacitación. Se elaborarán instrumentos de capacitación dirigidos a los responsables de los programas de alimentación escolar de los gobiernos y del PMA, que incluye los elementos del paquete esencial. Se enfatizará la generación de capacidades de los gobiernos para poder hacerse cargo de los programas de alimentación escolar y la importancia de que las intervenciones del paquete básico se enmarquen en políticas y programas de EPS a escala nacional, local y escolar.
- Sistemas de información. Se revisarán indicadores para el monitoreo de las intervenciones del paquete esencial, que se incorporarán en las Encuestas Estandarizadas de Alimentación Escolar que el PMA realiza cada dos a tres años en los diferentes países.
- Experiencias demostrativas. Se continuará con el desarrollo de experiencias demostrativas en algunos de los temas del paquete esencial, como los proyectos de suplementación con mezclas múltiples de micronutrientes o las campañas de educación y comunicación en salud, en asociación con Unilever.
- Investigación aplicada. La investigación aplicada es importante, tanto para los programas comunes como para las experiencias demostrativas. Se considera especialmente relevante establecer mejor el potencial de la alimentación escolar, mejorar la educa-

ción y nutrición y conocer mejor su costo/beneficio en relación a otras intervenciones y el valor agregado del paquete esencial.

- Inventario de buenas prácticas. De acuerdo con los sistemas de información, las experiencias demostrativas y la investigación aplicada, se pretende hacer un inventario de buenas prácticas en función del costo/beneficio de las mismas. Esto se pondrá a disposición de las oficinas de los países y de los gobiernos interesados en instrumentar programas de alimentación, nutrición y salud escolar.

Bibliografía

AED (2005): Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación para la salud, Washington DC, AED.

Aliaga Huidobro, E. (2007): Promoción de prácticas saludables con metodología PECE: planeamiento estratégico de comunicación educativa, Lima, Proyecto AMARES (Comisión Europea, MS).

Comisión de Determinantes Sociales sobre la Salud (2008): Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, resumen analítico del informe final, WHO/ER/CSDH/08.1, Ginebra, OMS.

Drake, L., Maier, C., Jukes, M., Patrikios, A., Bundy, D., Gardner, A. y Dolan, M. (2002): School-Age Children: Their Nutrition and Health, United Nations Standing Committee on Nutrition, SCN News nº 25, pp. 2-30.

FAO (2004): School Garden Concept Note: Improving Child Nutrition through the Promotion of School Garden Programmes, Roma, FAO.

Gelli, A., Izushi. K., Islam, Z., Matthew, M. y Espejo, F. (2006): The Cost and Effects of Fortified Biscuit Interventions on Primary School-Age Children, Roma, WFP.

Greenhalgh, T., Kristjansson, E. y Robinson, V. (2007): Realist Review to Understand the Efficacy of School Feeding Programmes, BMJ, vol. 335, pp. 858-861.

Hamdani, S. (2008): Micronutrient Sprinkles to Address Multiple Micronutrient Deficiencies in School Age Children, Roma, WFP.

Hawes, H. (comp.) (1997): Health Promotion in our Schools, Londres, The Child-to-Child Trust.

Ippolito-Shepherd, J., Mantilla, L. y Cerqueira, M.T. (2003): Escuelas promotoras de la salud: fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, serie Promoción de la Salud nº 4, Washington DC, OPS/OMS.

Ippolito-Shepherd, J., Nederveen, L., Nizama, E. y Cerqueira, M.T. (2004): Memoria Cuarta Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas

Promotoras de la Salud (RLEPS), San Juan, Puerto Rico, 11-16 de julio, Washington DC, OPS/OMS.
Kristjansson, E., Robinson, V., Petticrew, M., MacDonald, B., Krasevec, J., Janzen, L., Greenhalgh, T., Wells, G., MacGowan, J., Farmer, A., Shea, B.J., Mayhew, A. y Tugwell, P. (2007): Schoolfeeding for Improving the Physical and Psychosocial Health of Disadvantaged Elementary School Children (reseña), Cochrane Database of Systemic Reviews 1.
Ministerio de Salud del Perú: Programa de Salud y Nutrición Básica (2002): Planeamiento Estratégico de Comunicación Educativa: Guía del Planificador IEC, Lima, MS.
PMA (1994): Declaración sobre el Cometido del PMA, Roma, PMA.
— (2007): Informe Anual de las Realizaciones de 2006, WFP/EB.A/2007/4, Romerota, WFP.
Shao, P. (2006): Prevention Education Programmes in WFP School Feeding Programmes, Roma, WFP.
UNESCO (2008): Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2009 (resumen). Superar la desigualdad: por qué es importante la gobernanza, París, UNESCO.
UNESCO, UNICEF, WHO, World Bank (2000): Focusing Resources on Effective School Health: A FRESH Start to Enhancing the Quality and Equity of Education.
UNICEF (2005): An Essential Package of School-Based Interventions in Southern Africa: Regional Strategy for Country Action, Nueva York, UNICEF.
UNICEF y WFP (2005): Memorandum of Understanding between the United Nations Children's Fund and the World Food Program, Roma, WFP/ Nueva York, UNICEF.
ONUSIDA (2007): Situación de la epidemia de sida, Ginebra, ONUSIDA.
WHO (1997): Promoting Health through Schools: Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion, WHO Technical Report Series 870.
WFP (2002): Getting Started: HIV/AIDS Education in School Feeding Programmes, Roma, WFP.
— (2006): Fact Sheet: Food for Education, Roma, WFP.
— (2007a): Global School Feeding Report 2006, Roma, WFP.
— (2007b): Food for Education Works: A review of WFP FFE programme monitoring and evaluation, Roma, WFP.
— (2008): Strategic Plan 2008-2011, WFP/EB.A/2008/5-A/Rev.1, Roma, WFP.
WFP y UNICEF (2002): The Essential Package: Twelve interventions to improve the health and nutrition of school-age children, Roma, WFP.
WFP y Unilever (2007): Memorandum of Understanding between the United Nations World Food Program and Unilever N.V., Roma, WFP.

CAPÍTULO 5

Escuelas promotoras de la salud: la experiencia del proyecto AMARES en el Perú

Leo Nederveen y Elizabeth Aliaga Huidobro

Antecedentes

Desde finales de 2003 y hasta junio de 2007 se implementó el AMARES, mediante un convenio suscripto entre la Comisión Europea y el Estado peruano. Su objetivo fue contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria en el ámbito de intervención del proyecto, fortaleciendo al MS y a los gobiernos regionales y locales, así como a las instituciones, organizaciones y comunidades involucradas con el quehacer sanitario en los ámbitos de intervención del proyecto para el desarrollo de procesos de reforma, modernización y descentralización del sector salud. El ámbito de intervención del proyecto AMARES incluyó a los departamentos de Ayacucho, Huancavelica y a las provincias de Andahuaylas y Chincheros del departamento de Apurímac, que corresponden a las zonas de mayor pobreza y exclusión social del Perú.

Los procesos de reforma del sector salud impulsados en la década de los noventa centraron su atención en los aspectos financieros y organizacionales, marginando los aspectos clave de la salud pública. Esos procesos debilitaron el papel del Estado en áreas importantes y se registró un deterioro sostenido de la capacidad de los ministerios de salud para el ejercicio de su función rectora y de desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública (OPS/OMS, 2006).

El proyecto AMARES, en su calidad de facilitador y catalizador de los procesos de la reforma del sector salud, priorizó el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, articulado a la transferencia de funciones esenciales en salud a los gobiernos locales, en

el marco del proceso de descentralización del Estado. Asimismo, el fortalecimiento de las políticas y la gestión de recursos humanos se consideran pilares esenciales para la implementación de las reformas. Se dio particular énfasis a la promoción de la salud, mediante acciones dirigidas a influir en los determinantes sociales de la salud, a través del fomento de entornos saludables. Esto implica la participación de otros sectores y actores en el quehacer sanitario. En este marco se desarrollaron las estrategias de municipios y comunidades saludables, familia y vivienda saludables y de EPS.

Marco teórico

Cada vez hay más evidencia de la multicausalidad de los problemas sanitarios y la convicción de que los modelos de atención tradicionales, basados en los servicios de salud, no son eficientes para resolver los problemas de salud de la población y reducir las inequidades. Ante esta situación surgió la promoción de la salud, que se puede definir como "el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla" (OPS/OMS, 1996).

La promoción de la salud abarca no solo las acciones dirigidas 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. Por eso, no se puede hablar de un solo sector: la salud tiene que estar inmersa en una política nacional de desarrollo

En marzo de 2005 la OMS instaló la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud para renovar el proceso que enfatiza las causas sociales de un estado de salud inadecuado y de las inequidades que persisten entre países y regiones y dentro de ellas. La comisión se ha propuesto identificar y apoyar la implementación de intervenciones más eficaces para mejorar los determinantes sociales de la salud. La salud debe tener una posición más alta en la agenda de desarrollo humano sustentable y se deben promover políticas saludables a través de la concertación interinstitucional y el trabajo intersectorial.

En mayo de 2003, la OPS/OMS publicó las Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012 para el desarrollo de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud, que incluye el marco conceptual y la base científico-técnica de la iniciativa y la importancia de tomar

en cuenta los determinantes sociales de salud para el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio (OPS/OMS, 2003). Además este documento facilitó la sistematización de los procesos pertinentes, especialmente el desarrollo del marco conceptual y los mecanismos para la compilación de datos (OPS/OMS, 2003).

En una escuela promotora de la salud, la salud es creada por estudiantes, profesores, padres, y otros miembros de la comunidad, quienes se cuidan y cuidan a otros, toman decisiones y control sobre los determinantes de la salud, y crean condiciones que posibiliten que las personas tengan buena salud. A su vez, se mejora la comprensión de los estudiantes sobre los conceptos básicos de la salud y su aplicación respectiva (WHO, 1999; OPS/OMS, 2003).

El escenario escolar es uno de los más atractivos para la implementación de las estrategias de promoción de la salud, dado su gran potencial para conseguir una transformación a largo plazo de los estilos de vida y ambientes, y por la posibilidad de ampliar el efecto, masificando la estrategia. Su éxito depende en gran parte de su eficacia para lograr la negociación y compromiso intersectorial entre los sectores salud y educación (Restrepo, 2001; Ippolito-Shepherd y Cimmino, 2002).

La OPS/OMS (1998) define tres componentes principales para la promoción de la salud en el ámbito escolar:

- La educación para la salud con un enfoque integral.
- La creación de entornos saludables.
- La provisión de servicios de salud.

De acuerdo con Mathur y Kumar (citados en OPS, 1998), en las edades preescolar y escolar los niños adquieren las bases de su comportamiento y conocimientos, su sentido de responsabilidad y la capacidad de observar, pensar y actuar. A partir de este período el niño adopta hábitos higiénicos que muchas veces durarán toda su vida, descubre la potencialidad de su cuerpo y desarrolla habilidades y destrezas para cuidar de su salud y colaborar en el cuidado de la familia y la comunidad. Asimismo, en esta etapa crecen la importancia y las desventajas de la sociabilidad con sus pares y se ve expuesto a presiones que a veces lo llevan a adquirir hábitos dañinos, como fumar o consumir alcohol y/o drogas.

Se considera que el número de adolescentes en el mundo será mayor que nunca antes en la historia, por lo cual es esencial desa-

rrollar el potencial humano de esta generación (Mangrulkar et al., 2001). Un tema de particular importancia es el desarrollo de HpV en los adolescentes para enfrentar las problemáticas diarias. Estas incluyen habilidades sociales o interpersonales, habilidades cognitivas y para el control de emociones (OPS/OMS, 2003).

La OMS, el Banco Mundial, UNESCO y UNICEF, dentro de su estrategia conjunta por un nuevo enfoque para mejorar la calidad educativa Recursos Efectivos en Salud Escolar (RESE), afirman que un buen programa de salud escolar responde a una necesidad nueva, fortalece la eficacia de otras inversiones a favor del desarrollo infantil, promueve mejores resultados educativos, contribuye a una mayor equidad social y es una estrategia altamente costoefectiva (UNESCO et al., 2000).

Línea de base de EPS

Antes de iniciar el desarrollo de las EPS en los ámbitos de intervención, se realizó un estudio línea de base (Vargas et al., 2003) con el propósito de establecer la situación inicial del Programa de EPS en tres redes de escuelas, respecto a indicadores de resultados en los tres componentes de la iniciativa: educación para la salud, entornos saludables y provisión de servicios de salud.

El grupo estudiado correspondió a la población escolar de cuarto de primaria a quinto de secundaria de tres redes de centros educativos estatales de las regiones de Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica. En total se aplicaron 1582 encuestas, de las cuales 819 correspondían al nivel de primaria y 763 al nivel de secundaria.

Los resultados revelaron una situación de precariedad importante de los centros educativos, especialmente en términos de disponibilidad de agua segura y servicios higiénicos dignos para la población escolar, vinculadas a características más estructurales del ámbito de estudio, lo mismo que dificultades para mantener condiciones aceptables de saneamiento ambiental y cuidado del medioambiente.

La evaluación de las condiciones del entorno familiar y escolar reveló la existencia de una estructura vertical que recurre con frecuencia al uso de la violencia como forma de disciplina y para lograr comportamientos deseados, lo mismo que una atención insuficiente a las necesidades emocionales y al desarrollo de habilidades

sociales como la asertividad, una imagen positiva de sí mismo, la expresión de afectos y la capacidad de resolver conflictos. La relación entre docentes y personal de salud, en las comunidades del ámbito de acción, se presentó conflictiva en la medida en que se establece una relación vertical, que desconoce al otro como interlocutor legítimo, con aspiraciones, necesidades, puntos de vista e intereses particulares.

Sobre las HpV se evaluó la comunicación asertiva, mostrando que el 80% de la población escolar, de primero a quinto de secundaria, presentó un nivel de asertividad bajo o mediano. Estos datos son consistentes con la descripción de que los docentes hacen de los alumnos: son "callados, sumisos y retraídos".

Respecto a la forma como se toman las decisiones (según el propio criterio o de acuerdo con las opiniones de los demás), se encontró que cerca del 40% de la población escolar, de tercero a quinto de secundaria, habitualmente toma decisiones teniendo como referente la opinión de otros.

En relación al plan de vida, los testimonios evidenciaron que los adolescentes deseaban mejorar sus condiciones económicas a través de la apuesta por la educación como medio de movilización social. Sin embargo, mostraron preocupación por las oportunidades de desarrollo futuro, dadas las condiciones de pobreza imperantes que restringen sus posibilidades de afrontar los costos de la educación superior, lo mismo que la ausencia de alternativas de formación técnica accesibles.

En cuanto al desarrollo de actividades de promoción de la salud en los centros educativos, el énfasis estaba puesto en aspectos relacionados con nutrición e higiene, por ser identificados como los de más urgente solución en la población escolar rural, dados los altos niveles de desnutrición y las deficientes condiciones de salubridad, así como las dificultades para adoptar hábitos de higiene en la población. El concepto de salud integral, incluyendo aspectos emocionales y de bienestar, aunque presente, no estaba suficientemente posicionado en los docentes y se carecía de elementos para abordarlos. La estrategia de participación ciudadana mostró una estructura vertical, con mecanismos poco eficaces para garantizar la participación de la comunidad educativa. Los docentes y los alumnos se quejaron de que los directores centralizaban las decisiones, no lograban recoger las propuestas elevadas por los diferentes actores ni tampoco movilizaban recursos de manera eficiente para mejorar aspectos tanto académicos como del entorno de los centros

educativos.

La participación ciudadana, elemento central del modelo de promoción de la salud aplicada al ámbito escolar, supone lograr el mayor nivel de involucramiento y compromiso de quienes integran la comunidad educativa. En el estudio se encontró que las relaciones con la comunidad, en la mayoría de los centros educativos visitados, presentaban cierto distanciamiento e incomunicación. La participación de padres y madres de familia se daba generalmente a través del aporte de mano de obra a fin de realizar faenas comunales para la mejora de la infraestructura.

Desarrollo de la estrategia y resultados principales

Para responder a los problemas encontrados, particularmente los ambientes poco saludables en escuelas y colegios, el escaso control médico y odontológico, la poca atención a la educación para la salud en la educación básica y el uso de métodos pedagógicos poco participativos, se definió como objetivo para esta acción promover la implementación y el funcionamiento de EPS.

Se trabajó en el nivel nacional en la formulación de políticas intersectoriales, normatividad y desarrollo metodológico; en el regional en la formulación de políticas regionales y la coordinación sectorial; y en el provincial y local en la generación de capacidades y la implementación de la estrategia.

Nivel nacional

Coordinación intersectorial. El proyecto AMARES apoyó la implementación del Convenio Marco de Cooperación técnica entre los ministerios de Salud y Educación y la Comisión Multisectorial de Escuelas Promotoras de la Salud (CMEPS), creada en septiembre de 2001. En esta comisión participan, además de los ministerios de Salud y Educación, todos los organismos de cooperación y ONG activos en la temática.

La CMEPS definió cuatro líneas de acción:

- Entornos y ambientes saludables.
- Estilo de vida saludable y HpV.

- Servicios de salud.
- Participación social e intersectorialidad.

El apoyo de AMARES consistió en ayuda técnica y financiera a la comisión y sus subcomisiones, en la planificación y coordinación de actividades de fortalecimiento institucional y abogacía, la organización de Encuentros Nacionales de EPS, la elaboración de planes anuales y su Plan Estratégico 2007-2012.

Elaboración de documentos normativos y metodológicos. El proyecto AMARES apoyó al MS con la reproducción del documento normativo Programa de promoción de la salud en las instituciones educativas (MS, 2005a), programa que implementa el MS, bajo un convenio con el ME, a escala nacional a través de sus estructuras descentralizadas.

Para su implementación se elaboró, con el apoyo técnico y financiero de AMARES y conjuntamente con el MS, ME y la CMEPS, una guía metodológica denominada Guía de gestión de la estrategia de EPS (MS y ME, 2006). Esta guía se dirige a docentes, otros funcionarios del sector de educación y personal de salud, e incluye las diferentes fases para la implementación de la estrategia: sensibilización y compromiso, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y sistematización. La guía ha sido extensamente revisada por técnicos de ambos sectores, organizaciones de la sociedad civil y otros especialistas, y ha sido validada en diferentes regiones del país, en ámbitos rurales y urbanos. A través de la guía se ha logrado tener un único enfoque metodológico consensuado entre todos los actores que promueven las EPS.

Mapeo de EPS. Con el objetivo de conocer el número de EPS en el Perú y de tener una mayor idea de cuántas organizaciones están trabajando el tema, cómo y dónde la implementan, se realizó un Mapeo nacional de las instituciones educativas promotoras de la salud (Vallejos y Merino, 2006).

El mapeo contó con el apoyo del MS y la CMEPS y se realizó a escala nacional mediante una encuesta aplicada al personal de promoción de la salud de las DISAS y a los diferentes proyectos y ONG que apoyan las intervenciones en EPS. El mapeo incluye datos desagregados hasta el nivel distrital sobre el número de EPS y sus principales líneas de acción. También incluye una sistematización de los diferentes materiales educativos. La recolección de los datos se realizó a inicios del 2005 y hubo dificultades en obtenerlos por la tar-

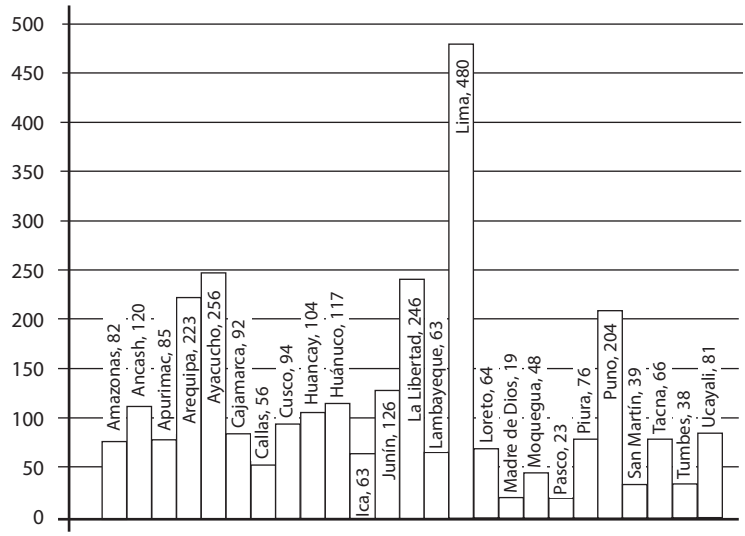
día respuesta de algunas Direcciones Regionales de Salud (DIRESA).

De acuerdo con el mapeo, en el Perú, hasta el primer semestre de 2005, había 2921 instituciones educativas de los niveles de educación inicial, primaria y secundaria que promueven acciones de promoción de la salud que representan, del total de las escuelas de estos niveles (53.307), el 5,03%. Si se toman en cuenta solo las escuelas de primaria y secundaria el porcentaje sube a 6,9%. Del total de las Instituciones Educativas Promotoras de la Salud (IEPS), 66,5% son del nivel de educación primaria, 28,5% son de educación secundaria, 3,9% son del nivel inicial y el 1,1% son de otro nivel educativo (especial, comercial, etc.). Según estos datos las IEPS estarían beneficiando en todo el país a 1.261.746 educandos de los niveles de educación inicial, primaria y secundaria.

Las regiones del Perú con mayor cantidad de IEPS son Lima, La Libertad y Arequipa. La menor cantidad de IEPS se encuentra en las regiones de Pasco y Madre de Dios (véase gráfico 1).

Al considerar el porcentaje de IEPS, los mayores porcentajes se encuentran en las regiones de Tacna, Moquegua, Ayacucho y

Gráfico 1. Cantidad de IEPS por región.



Fuente: Vallejos, J. y Merino, M. (2006).

Tumbes. En cuanto a la ubicación geográfica, la mayor proporción de IEPS se encontró en la sierra (49%), seguida por la costa (33%) y la selva (18%).

Durante 2005 el programa continuó extendiéndose, llegando a cubrir 3695 instituciones educativas a escala nacional. Existe una estrecha coordinación entre los gobiernos regionales y locales y los sectores salud y educación. Hay 17 regiones que cuentan con convenios tripartitos y algunas regiones cuentan con redes regionales o locales de EPS (DGPS, 2006).

La DGPS del MS cuenta en su página web con un sistema de información del programa de promoción de la salud en las instituciones educativas. En este sistema el personal de salud de las DIRESA pueden ingresar los datos correspondientes a las cuatro líneas de acción del programa: implementación de ejes temáticos, trabajo intersectorial, políticas públicas y entornos saludables.

Intercambio de experiencias. El intercambio de experiencias es una estrategia eficaz para motivar y aportar a la generación de capacidades de los actores involucrados en la promoción de la salud. Con este objetivo se realizó del 2 al 4 de noviembre de 2004 el I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud, que a su vez acogió el III Encuentro Nacional de Municipios Saludables y el I Encuentro Nacional de EPS. Asistieron 689 participantes entre representantes del sector educación, personal de salud de las 34 DIRESA, representantes de los gobiernos locales, incluyendo funcionarios de las municipalidades y 39 alcaldes, representantes de los gobiernos regionales, organismos de cooperación internacional, ONG y expositores nacionales e internacionales. Este encuentro ha sido trascendental para poner la promoción de la salud en la agenda política de diferentes sectores del nivel central, regional y local.

El evento logró el apoyo de otras agencias y proyectos de cooperación, como la OPS/OMS, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Pathfinder, Solaris Perú, ParSalud, Plan Internacional, UIPES, la CMEPS y la Red de Municipios y Comunidades Saludables de Perú. El proyecto también apoyó la elaboración y publicación de la Memoria del I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud (MS, 2005b).

El año siguiente (2005) el MS decidió organizar un II Encuentro Nacional de Promoción de la Salud, luego de haber elaborado los instrumentos para la implementación de los Programas de Municipios

y Comunidades Saludables, Promoción de la Salud en las Instituciones Educativas y Familias y Viviendas Saludables. Este encuentro tuvo un carácter más técnico y contó nuevamente con el apoyo del proyecto AMARES. El objetivo general era promover el análisis crítico sobre los avances en la implementación y evaluación de la política de promoción de la salud en Perú, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y el proceso de descentralización.

El encuentro se realizó del 12 a 14 de diciembre de 2005 con la participación de 515 representantes, incluidos 97 representantes del sector educación, 31 de los gobiernos regionales, 102 de los gobiernos locales, 223 del sector salud y 62 de ONG de desarrollo, además de expertos nacionales e internacionales en el tema de promoción de la salud. En el marco de este encuentro se realizó el III Encuentro de Municipios y Comunidades Saludables y el II Encuentro de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud. En el II Encuentro Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud se firmó una carta de intención para conformar la Red Peruana de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud.

Otra actividad apoyada por el proyecto AMARES ha sido la elaboración y publicación del documento Experiencias de IEPS. En este documento 12 instituciones educativas describen sus experiencias, de las cuales dos corresponden a instituciones educativas apoyadas por AMARES (MS, 2006).

Desarrollo de materiales. En el país ha habido muchos esfuerzos y actores involucrados en el desarrollo de materiales de educación para la salud para las escuelas. Sin embargo muchos de los materiales existentes presentan limitaciones, como formar parte de propuestas monotemáticas de la salud, como derechos o higiene, con poca integralidad, sin relación con el currículo oficial, representando una carga adicional para el maestro. Por otra parte, muchos de los materiales son producidos en el marco de proyectos puntuales, con divulgación restringida y aplicación limitada en el tiempo. En general, los materiales son orientados al maestro, lo que refuerza el modelo de alumno como receptor.

Ante esta situación, el proyecto AMARES, a través de una consultoría de la Asociación Kallpa y conjuntamente con el MS, elaboró una serie de guías de aprendizaje sobre temas de salud dirigido a alumnos de educación primaria y secundaria. El objetivo fundamental de los módulos es el desarrollo de HpV y actitudes positivas en niños y adolescentes. Los temas de cada módulo corresponden a

los siete ejes temáticos del Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud planteado por el MS, y su selección por ciclos corresponde al desarrollo biopsicosocial de niños y adolescentes y con las capacidades de las áreas de los programas curriculares de educación primaria y secundaria del ME.

Todos los temas desarrollados son abordados desde los enfoques de género, interculturalidad, derechos y participación. Las actividades propuestas promueven el trabajo autónomo e incentivan el aprendizaje activo mediante el trabajo individual y grupal, y actividades fuera del horario de clase, como investigaciones, entrevistas y campañas, promoviendo la articulación entre la escuela, familia y comunidad. El maestro dentro de esta propuesta metodológica se convierte en dinamizador de los procesos de aprendizaje.

La serie Guías para vivir mejor se puede consultar en la página web de la DGPS del MS e incluye dos juegos de láminas (para primero y segundo grado), ocho guías de autoaprendizaje y un manual para el docente. Los temas abordados son:

- Alimentación y nutrición.
- Higiene y ambiente.
- Actividad física.
- Salud sexual y reproductiva.
- HpV.
- Seguridad vial y cultura de tránsito.
- Promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz.

Para el primer ciclo de primaria se optó por elaborar dos módulos multitemáticos, como juegos de láminas, asegurando así aprendizajes integradores, enfatizando higiene y ambiente, alimentación y nutrición, y autoestima.

Dentro del segundo y tercer ciclo, los módulos puedan usarse en uno u otro grado, dependiendo de si dichos temas han sido desarrollados con anterioridad. Una mayor cantidad de módulos se concentra en el nivel de primaria, considerando que en zonas rurales muchos alumnos no asisten a la educación secundaria y existen temas fundamentales sobre los cuales deben reflexionar en la escuela.

Con respecto a su uso en el aula, el material elaborado para la educación primaria puede ser utilizado de acuerdo con las áreas que le correspondan (personal, social, ciencia y ambiente). En secundaria los módulos se pueden trabajar en la hora de tutoría. Cada módulo puede ser abordado en 20 horas pedagógicas.

Nivel regional

Para las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, la estrategia EPS fue coordinada por los gobiernos regionales a través de sus gerencias de Desarrollo Social. De manera concertada con los sectores educación y salud, lideran las acciones multisectoriales con la participación de ONG. Para la coordinación intersectorial y el desarrollo de políticas regionales de EPS se firmaron tres convenios regionales tripartitos y en Ayacucho y Huancavelica se crearon Comisiones Multisectoriales de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud (CMIEPS). El proyecto AMARES ha fortalecido el rol político y de coordinación intersectorial de estas comisiones.

Se organizaron cuatro eventos macrorregionales de intercambio de experiencias para estas comisiones. El primero, para la planificación de los programas regionales de EPS, el segundo y el tercero para evaluar los resultados obtenidos, y el cuarto para trabajar propuestas de sostenibilidad e institucionalización.

Como eventos preparatorios del II Encuentro Nacional de Instituciones Educativas Promotoras de la Salud, se realizaron en las tres regiones encuentros regionales de IEPS, en las cuales las redes educativas locales presentaron sus experiencias.

En el último encuentro macrorregional de IEPS se evaluó la implementación de la estrategia de IEPS ejecutada en cada una de las zonas de intervención del proyecto AMARES durante 2006. Participaron representantes del gobierno regional, de los sectores salud y educación, así como de los Comités Técnicos Provinciales (CTP) y locales de las tres regiones de intervención: Ayacucho, Huancavelica y Apurímac.

Se realizó un concurso donde los CTP de cada zona de intervención presentaron los principales logros obtenidos. Participaron los comités técnicos de Ayacucho centro: Huamanga, Paras, Fajardo; los comités técnicos de Ayacucho Sur: Parinacochas, Paucar del Sara Sara, Lucanas; los comités técnicos de Huancavelica: Acobamba, Yauli, Tayacaja, y los comités técnicos de Andahuaylas: Andahuaylas y Chincheros.

Nivel provincial y local

Para la implementación de la estrategia en las redes de escuelas, con el apoyo de AMARES, se crearon 10 CTP, integrados por representantes de Redes de Salud, especialistas de la Unidad de Gestión Educativa Local y alcalde, regidores o personal del gobierno municipal. Los comités fueron capacitados técnicamente para que promuevan la implementación de las EPS en las escuelas piloto de cada región. Las capacitaciones incluyeron los siguientes contenidos:

- Organización y gestión de una EPS.
- Diversificación curricular y habilidades sociales.
- Servicio y entornos saludables en la escuela.
- Participación estudiantil.

A su vez, los CTP facilitaron talleres para los docentes de las escuelas participantes y se han realizado visitas de seguimiento. De esta manera no solo se ha implementado el programa en las escuelas beneficiarias, sino que también se han fortalecido las capacidades locales en los sectores salud y educación en el tema de EPS.

El proyecto se ha desarrollado en 10 redes educativas, beneficiando a 254 instituciones educativas y a más de 28.110 alumnos. Ha apoyado el mejoramiento de la infraestructura de 30 instituciones educativas, priorizando a las que se encuentran en emergencia educativa. Además, se ayudó con equipamiento de informática a 20 instituciones educativas y se ha dotado de botiquines a todas las instituciones educativas apoyadas por AMARES. De acuerdo con una de las recomendaciones de la evaluación de medio término se han implementado cocinas mejoradas en todas las escuelas.

Por iniciativa propia de los comités técnicos, se han realizado encuentros regionales y locales de intercambio de experiencias y festivales con la participación de padres y madres de familia y concursos.

Logros según comisiones multisectoriales de instituciones educativas y CTP

Los propios actores, las comisiones multisectoriales y CTP han identificado logros en relación al fortalecimiento de sus capacidades, el trabajo en equipo, el compromiso y participación de los sectores salud y educación, la coordinación intersectorial, y la participación de los municipios.

Con respecto al fortalecimiento de sus capacidades, los comités han destacado el fortalecimiento de sus capacidades en herramien-

tas de facilitación de los talleres a los docentes y la aplicación de metodologías participativas de aprendizaje, ya que al iniciarse las actividades muchos integrantes se sentían inseguros al momento de tener que capacitar a los profesores. Por otra parte han valorado la posibilidad de intercambiar experiencias. En el caso de Ayacucho Sur se han realizado también pasantías entre los diferentes CTP.

En cuanto al trabajo en equipo, los comités destacaron el compromiso de trabajo de cada uno de sus integrantes, la distribución y el cumplimiento de las tareas y la comunicación horizontal. También consideraron como logros el reconocimiento y la legitimación del equipo técnico como capacitador de ambos sectores, y la autonomía para el desarrollo de sus actividades.

Con respecto a la participación de los sectores salud y educación, aparte de su intervención en las comisiones y comités, se destacó la normatividad mediante los convenios regionales, resoluciones de reconocimiento de las comisiones y comités y directivos para facilitar la implementación del proceso.

El rol de los municipios también fue importante. Por una parte, como integrantes de los CTP, y por otra parte, por el apoyo presupuestal dado para cofinanciar capacitaciones, equipamiento y mejoras en infraestructura de las instituciones educativas. Este apoyo, sin embargo, no ha sido igual en todos los municipios, siendo en unos casos mínimo, pero, en otros, los municipios han colaborado no solo para el sostenimiento de la estrategia, sino también para su ampliación a nuevas instituciones educativas. También los municipios han emitido resoluciones de reconocimiento de los comités técnicos o han convocado a encuentros y concursos.

Evaluación de la intervención

Como parte de la evaluación final del proyecto, se repitió el estudio de línea de base de EPS de 2003 en las mismas instituciones educativas. Las tablas siguientes contienen la información de ambas encuestas.

Tabla 1. Condiciones físicas de las instituciones

educativas de primaria y secundaria.

2 0 0 3

2007

N = 18 % N = 1 5

%

Disponibilidad de agua segura

Ítems				
La escuela cuenta con abastecimiento de agua	16	89%	1 5	100%
El agua es tratada (clorada, otras)	7	39%	1 1	73%
Condiciones de los servicios higiénicos				
La escuela tiene servicios higiénicos para alumnos	17	94%	1 4	93%
La escuela tiene servicios higiénicos para docentes	5	28%	6	40%
Los servicios higiénicos están limpios	3	17%	1 4	93%
Condiciones de seguridad				
Las instalaciones son seguras	5	28%	1 1	73%
Condiciones de limpieza				
Los patios cuentan con cestos para basura	4	22%	1 5	100%
El área exterior está libre de basura	7	39%	1 5	100%
El área está libre de charcos u otro foco contaminante	13	72%	1 4	93%
Los patios y corredores están limpios	13	72%	1 4	93%
Existencia de áreas verdes				
La escuela tiene áreas verdes en buenas				

condiciones	5	28%	1 5	
100%				
Infraestructura física para el deporte				
Existen espacios para juegos	6	33%	1 3	
87%				
Existen espacios adecuados para el deporte	9	50%	1 5	
100%				
Condiciones físicas en el aula				
Estado adecuado de las puertas	6	33%	1 2	
80%				
Estado adecuado de las ventanas	6	33%	1 0	
67%				
Las aulas están limpias	5	28%	1 3	
87%				
Las aulas son ventiladas	12	67%	1 4	
93%				
Las aulas son iluminadas	12	67%	1 5	
100%				
Cuentan con carpetas suficientes	5	28%	1 3	
87%				
Las carpetas están en buen estado	2	11%	1 4	
93%				
Las pizarras están en buenas condiciones	6	33%	1 5	
100%				

Como se muestra en la tabla 1, se han logrado mejoras en las condiciones físicas de las instituciones educativas con respecto a la disponibilidad de agua segura, condiciones de servicios higiénicos, de seguridad y de limpieza. Además, se observó mayor existencia de áreas verdes, mejor infraestructura para el deporte y mejores condiciones físicas de las aulas.

Tabla 2. Entorno psicosocial de las instituciones educativas de secundaria.

Ítems	2	0	0	3
2007				

Creen que son unidos	35,9%	64,8%
Se apoyan en sus profesores para contar sus problemas	30,0%	66,5%

Tabla 3. Entorno psicosocial de las instituciones educativas de

Ítems	2003	2007
Creen que son unidos	[illegible]0%	67,9%
Profesores escuchan los problemas	43,7%	47,0%

Las tablas 2 y 3 muestran que hubo mejoras en los entornos físico y psicosocial de las instituciones educativas.

Tabla 4. Frecuencia de consumo diario de alimentos básicos en los alumnos de nivel secundario.

Ítems	2003	2007
Comió frutas		
No, en la última semana	12,1%	6,7%
Al menos 1 vez en la semana	39,8%	49,6%
Al menos 1 vez al día	48,1%	43,8%
Comió verduras		
No, en la última semana	5,0%	4,0%
Al menos 1 vez en la semana	43,3%	43,8%
Al menos 1 vez al día	51,7%	52,2%
Comió carne		

No, en la última semana	14,1%	8,1%
Al menos 1 vez en la semana	44,5%	48,4%
Al menos 1 vez al día	41,4%	43,5%
Tomó lácteos		
No, en la última semana	21,9%	10,2%
Al menos 1 vez en la semana	35,9%	37,1%
Al menos 1 vez al día	42,2%	52,7%

Tabla 5. Frecuencia de consumo diario de alimentos básicos en los alumnos de nivel primario.

Ítems	2003	2007
Comió fruta	5	5%
Comió verdura	83,4%	81,0%
Comió carne	58,9%	70,9%
Tomó leche o queso	59,2%	76,4%

Según las tablas 4 y 5, la frecuencia del consumo de frutas, carne y productos lácteos aumentó, mientras que para el consumo de verduras no hubo mejoría.

Tabla 6. Hábitos de higiene personal en alumnos de secundaria.

Ítems	2003	2007
Lavado de dientes		
No acostumbro lavarme los dientes	4,7 %	1,7%
Me los lavo de vez en cuando	30,1%	15,4%
Me los lavo 1 vez por día	30,3%	34,3%
Me los lavo 2 veces por día	18,5%	65,0%
Me los lavo 3 veces por día	16,4%	34,7%
Lavado de manos		

Lavado de manos antes de comer	94,9%	92,7%
Lavado de manos después de comer	49,7%	46,6%
Lavado de manos después de ir al baño	55,9%	55,4%
Cómo se toma el agua en casa		
Hervida	67,4%	88,2%
Con lejía o cloro	1,1%	2,4%
Del grifo	23,7%	7,1%
Río o puquial	7,9%	2,3%

Tabla 7. Hábitos de higiene personal en alumnos de primaria.

Ítems	2003	2007
Lavado frecuente de dientes		
Sí	75,6%	78,6%
Consumo de agua en casa		
Hervida	74,3%	89,0%
De grifo	18,9%	1,8%
Con lejía o cloro	1,0%	8,0%
Río o puquial	5,8%	1,2%

Las tablas 6 y 7 muestran que la práctica del lavado de dientes mejoró entre 2003 y 2007 y también el consumo de agua segura. Con respecto al lavado de manos, tanto en 2003 como en 2007, casi todos los alumnos lo hacen antes de comer, mientras la mitad se lava las manos después de comer y después de ir al baño.

Tabla 8. Hábitos de cuidado del medioambiente en alumnos de secundaria.

Ítem	2003	2007
Tirar basura a la calle	13,3%	15,0%
Quemar basura	49,0%	73,0%
Cuidar los jardines o parques	38,8%	4,7%

Echar basura o desechos al río	18,2%	16,4%
Hacer necesidades en la calle	9,1%	9,7%

Con respecto a los hábitos de cuida mbiente, hubo una mayor frecuencia en la práctica de quemar basura, pero menos atención para el cuidado de los jardines o parques.

Tabla 9. Comportamientos de violencia en alumnos de secundaria.

Ítems	2003	2007
Se ha peleado a golpes con alguien		
Nunca	35,1%	67,2%
A veces	60,6%	30,9%
Muchas veces	4,3%	1,9%

Hubo una reducción importante en el número de alumnos de secundaria que se pelearon a golpes con alguien.

Tabla 10. Consumo de tabaco y alcohol en los 3 últimos meses en alumnos de secundaria.

Ítems	2003	2007
Consumo de tabaco		
Nunca	76,4%	89,6%
De 1 a 3 veces	18,2%	9,2%
Más de 4 veces	5,4%	1,2%
Consumo de alcohol		
Nunca	75,4%	91,3%
De 1 a 3 veces	19,1%	7,5%
Más de 4 veces		1,2%

Entre 2003 y 2007 hubo una reducción en el consumo de tabaco

y alcohol en alumnos de secundaria.

Tabla 11. Experiencia de relaciones sexuales en alumnos de secundaria.

Ítems	2003	2007
Ha tenido relaciones sexuales		
Sí	36,5%	20,8%
No	63,5%	79,2%

Tabla 12. Comportamiento sexual en los alumnos de secundaria que tuvieron relaciones sexuales.

Ítems	2003	2007
Quería tenerlas		
Sí	69%	77,6%
No	31%	22,4%
Cómo se sintió la última vez	2003	2007
Muy bien	25,9%	48,1%
Bien	32,4%	33,3%
Más o menos	22,2%	13,3%
Mal	19,4%	5,2%

Tabla 13. Uso de métodos anticonceptivos en los alumnos de secundaria que tuvieron relaciones sexuales.

Ítems		2007
Método anticonceptivo usado		
Ritmo	23,5%	22,4%
Retiro	7,2%	8,2%
Condón	51,8%	65,3%
Píldora	2,4%	4,1%

Hierbas	11,4%	0%
Otro	3,6%	0%

Según se puede observar en las tablas 11, 12 y 13, hubo una reducción en el número de alumnos de secundaria que tuvieron relaciones sexuales y, en los que las han tenido, una mayor satisfacción. Por otra parte, hubo un aumento en el uso del condón como método anticonceptivo y desapareció el uso de hierbas como práctica.

Tabla 14. Modo de enfrentamiento de problemas en alumnos de secundaria.

Ítems	2003	2007
Modo de resolver problemas		
Busco ayuda para resolverlo	44,4%	52,9%
Trato de resolverlo solo	35,9%	33,0%
Pienso que no voy a resolverlo	7,5%	7,8%
Trato de no pensar en eso	12,2%	10,5%

Con respecto al modo de resolver problemas, las encuestas indicaron que en 2007 un mayor número de alumnos de secundaria busca ayuda para resolverlos.

Dificultades

Nivel central. Se encontraron dificultades que fueron resueltas con el avance del trabajo. A pesar de la existencia del convenio marco, se atrasó el compromiso esperado para avanzar con la implementación de la iniciativa EPS, dada la percepción de duplicación de estructuras y mecanismos ya existentes. Finalmente, el programa fue insertado en las políticas educativas y se establecieron mecanismos de coordinación en todos los niveles, y particularmente en los ámbitos de intervención del proyecto AMARES.

Nivel regional. Se observó falta de claridad con respecto a la definición, el rol y las funciones de las CMIEPS y los CTP. La apuesta metodológica del proyecto fue fortalecer las políticas y la coordinación

intersectorial a escala regional, a través de las CMIEPS, con la participación de las Gerencias de Desarrollo Social, DIRESA, Direcciones Regionales de Educación (DRE), proyectos de cooperación y ONG, por una parte, y, por la otra, fortalecer las capacidades en el nivel de provincias, Redes de Salud y Unidades de Gestión Local para la implementación de la iniciativa en las redes educativas. A través de los encuentros macrorregionales, se entendió la importancia de la asistencia técnica y el acompañamiento a los funcionarios a escala provincial de redes de salud y unidades de gestión local del ME, ya que difícilmente el nivel regional puede cubrir todo el departamento. La existencia en Ayacucho de los CTP en 6 de las 11 provincias permitió una difusión paulatina de la iniciativa en estas provincias.

Otras dificultades identificadas por las comisiones y comités se refieren a temas relacionados con los recursos humanos, en particular a la rotación de los funcionarios, órdenes de inamovilidad del personal de salud por campañas de vacunación, huelgas de docentes y atrasos con el inicio de las capacitaciones, debido a procedimientos administrativos.

Lecciones aprendidas

La experiencia muestra que el compromiso de los ministerios de Salud y Educación a escala central es esencial a fin de implementar la iniciativa. Para ello, como primer paso, se necesita la comprensión de los beneficios mutuos por ambas partes, que incluye tasas mayores de matrícula y menores de deserción, mejora de la calidad educativa y mejora en la salud de los escolares, sus familias y comunidades.

Es necesario comprender y aceptar la dinámica de funcionamiento y estructura de la otra institución y ponerse en los zapatos del otro. Para ello se requiere una comunicación efectiva. La coordinación intersectorial debe ser constante y no solo puntual, y debe basarse en convenios y acuerdos formales. Es importante obtener el apoyo explícito de las autoridades de ambos ministerios en todos los niveles, para que la promoción de la iniciativa EPS sea considerada como una función esencial de ambas instituciones.

La buena planificación y programación son esenciales a fin de lograr los objetivos, particularmente para el trabajo de equipos intersectoriales. Se debe respetar la plena participación de todos los

actores.

Ha sido acertado implementar la estrategia en instituciones organizadas en redes educativas. De esta manera se ha logrado una mejor inserción en las estructuras descentralizadas del ME y las planificaciones de las redes educativas. También las opciones de intercambio de experiencia y una sana competencia entre instituciones educativas pertenecientes a la misma red han aportado a la sostenibilidad.

Para lograr cambios en los entornos y hábitos de las comunidades educativas se requieren varios años de acciones sostenibles. Los niños son los actores principales para un vínculo entre las escuelas, padres de familia y comunidades. Son comunicadores eficaces de nuevos conocimientos de salud y educación y su participación es esencial en la construcción de comunidades saludables.

Conclusiones y recomendaciones

La implementación de la iniciativa EPS en 254 instituciones pertenecientes a 13 redes educativas fue muy favorable para la mejora de la salud y educación de más de 28.000 estudiantes y sus familias y comunidades. La estrategia es de alto costo/beneficio. Con pocos recursos es posible obtener logros importantes en lugares muy aislados, como por ejemplo el sur de Ayacucho. Para el éxito es fundamental el compromiso de los funcionarios locales de salud y educación, de los docentes y de las comunidades. Se espera que las redes educativas se consoliden como Redes de Escuelas Promotoras de la Salud, articulada a redes regionales, la Red Nacional de Escuelas Promotoras de la Salud y la RLEPS.

Al término del proyecto, existían 11 CTP con capacidad técnica creada para ampliar la iniciativa a otras redes de su provincia, un proceso que se inició en el caso de los CTP de Lucanas-Aucará, Cora Cora y Tayacaja. En Ayacucho existen CTP en 6 de las 11 provincias, en Huancavelica en 3 de las 7 provincias y en Apurímac en las provincias de Andahuaylas y Chincheros. La existencia de estos equipos y su experiencia en desarrollar un trabajo intersectorial también pueden ser aprovechadas para mayores desafíos, como los procesos de descentralización de los sectores salud y educación.

Sería conveniente que estos equipos continúen su proceso de fortalecimiento de capacidades a través de pasantías, intercambio

de experiencias y su participación en diplomados (de educación a distancia) sobre EPS. También se recomienda que futuros proyectos de cooperación en la zona aprovechen la capacidad instalada en el nivel provincial y que se instalen equipos técnicos en otras provincias.

Para obtener recursos que sostengan la estrategia en el nivel de las instituciones y redes educativas se deben promover estrategias de autosostenimiento, a través de crianza de animales, biohuertos, apicultura, tejidos o criaderos de peces. También es necesario incidir en las Redes de Municipios Saludables para que incorporen la propuesta en sus agendas y presupuestos participativos. Los municipios que cuenten con el canon minero pueden dedicar parte de estos fondos a las EPS.

El rol de los gobiernos regionales, a través de las gerencias de desarrollo social, fue fundamental para lograr la articulación entre las DIRESA y las DRE. Los gobiernos regionales deben incorporar la iniciativa EPS en sus planes educativos regionales, como ya lo hizo el gobierno regional de Ayacucho; renovar los convenios tripartitos entre los gobiernos regionales, DIRESA y DRE; e incidir en las direcciones regionales de educación para incorporar la propuesta en las redes educativas descentralizadas. También es necesario liderar el proceso de ampliación a escala regional, para lo cual se cuenta con la Guía de gestión de EPS.

Con respecto a las guías de aprendizaje de la serie Guías para Vivir Mejor, es necesario obtener el aval del ME. Además se deben socializar las guías con otros organismos cooperantes para obtener su apoyo para futuras reimpresiones. Se cuenta ya con el acuerdo de la OPS/OMS para incorporar el material como parte del programa PALTEX, que cuenta con puntos de venta en diferentes partes del país y siempre posee un stock mínimo de materiales, lo que facilita la compra en pequeñas cantidades por parte de ONG o colegios públicos o privados interesados.

En el nivel central es importante establecer una alianza de mayor jerarquía política para dar seguimiento a los compromisos del convenio marco entre salud y educación, además de renovar el actual convenio. También es importante la existencia de un presupuesto específico para las EPS.

Como tarea adicional, es necesario reforzar los canales de coordinación intersectorial en el ámbito nacional, particularmente la CMEPS.

Bibliografía

DGPS (2006): Promoción de la salud, boletín nº 6, Lima, MS, DGPS, disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe>.

Ippolito-Shepherd, J. y Cimmino, K. (2002), La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. Ensayos y experiencias, 45, Salud-Educación, Buenos Aires, Novedades Educativas.

Mangrulkar, L., Vince Whitman, C. y Posner, M. (2001): Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes, Washington DC, OPS/OMS.

MS (2005a): Programa de promoción de la salud en las instituciones educativas, Lima, MS (DGPS), disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe>.

— (2005b): Memoria del Primer Encuentro Nacional de Promoción de la Salud: Construyendo una cultura de salud en el Perú, Lima, MS (DGPS), disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe>.

— (2006a): Experiencias de instituciones educativas promotoras de la salud, Lima, MS (DGPS), disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe>.

MS y ME (2006): Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de salud, Lima, MS (DGPS), disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe>.

OPS/OMS (1996): Promoción de la salud: una antología, publicación científica 557, Washington DC, OPS/OMS.

— (1998): Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras, Washington DC, OPS/OMS.

— (2003): Escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, serie Promoción de la Salud nº 4, Washington DC, OPS/OMS.

— (2006): Agenda de salud para las Américas 2008-2017, CEI 139/5, Washington DC, OPS/OMS.

Restrepo, H.E. (2001): "Agenda para la acción en promoción de la salud", en Restrepo, H.E. y Málaga, H. (comps.): Promoción de la salud: cómo construir vida saludable, Bogotá, Editorial Médica Internacional.

UNESCO, UNICEF, OMS, Banco Mundial (2000): Recursos efectivos en salud escolar (RESE). Un nuevo enfoque para mejorar la calidad y la equidad educativa. Una propuesta conjunta de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial con OMS, UNICEF y UNESCO, Washington DC, Banco Mundial.

Vallejos, J. y Merino, M. (2006): Mapeo nacional de las instituciones educativas promotoras de la salud, Lima, Proyecto AMARES (Comisión Europea, MS).

Vargas, R., Salazar, V. y Peñaherrera, E. (2003): Estudio diagnóstico y basal sobre habilidades para la vida en escolares de tres redes de cole-

gios estatales en Ayacucho, Andahuaylas y Huancavelica, Lima, Proyecto AMARES (Comisión Europea, MS).
WHO (1999): Local Action: Creating Health-Promoting Schools, WHO Information Series on School Health, Ginebra, WHO.

CAPÍTULO 6

Los servicios de salud y su rol en el desarrollo de escuelas promotoras de la salud. Experiencias exitosas en Mindo (Ecuador)

Benjamín Puertas Donoso y Tamara Rivera Andrade

Introducción

La relación existente entre salud y educación ha sido ampliamente discutida y ha sido objeto de mucho análisis.

> La educación y la salud están significativamente entrelazadas. Un estudiante que no está sano, que no ve ni oye bien, que tiene hambre o que está bajo la influencia de las drogas o el alcohol, no es un estudiante que pueda beneficiarse de manera óptima del proceso educacional (J. M. McGinnis, s/f).

Por esta estrecha relación entre el estado de salud de los escolares y su aprovechamiento escolar, en la medida en que se mejora la salud se incrementa su asistencia y permanencia en la escuela.

La adolescencia es una etapa de especial importancia, ya que durante la misma los jóvenes adquieren conocimientos y perciben comportamientos en su entorno que van configurando sus creencias, actitudes y expectativas de conducta futura (Comín et al., 1997). Esta etapa del desarrollo resulta crucial para evitar la adopción de hábitos nocivos y promover aquellos que favorezcan una vida saludable. Para ello es preciso estudiar dichos hábitos y los factores que los condicionan, que suelen ser múltiples y variados.

Las unidades educativas se constituyen en un centro de convergencia en el cual los maestros, los alumnos, las familias y la comunidad trabajan por un fin común: propiciar en el adolescente las HpV que los formen como agentes de desarrollo con alta auto-

estima, creativos, seguros de sí mismos, innovadores, críticos, y con valores cívicos y morales, que los lleven a la búsqueda constante del bienestar individual y colectivo para la promoción del desarrollo humano. Al fortalecer la promoción de la salud en el ámbito escolar, se está incentivando al estudiante desde una edad temprana a que alcance y mantenga prácticas y estilos de vida saludables durante su adolescencia, y que se conserven en etapas posteriores de la vida (Ippolito-Shepherd et al., 2005).

Las actividades de promoción de salud en el ámbito escolar están asociadas con menores tasas de embarazo, la reducción de enfermedades de transmisión sexual (ETS), mejor salud física y mental, menor probabilidad de abuso de sustancias, de exclusión social y violencia. A su vez, estas previenen la deserción escolar, los factores y prácticas de riesgo, al igual que incrementan el aprovechamiento de los alumnos (OPS/OMS, 2007). Si se mejora la calidad y el acceso a la educación como estrategia de promoción, se pueden obtener resultados positivos en la salud del adolescente.

La Carta de Ottawa señala la reorientación de los servicios de salud como uno de los ejes fundamentales del trabajo en promoción de la salud (Ippolito-Shepherd et al., 2005). Dentro de este contexto se busca que el personal de salud desarrolle actividades que rebasen el mero acto curativo y que involucren acciones de prevención y promoción. Para alcanzar este objetivo es importante que la unidad de salud y su personal se involucren y comprometan con otros actores comunitarios, entre ellos el sector educativo. Sin embargo, lograr una verdadera articulación es un reto que requiere de procesos a veces complejos y que llevan tiempo y esfuerzo. El presente capítulo describe una experiencia exitosa de integración de una unidad educativa y una unidad de salud del noroccidente de la provincia de Pichincha, Ecuador, en el marco de la estrategia de escuelas promotoras de salud (EPS).

Problemática

Para el 2005, según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), la población de 10 a 19 años en el país representó el 20,7% del total de habitantes (más de 2,7 millones), de los cuales 46,9% eran hombres y 53,1% mujeres. El Sistema de Indicadores Sociales sobre los Niños y Adolescentes

(SINIÑEZ, 2007) publicó una serie de datos que señalaron que el 40% de los niños realizaban labores domésticas o trabajo de ayuda a su padre, uno de cada dos pobres del país era un niño menor de 18 años, por cada niño en un hogar rico hay dos niños en hogares de extrema pobreza, apenas el 8% de los menores de 5 años asistía a algún programa de recreación, alimentación o desarrollo infantil y el 20% de los niños ha estado expuesto al maltrato de los profesores.

Los adolescentes constituyen el grupo de la población más expuesto al uso de drogas, alcohol y tabaco, debido a los cambios que sufren en esa etapa de la vida y sus consecuentes conflictos emocionales. A todo esto se añade la dificultad para adaptarse a dichos cambios y la influencia creciente del medio externo y de personas ajenas a la familia en su comportamiento y decisiones (Osorio et al., 2004). El uso del tabaco comienza en la adolescencia, lo que se asocia con el consumo ulterior de otras sustancias (Warren et al., 2001). El tabaquismo está asociado a la disminución de la calidad de vida, envejecimiento precoz, deterioro de la apariencia, impotencia sexual masculina, infertilidad. Además constituye un potente factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (vg., diabetes) y el cáncer (Corella, 2002). En 2002 el consumo de tabaco en Ecuador, entre los adolescentes, fue mayor en hombres que en mujeres, y la edad de inicio fue de 11 años para el sexo masculino y de 12 para el femenino (Warren et al., 2001: 11). Además se encontró que uno de cada cuatro alumnos fumaba en sus hogares y que más del 50% de los estudiantes que fumaban informan que su edad no les impedía adquirir cigarrillos en los lugares habituales de expendio.

Desde el punto de vista nutricional, la adolescencia es un período en que se superponen los riesgos derivados de los antecedentes infantiles y familiares. Además se consolidan o adquieren hábitos de vida y de alimentación que impactan directa o indirectamente sobre los jóvenes. Los principales problemas debido a la situación nutricional y a los distintos factores de riesgo son la elevada prevalencia de obesidad; la escasa actividad física, especialmente en los segmentos socioeconómicos más bajos; una alimentación caracterizada por el elevado contenido de grasas, especialmente saturadas y baja ingesta de algunos micronutrientes como calcio, hierro y vitamina C; una elevada prevalencia de anemia ferropénica y de deficiencia de vitamina A; alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular modificables mediante cambios en el estilo de vida (Bianculli et al., 1998).

Algunos de los problemas vinculados con un bajo rendimiento académico incluyen: carencias nutricionales, parasitosis, discapacidades físicas y mentales y embarazo durante la escuela secundaria (Symons et al., 1997). Varios estudios indican que los alumnos que pierden más de 10 días de clase por año tienen dificultad para permanecer en su grado. En Estados Unidos los niños con enfermedades crónicas pierden un promedio de 17 días de escuela cada año, por lo que es necesario poner énfasis en la nutrición del adolescente.

La inactividad física es otro factor de riesgo muy frecuente y resulta perniciosa para la salud. Los conocimientos actuales permiten considerar que existe una asociación de tipo causal entre el nivel de actividad física y la aparición de diversas enfermedades, entre las que sobresalen por su importancia las coronariopatías, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la osteoporosis, sin olvidar cómo afecta al desarrollo del sobrepeso (Salleras y Serra, 1991). Según la Encuesta Nacional de Salud española (CDC, 1997), más del 50% de la población mayor de 15 años declaraba no realizar ejercicio físico.

El 38% de las mujeres de América Latina se embaraza antes de cumplir 20 años de edad, y la mortalidad materna continúa siendo una prioridad de salud pública. En América Latina y el Caribe, al menos 10 de cada 100 adolescentes mujeres son madres cada año (Serrano, 1995). Según la OPS/OMS, en 1994-99, el 25% de las mujeres de 15 a 19 años reportó actividad sexual (edad media de inicio: 16,6 años) y tan solo el 11% declaró empleo de anticonceptivos (OPS/OMS, 2001). La tasa de fecundidad en este grupo fue 91 por mil y la mortalidad materna se estimó en 91,7 por 100 mil nacidos vivos. En el Ecuador, durante el período 1984-2005, se han acumulado un total de 7769 casos de personas conviviendo con el VIH/sida, de los cuales 1761 fallecieron. La evolución anual de la epidemia se ha incrementado; para 2005, el número de casos nuevos de personas notificadas con VIH fue de 1069 y 470 casos de sida. La epidemia afecta principalmente a jóvenes y adultos jóvenes, presentándose, para 2006, 7,5% casos de vih y 2,9% casos de sida en jóvenes ecuatorianos de 14 a 19 años de edad (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2005).

Descripción

Localidad. La parroquia de Mindo, que forma parte del cantón San Miguel de los Bancos, cuenta con una población aproximada de 23.660 habitantes: 9.688 en ámbito urbano, 13.972 en ámbito rural (INEC, 2005). Mindo se halla en el noroccidente de la provincia de Pichincha, está rodeada por una reserva ecológica de 19.200 hectáreas y tiene una población aproximada de 2800 personas. El porcentaje de analfabetismo en el cantón llega al 9% y el analfabetismo funcional al 25,8%. Según el censo de 2001 (INEC) tan solo el 68,4% de la población terminó la primaria y el 14,5% culminó la secundaria. El porcentaje de hogares con niños que no asisten a la escuela fue de 13,9%.

Unidades educativas. Mindo cuenta con dos unidades educativas: la Escuela Fiscal Pedro Vicente Maldonado, a la que asisten aproximadamente 100 niños, y la Unidad Educativa Fiscomisional Técnico Ecuador (UEFTE), que cuenta con secciones de primaria y secundaria, con estudiantes internos y externos. Además, esta unidad cuenta con un internado para alumnos provenientes de distintos lugares del país. El total de alumnos matriculados para el año lectivo 2007-2008 fue de 405 (MSP, 2007) (cuadro 1). La mayor prevalencia de enfermedades en esta población estudiantil correspondió a desnutrición, parasitosis, afecciones dérmicas, gastroenterológicas, respiratorias y depresivas, todas ellas prevenibles.

Cuadro 1. Total de alumnos de la secundaria de la UEFTE para el año lectivo 2007-2008.

Sexo	Internos	Externos	Total
Mujeres	196	70	266
Hombres	87	52	139
Total	283	122	405

Fuente: Partes diarios del SCS de Mindo.

Unidades de salud. Mindo cuenta con un subcentro de salud perteneciente al Área nº 11 de Salud (Los Bancos) del MSP. La superficie del subcentro de salud de Mindo es de 300 metros cuadrados, dividida de la siguiente manera: un consultorio médico, uno de obs-

tetricia, uno de odontología, un área de enfermería (control del niño sano y actividades de enfermería), un área de vacunaciones, tres baños, una cocina, un patio interno y un patio externo. La unidad operativa cuenta con los servicios básicos de agua, luz y alcantarillado, aunque carece de comunicación telefónica.

Con relación al recurso humano, la unidad operativa contaba con médico rural, enfermera rural, obstetra y odontólogo, asignados por el MSP. Además el Municipio de los Bancos contrató una persona para que se encargara de la limpieza, dos veces por semana. El personal de salud trabajaba de lunes a sábado en dos jornadas: de 8:00 a 13:00 y de 14:00 a 17:00. Las emergencias se atendían dentro o fuera del horario preestablecido.

Mindo contaba con una farmacia con medicación básica y un consultorio particular de odontología.

Estrategias y acciones

En función de las estrategias contempladas en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), y que posicionan a la promoción de la salud, se destacaron la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y, muy en particular, la reorientación de los servicios de salud. La estrategia de promoción de la salud en el ámbito escolar fue otro componente importante analizado. Cabe mencionar que, por la naturaleza de la experiencia, no se abordó el componente de políticas públicas saludables.

Creación de ambientes saludables. Garantizar un adecuado ambiente tanto físico como emocional es una de las estrategias de la promoción de la salud (OMS, 1986). Muchas unidades operativas no cuentan con una infraestructura física que les permita funcionar de la mejor forma posible. Adicionalmente, las unidades de salud no son sitios amigables para escolares y adolescentes. En el primer caso, los niños relacionan la unidad con un lugar de enfermedad y dolor, por lo que lo evitan al máximo. Por otro lado, los adolescentes no reconocen en el subcentro un lugar al que pueden acudir para resolver los problemas que los aquejan en esa etapa de sus vidas (ETS, embarazos precoces, etc.), y menos aún como un lugar donde pueden acceder a consejería en temas como sexualidad, relaciones interpersonales y nutrición, entre otros. El mejoramiento de las áreas físicas es una medida inicial que favorece la percepción de la unidad por parte de la población en general. Este aspecto debe ir acom-

pañado de una mejora del ámbito psicosocial, que en el caso de escolares y adolescentes consiste en convertir a la unidad de salud en un espacio amigable para este grupo poblacional.

En el caso del subcentro de Mindo, se empezó mejorando el acceso a la unidad, que en época de invierno permanecía inundado, por lo que se gestionó la construcción de una rampa de cemento, en espera de que el problema de base sea solucionado. Además, se señalizaron a través de carteles las horas de atención del subcentro, promocionando los servicios que la unidad ofrecía. Las áreas de consulta externa tenían ventanas abiertas hacia la calle, lo que impedía una adecuada privacidad para los usuarios de la unidad; entonces se colocó un material adhesivo opaco que permitió brindar mayor privacidad sin que las habitaciones perdieran luminosidad. En el consultorio donde se atendía a la mayoría de los niños se colocaron adhesivos con figuras de personajes infantiles y se adornó el escritorio con juguetes y material para dibujo, lo que permitió que los niños acudieran más al subcentro y que no sintieran tanto recelo hacia el médico. Se pudo observar que el mejoramiento del ambiente físico estuvo muy relacionado con el ambiente psicosocial, puesto que al garantizar mayor privacidad se brindó respeto a los usuarios. El ambiente luminoso, limpio y sin malos olores incrementó la autoestima del personal de la unidad y de los usuarios del servicio.

Debido a la alta incidencia de parasitosis y enfermedades gastrointestinales, se realizó un estudio fisicoquímico y bacteriológico del agua de Mindo. Conjuntamente con líderes comunitarios se identificaron cinco puntos geográficos importantes del sistema de agua de la zona, donde se realizó la toma de muestras, siguiendo la metodología estandarizada para estos casos. Los resultados del análisis demostraron que no existía un problema serio, pero se aprovechó para hacer saber a la población que la salud y su ambiente son un prerrequisito para el desarrollo sustentable de cualquier comunidad. La creación de un ambiente para la salud depende en gran parte de la participación de todos, no solamente en términos de acciones contributivas de los miembros, sino de acciones cooperativas entre los sectores.

Reforzamiento de la acción comunitaria. La Carta de Ottawa sobre la promoción de la salud incorpora dentro de sus ejes programáticos la participación social como un mecanismo para alcanzar el bienestar de los pueblos (OPS, 1996). La acción comunitaria es variable en función del tipo de comunidad, de la tradición de parti-

cipación, del contexto sociocultural y económico del entorno, entre otros. Estos elementos deben ser previamente considerados para dimensionar el impacto que tiene la participación de la comunidad en las acciones de salud, a fin de que, de acuerdo con ese análisis, aprovecharla o potenciarla.

Mindo está poblado por personas provenientes de varias provincias del país, tanto de la costa, como de la sierra y del oriente. El concepto de minga no era desconocido por la población, que acudía a este tipo de trabajo voluntario con cierta frecuencia para mejoras comunitarias tales como limpieza y mejoramiento de la carretera de acceso, trabajos en la iglesia local, etc., mas no necesariamente en acciones relacionadas con salud. El personal del subcentro de salud inició una serie de aproximaciones con las autoridades de la población, con autoridades de las unidades educativas existentes y conversaciones con informantes clave, con el objeto de conocer sus expectativas y tener una visión de cómo percibe la comunidad los problemas de la salud. Al mismo tiempo se dio inicio al ordenamiento y reorganización de las áreas físicas del subcentro, para lo que contó con la realización de varias mingas con voluntarios de la comunidad. En una primera ocasión, esta participación fue propiciada por parte de la autoridad local, pero para las posteriores la comunidad acudió por pedido de la directora de la unidad o por iniciativa propia. En las estrategias realizadas por el subcentro existió un empoderamiento de la comunidad y por lo tanto una extensa participación de los mismos.

Desde el alcance de la participación comunitaria, entendida como acciones motivadas por una institución, autoridad o líder, existió una respuesta positiva por parte de la comunidad. Desde el punto de vista de la participación social, entendida como las acciones emprendidas como iniciativas directas de la población, aún se requería mayor compromiso por parte de la población. Cabe destacar que las actividades comunitarias, emprendidas por el personal del subcentro y que se describen en el siguiente punto, permitieron ese empoderamiento y cierto nivel de participación social, puesto que varias actividades surgieron de la iniciativa de mujeres de la comunidad.

En todo el proceso se reflejó una diferencia de género en cuanto a la acción comunitaria: los hombres acudían a las mingas y prestaban su mano de obra por pedido de una autoridad o líder comunitario (participación comunitaria). Las mujeres, luego de vencido un recelo inicial, asumieron un rol más activo y al final proponían

actividades de promoción de la salud desde su propia iniciativa y motivación (participación social).

Desarrollo de aptitudes personales. Desarrollar aptitudes que incrementen las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente, y para que opte por todo lo que propicie la salud, es otro de los componentes de la promoción de la salud que describe la Carta de Ottawa (OMS,1986).

La educación para la salud es una de las herramientas más útiles para desarrollar aptitudes personales y se ha convertido en uno de los elementos más visibles dentro de las estrategias de promoción de la salud (Puertas, Herrera y Aguinaga, 2004). La educación para la salud con un enfoque integral es uno de los componentes de las EPS. En este sentido, el personal del subcentro de salud de Mindo inició un programa de capacitación de promotores de salud. Los promotores fueron capacitados por dos meses en las siguientes áreas:

1. Promoción de la salud: fomento de estilos de vida saludables, EPS, actividad física.
2. Atención primaria de salud: primeros auxilios, lactancia materna, nutrición, planificación familiar, entre otras.
3. Toma de presión arterial, peso, talla, signos vitales.

La capacitación de promotores de salud permitió acercar el subcentro de salud a la comunidad, al mismo tiempo que desarrolló la autoestima de los promotores, empoderándolos frente a la población. Posteriormente a la capacitación, los usuarios del servicio y la comunidad en general aceptaron el nuevo rol de los promotores, accediendo a su intervención en actividades de apoyo tales como la toma de signos vitales, y aceptando las sugerencias en temas de prevención y promoción (fomento de la actividad física, nutrición, manejo de desechos sólidos). Adicionalmente, el personal de salud del subcentro, junto con los promotores, colocaron en la unidad carteles con mensajes de salud, enfatizando aquellos positivos o relacionados con salud maternoinfantil, y evitando aquellos negativos (“no haga esto o aquello”) o los que se limitaban a describir una enfermedad.

El subcentro identificó a varias señoras que tenían habilidades manuales y que estaban dispuestas a compartirlas con otras mujeres de la zona sin recibir remuneración. Durante las horas de aten-

ción se convocó a las personas interesadas en participar en un taller de manualidades (croché, tejido, pintura en tela). Veinte personas se sumaron a esta iniciativa y durante tres meses participaron en el taller, asumiendo el costo mínimo del material a utilizarse. El taller se realizó en una de las habitaciones del subcentro que antes cumplía las funciones de bodega, a partir de la hora de cierre de la atención. En una primera parte dedicada a la educación para la salud (30 minutos) se discutía sobre temas relevantes (salud maternoinfantil, ETS, etc.), y luego se continuaba con dos horas de taller. Como era de esperarse, la mayor parte de los participantes (65%) fueron mujeres adultas, aunque llamó la atención que se inscribieron cuatro niñas (20%), y más llamativo aún, siendo una sociedad machista, la presencia de tres hombres en el grupo. Al mismo tiempo que se desarrollaban aptitudes manuales y hábitos de colaboración, se establecieron redes sociales y relaciones interpersonales que facilitaron el trabajo en taller, creando un espacio saludable y de camaradería (el personal de salud participó en el taller). La actividad manual se mantuvo incluso luego de haber terminado el taller y tres señoras usaron la nueva habilidad adquirida para obtener ingresos económicos adicionales.

Siempre se ha vinculado el papel de las unidades operativas con actividades relacionadas de manera exclusiva con salud (o más bien de enfermedad), mientras que poco se ha hecho para convertir a ese servicio en un punto de encuentro de la comunidad, donde se desarrollen actividades que generen vínculos sociales y que mejoren las relaciones interpersonales entre sus miembros, elemento importante de la promoción de la salud. Si dichas actividades se convierten en fuentes de ingreso para las personas, se estaría contribuyendo además a mejorar su calidad de vida. Podría surgir la inquietud de que se está trastocando la naturaleza misma del servicio, pero la promoción de la salud se caracteriza por la intersectorialidad y multidisciplinariedad de sus acciones, y por ello la importancia de reorientar los servicios de salud para que respondan de una mejor manera a las necesidades de la población.

Reorientación de los servicios de salud. La promoción de la salud es una "responsabilidad que debe ser compartida entre los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos locales" (OMS, 1986). Considerando el enfoque curativo que prevalece en la formación de profesionales de salud y en la prestación de servicios, en su mayoría

curativos, este componente es uno de los más difíciles de aplicar.

La reorientación de servicios de salud, que han venido cumpliendo una función meramente curativa, debe ser progresiva, a fin de evitar que el cambio sea drástico para los usuarios que tienen una expectativa de servicios estrictamente asistenciales. De otra forma, se corre el peligro de desvirtuar la labor del profesional de salud que busca incorporar acciones de promoción de la salud en su práctica cotidiana, siendo quizá percibidas como fuera de su verdadero ámbito de acción.

En el caso de Mindo, durante las primeras semanas, la atención de salud fue eminentemente curativa, pero a partir del segundo mes se aprovechó de la entrega de los suplementos alimenticios a madres (Mi Bebida) y a niños (Mi Papilla) y las consultas de planificación familiar, para brindar acciones de educación para la salud. A partir del segundo mes, con el objeto de extender la cobertura de la unidad y mejorar el acceso geográfico, el personal organizó brigadas de salud a poblaciones rurales aledañas, donde se realizó control de niño sano, control prenatal, planificación familiar, atenciones de morbilidad y atenciones odontológicas. Además se incluyeron brigadas de salud dirigidas a los estudiantes, docentes y personal administrativo de la UEFTE y de la Escuela Pedro Vicente Maldonado.

Cuando se estableció la confianza profesional, la directora implementó un programa de actividad física y nutrición en el subcentro, debido a los problemas de obesidad y malos hábitos alimenticios observados entre los pobladores. A través de ejercicios aeróbicos impartidos dos veces por semana, se logró incorporar entre 20 a 35 asistentes en cada sesión, en su mayoría mujeres y niños. El programa duró cuatro meses y las actividades se ampliaron de las sesiones de aeróbicos que se realizaban en el patio exterior del subcentro, a las canchas aledañas y a la piscina del pueblo.

En una siguiente etapa, el personal del subcentro buscó realizar acciones que promovieran la salud y fomentasen la participación social a través de una feria de salud. En reuniones mantenidas con las autoridades de la parroquia de Mindo, la Maestría en Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito y la ONG Faro del Saber Ciudadano, se decidió organizar la I Feria de Salud Mindo 2007. Otros actores, entre los que se incluían instituciones de carácter privado, se fueron vinculando a través de cooperación técnica, financiera y logística, destacando siempre la participación de la comunidad desde la fase de planificación del evento. En la feria participaron más de 500 personas en las diferentes actividades propuestas: duat-

lón, minimaratón recicladora, exposiciones (taller de pinturas para niños, caritas pintadas), pabellones con temas y actividades alusivas a la salud y medioambiente (grupo de abono y reciclaje, artesanías, atención primaria en salud, consejería nutricional, prevención de VIH/sida, tuberculosis), presentación de grupos musicales y deportes.

El servicio de salud y la estrategia EPS

La salud y la educación son sectores que han estado íntimamente relacionados. Las reformas curriculares actuales buscan incorporar a la educación para la salud como un eje transversal (Universidad de Cuenca, 2000), mientras que los servicios de salud, especialmente de primer nivel, participan activamente en programas escolares (desde emitir certificados médicos escolares, hasta participar en acciones de promoción de la salud en el nivel escolar). Es responsabilidad de las unidades de primer nivel ser una puerta de entrada a la salud para el sistema escolar; esta introducción puede ser aprovechada si se aborda al escolar desde una perspectiva de salud integral, o puede quedarse en el mero acto médico, en muchos casos traumático y desagradable para el niño.

La provisión de servicios de salud facilita el fortalecimiento de la relación entre los equipos de salud, educación y otros sectores involucrados, incluso sus funciones y su capacidad para complementarse y fortalecerse mutuamente (Morgan, 2003). Además, esta relación contribuye a la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de salud.

Mediante la estrategia EPS, se promovió el desarrollo de estilos de vida saludables en los docentes, alumnos y padres de familia de las unidades educativas de la población, contribuyendo a crear una cultura de salud. Las actividades emprendidas se enmarcaron en los componentes de la promoción de la salud escolar e incluyeron:

Educación para la salud. Se aplicó un programa educativo progresivo, que consistía en Jornadas de Salud en las unidades educativas, donde se trataron temas relacionados con salud sexual y reproductiva, ETS, VIH/sida, higiene y nutrición, tuberculosis, salud oral, bajo el lema "Lo que los jóvenes necesitan saber". Para el efecto se contó con el apoyo académico de los estudiantes de pregrado de Medicina y de la maestría en Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito, al igual que estudiantes de Bioquímica y

Farmacia de la Universidad Central del Ecuador.

Servicios de salud. El personal del subcentro acondicionó el dispensario de salud que existía en la Unidad Educativa Ecuador, estableció un horario de atención de la médica y del odontólogo e inició actividades de salud con énfasis en la prevención, detección temprana (mediante exámenes periódicos de la audición, visión, profilaxis odontológica, etc.) y solución de los problemas de salud de los escolares y personal docente (atención de la morbilidad).

Con respecto a los servicios de alimentación, al inicio del año escolar se logró que las autoridades se comprometieran a vigilar los alimentos que eran expendidos en el bar de la institución, y de esta manera se controló el expendio de comida chatarra y se incluyeron frutas y productos nutricionales.

Ambientes saludables. Se implementó un programa de manejo de desechos sólidos, para lo que se motivó a que los estudiantes crearan clubes ecológicos, para reciclar la basura y vigilar que los desechos fueran colocados en los recipientes adecuados. Los estudiantes identificaron los lugares con mayor cantidad de desperdicios y se colocaron basureros en dichos espacios estratégicos de la institución. Se mejoró el ambiente con la plantación de árboles ornamentales en la unidad educativa.

Al final del año se realizó una Casa Abierta en el subcentro de salud, donde participaron todos los miembros de la comunidad. Los actores incluyeron los alumnos de la Unidad Educativa Fiscomisional, el grupo de actividad física y nutrición, el grupo de manualidades y los promotores de salud. Todos ellos expusieron a los visitantes los resultados de las actividades emprendidas en los meses anteriores.

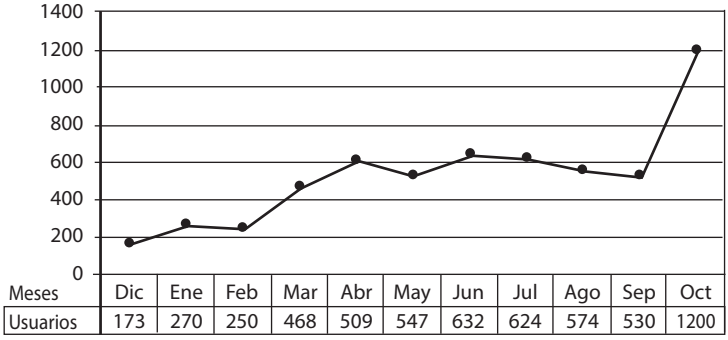
Eventualmente la comunidad involucró al personal de salud en actividades de índole sociocultural que no estaban relacionadas con el subcentro, sino más bien con otros ámbitos de la vida cotidiana de la comunidad, como fue la organización de las fiestas de la parroquia, la elección de reina de Mindo, el coro de la iglesia, entre otras.

Las estadísticas. En un período de once meses, el número de consultas del subcentro de salud de Mindo creció de 173 usuarios (diciembre de 2006) a 1200 usuarios en octubre de 2007 (véase gráfico nº 1). El incremento fue progresivo durante el año, con un primer pico en marzo y abril, y un segundo a partir del mes de septiembre.

Gráfico nº 1. Número de usuarios del subcentro de salud de Mindo, período comprendido entre diciembre 2006 y octubre 2007.

Fuente: Partes diarios del subcentro de salud de Mindo.

Las actividades de prevención tuvieron un crecimiento sostenido, mientras que las acciones de promoción de la salud tuvieron fluctuaciones considerando que respondieron a momentos específicos donde se redujeron en número (inicio del año lectivo, vacaciones escolares), y momentos donde se concentraron dichas acciones (feria de salud, talleres, promoción de salud en el ámbito



Meses	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct
Usuarios	173	270	250	468	509	547	632	624	574	530	1200

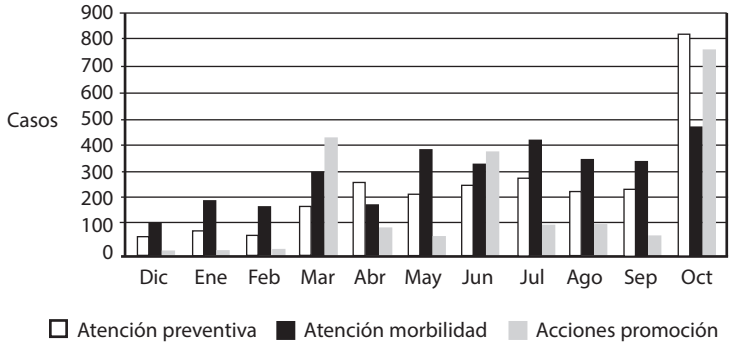
escolar, casa abierta). Las consultas de morbilidad, luego de un ascenso inicial, se mantuvieron bastante estables a partir de mayo hasta el final del período (gráfico nº 2).

Gráfico nº 2. Número de usuarios del subcentro de salud de Mindo en actividades de prevención, promoción y morbilidad. Diciembre 2006 a octubre 2007.

Fuente: Partes diarios del subcentro de salud de Mindo.

La reorientación de los servicios sanitarios hacia un enfoque de promoción de la salud exige mayor atención y compromiso con la investigación sanitaria, un conocimiento de las dinámicas de la

población y un mapeo de los actores comunitarios. Todo ello parte de una adecuada formación de los profesionales en promoción, prevención y salud comunitaria. En el caso del subcentro de salud de



Mindo, la reorientación del servicio hacia la promoción de la salud se vio ampliamente facilitado por la formación en salud pública en el nivel de maestría de la directora. Con las excepciones del caso, el médico general o especialista en áreas clínicas y quirúrgicas desconoce o desconfía de los alcances de la promoción de la salud. En los mejores casos, el profesional introduce aspectos de prevención, a veces confundiéndolos con acciones de promoción, y en la mayoría de los casos simplemente la ignora. Esto refleja el hecho de que la formación médica aún no produce profesionales entrenados en promoción de salud (Guldan, 1996) y que, en el mejor de los escenarios, los médicos reconocen y aplican aspectos de prevención que en muchos casos confunden como acciones de promoción (Puertas, 2006).

Investigación operativa: estudios de comportamientos de riesgo en escolares y adolescentes

Un estudio comparativo llevado a cabo por la OPS/OMS en 20 países de la región reveló la ausencia de investigaciones sobre las necesidades de la niñez y juventud y la carencia de estrategias nacionales y de enfoques novedosos para la elaboración de materiales educativos (OPS, 2007). Adicionalmente, en muchos casos no existen registros nacionales, y menos aún locales, de comportamientos de riesgo para la salud en estos grupos poblacionales.

El subcentro de salud de Mindo, bajo la coordinación de su directora, llevó a cabo el estudio sobre Conductas de riesgo para la salud en adolescentes: diferencias entre estudiantes internos y externos de la UEFTE de la Parroquia de Mindo. La investigación, de tipo descriptivo y de corte transversal, incluyó 314 estudiantes adolescentes internos y externos de 12 a 19 años de esta unidad, según una encuesta autoadministrada que contemplaba preguntas relacionadas con los factores de riesgos para la salud: nutrición, sexualidad, actividad física, condiciones socioeconómicas, accidentabilidad, trabajo estudiantil, migración, relaciones sociales, agresión, hábitos. Los resultados más significativos se describen a continuación.

De los participantes, el 84,8% respondió que vive en una zona rural y el 15,2% en una zona urbana, existiendo una diferencia estadísticamente significativa en la respuesta de los estudiantes. El promedio de peso de los internos fue de 51,9 ± 9,1 SD kg y el de los externos de 49,3 ± 11,5 SD kg, lo que se encuentra dentro de rangos normales para la edad, aunque se apreció una tendencia mayor al sobrepeso entre los internos. El 17% de los estudiantes respondió que realiza algún tipo de trabajo fuera del horario de clases. Es preocupante el hecho de que 60% de los internos y 49% de los externos fueron agredidos física o emocionalmente alguna vez en su vida.

Con relación a los hábitos, el 44,8% de los internos y el 46,4% de los externos afirmaron haber fumado alguna vez en su vida (la prevalencia de vida en el Ecuador fue de 51,5% entre 12 y 49 años en 1995). Véase cuadro 2.

Cuadro 2. Consumo del cigarrillo, internos y externos de la UEFTE. Mindo, 2007.

			¿Has fumado cigarrillos alguna vez?	
			Sí	No
Interno	Sexo	Masculino	37 (19,2%)	17 (8,8%)

			Femenino	49 (25,6%)	89 (46,4%)
	Externo	Sexo	Masculino	29 (26,3%)	19 (17,2%)
Escolaridad (36,4%)			Femenino	22 (20,1%)	40 (36,4%)
	Valor p			0,8	

Fuente: Encuesta Factores de Riesgo para la Salud en Adolescentes, Mindo 2007.

En cuanto a comportamientos sexuales, el 51% de hombres internos y el 30,8% de mujeres internas respondieron haber tenido relaciones sexuales. Entre los externos el porcentaje fue 42% de hombres y 25% de mujeres (cuadro 3).

Cuadro 3. Estudiantes internos y externos de la UEFTE que respondieron haber tenido relaciones sexuales: Mindo, 2007.

¿Has tenido relaciones sexuales?	Total
Sí	No

	Interno	Sexo	Masculino	28 (51%)	26 (47,3%)	54
			Femenino	44 (30,8%)	98 (68,5%)	142
		Total		72	1 2	4
196						
Régimen de escolaridad	Externo	Sexo	Masculino	20 (41,7%)	27 (56,3%)	47
			Femenino	16 (25%)	43 (67,2%)	59
		Total		36	7	0
106						
Valor p 0,4 (diferencia entre hombres internos y externos que sí han tenido relaciones sexuales). Valor p 0,8 (diferencia entre mujeres internas y externas que sí han tenido relaciones sexuales)						

Fuente: Encuesta Factores de Riesgo para la Salud en Adolescentes, Mindo 2007.

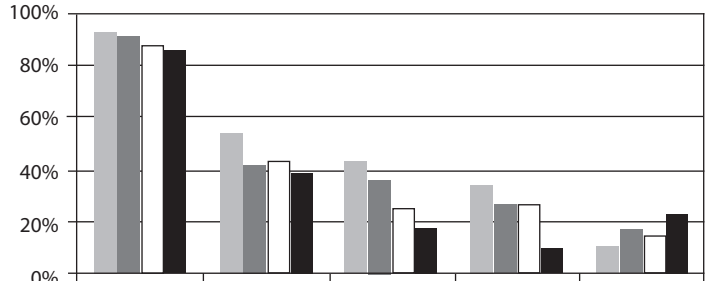
El 22,2% tuvo sus relaciones antes de los 12 años de edad. El 30% tuvo su primera relación sexual de manera agresiva y forzada. El 74% de las mujeres no utilizó ningún tipo de método anticonceptivo. La mayor parte de los estudiantes tenía conocimientos acerca de las ETS (gráfico nº 3).

Gráfico 3. Relación del conocimiento sobre ETS entre internos y externos de la UEFTE. Mindo, octubre de 2007.

Fuente: Encuesta Factores de Riesgo para la Salud en Adolescentes, Mindo 2007.

Entre los estudiantes se evidenció una fuerte conciencia sobre

la importancia y trascendencia de realizar ejercicio físico, y ello se reflejó en un elevado nivel de práctica deportiva.



	Sida	Gonorrea	Herpes	Sífilis	No saben
HI	93%	54,50%	43,60%	34,50%	10,90%
MI	91%	42%	36,30%	26,60%	17,50%
HE	87,50%	43,70%	25%	27%	14,50%
ME	85,90%	39%	17,20%	9,40%	23,40%

ETS

El estudio confirmó que los adolescentes constituyen el grupo de la población más expuesto al uso de tabaco, alcohol y drogas. Se puede observar que el consumo de sustancias psicoactivas forma parte de los hábitos y costumbres de la sociedad ecuatoriana, y las que más se consumen son las llamadas "drogas sociales", como el alcohol y el tabaco, cuya prevalencia está aumentando, por lo que resulta importante trabajar desde tempranas edades para informar de los riesgos que implica dicho consumo.

Se pudo observar que los internos presentan mayores factores de riesgo que los externos, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Los factores de riesgo que presentan se deben a causas intrínsecas y extrínsecas. Dentro de las intrínsecas encontramos los problemas familiares que acarrean consigo, ya que muchos de ellos provienen de familias disfuncionales, donde uno o ambos padres han migrado, o donde existen dificultades sociales. Las causas extrínsecas tienen que ver con el medio donde viven, la influencia de los medios de comunicación masiva (radio, televisión), el tipo de alimentación que reciben, y la falta de motivación por

parte de las autoridades y profesores para realizar actividades extraescolares recreativas.

En este estudio, el hecho de ser interno se convierte en un factor de riesgo, pues en este grupo existe menos convivencia con sus familiares y especialmente con sus padres. Pero, por otro lado, al ser los internos un grupo cautivo, hay muchas oportunidades para realizar programas de intervención.

Conclusiones

Las actividades de prevención en el subcentro de salud de Mindo tuvieron un crecimiento sostenido en el año, mientras que las acciones de promoción de la salud registraron fluctuaciones relacionadas con etapas propias de la comunidad. Las consultas de morbilidad, luego de un ascenso inicial, se mantuvieron bastante estables durante el resto del año.

Desde el punto de vista de ambientes saludables, el mejoramiento de las áreas físicas favoreció la percepción de la unidad por parte de la población en general, y convertir a la unidad de salud en un espacio amigable para este grupo poblacional permitió un mejoramiento del ambiente psicosocial. El mejoramiento del ambiente físico estuvo muy relacionado con el ambiente psicosocial, puesto que al brindar mayor privacidad se brindó respeto a los usuarios, mientras que el ambiente luminoso, limpio y sin malos olores incrementó la autoestima del personal de la unidad y de los usuarios del servicio. La creación de un ambiente para la salud depende en gran parte de la participación social, no solamente en términos de acciones contributivas de los miembros, sino de acciones cooperativas entre los sectores.

La acción comunitaria es variable en función del tipo de comunidad, de la tradición de participación, del contexto sociocultural y económico del entorno, aspectos que deben ser considerados para dimensionar el impacto que tiene o puede tener dicha participación en las acciones de salud.

Se evidenció una diferencia de género en cuanto a la acción comunitaria y las mujeres asumieron un rol más activo en proponer actividades de promoción de la salud desde su propia iniciativa y motivación (participación social).

Las actividades en el interior de la unidad operativa, especial-

mente aquellas que trascendían el ámbito de atención, permitieron el desarrollo de hábitos de colaboración, la conformación de microrredes sociales y el mejoramiento de las relaciones interpersonales, contribuyendo a la creación de espacios saludables.

Las acciones relacionadas con la promoción de la salud convirtieron al subcentro de salud en un punto de encuentro de la comunidad, donde se generaron vínculos sociales entre sus miembros.

La reorientación de servicios de salud debe ser progresiva, para evitar el cambio drástico para los usuarios que tienen una expectativa de servicios estrictamente asistenciales. El cambio brusco puede desvirtuar la labor del profesional de salud, que podría ser percibida por la comunidad como fuera de su verdadero ámbito de acción.

Las unidades de primer nivel son una puerta de entrada a la salud para el sistema escolar; por ello la importancia de abordar al escolar desde una perspectiva de salud integral, evitando que la atención se limite al mero acto médico, en muchos casos traumático y desagradable para el niño.

La reorientación de los servicios sanitarios exige mayor atención y compromiso con la investigación sanitaria, un conocimiento de las dinámicas de la población y un mapeo de los actores comunitarios.

En el nivel de la unidad educativa, los estudiantes, con el apoyo del personal del subcentro, identificaron las áreas de mayor riesgo para lesiones y caídas, y procedieron a la correspondiente limpieza o señalización, dentro de un esquema de prevención de lesiones comunes.

Los adolescentes constituyen el grupo de la población más expuesto al uso de tabaco, alcohol y drogas. Es importante que la unidad de salud trabaje con los estudiantes desde tempranas edades en la prevención de los riesgos que implica su consumo. Las acciones de promoción de la salud aparecen como una alternativa para el fomento de estilos de vida saludables.

El estudio nos demuestra que la información sobre sexualidad recibida por parte de los jóvenes es todavía insuficiente. Existe desconocimiento o confusión sobre algunos aspectos, especialmente los relacionados con las ETS y el uso de anticonceptivos, que se traducen en prácticas sexuales de riesgo. El poco conocimiento adquirido no ha logrado incorporarse en el estilo de vida de los jóvenes, lo que se refleja en embarazos no deseados. Los colegios deben promover una educación en valores que cree las condiciones propicias para una vida sexual con posibilidades de placer, amor y

responsabilidad.

En general, los internos presentaron mayores factores de riesgo que los externos, posiblemente debido a causas intrínsecas (familias disfuncionales, migración de los padres o problemas sociales) y causas extrínsecas (el lugar donde viven, tipo de alimentación, influencia de medios de comunicación masiva, falta de actividades extraescolares recreativas).

Bibliografía

Bianculli, C. et al. (1998): "Factores de riesgo para la salud y la situación nutricional de los adolescentes urbanos en Argentina", Adolesc. Latinoam., jul./sep., vol.1, nº 2, pp. 92-104.

Centers for Disease Control and Prevention, MMWR (CDC) (1997): Guidelines for school and community to promote lifelong physical activity among young people, marzo 7, 46 (RR-6): 1-36.

Comín, E., Torrubia, R., Villabí, J.R. y Nebot, M. (1997): "Fiabilidad de un cuestionario administrado para investigar el nivel de ejercicio y el consumo de tabaco y de alcohol entre escolares", Medicina Clínica (Barc), 108: 293-298.

Corella, S. (2002): Encuesta mundial sobre tabaquismo en jóvenes de enseñanza media.

Guldan, G. (1996): "Obstacles to Community Health Promotion", Soc. Sci. Med. vol. 43, nº 5, p. 689.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2005): Datos estadísticos Ecuador.

Ippolito-Shepherd, J.; Cerqueira, M.T. y Ortega, D. (2005): Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas, IUHPE – Promotion and Education, vol. XII, nº 3-4, pp. 220-229.

Ippolito-Shepherd, J., Cimmino, K. y Cerqueira, M.T. (2005): Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina - Resultados de la Primera Encuesta Regional, serie Promoción de la Salud nº 3, Washington DC, OPS/OMS.

McGinnis, J.M. (director de U.S. Public Health Service) (s/f): Comunicación personal.

MSP (2005): Informe Programa Nacional de Sida, Ecuador.

— (2007): Estadísticas del Subcentro de Salud de Mindo, período 2006-2007, Ecuador.

Morgan, P. (2003): La Iniciativa Global de Salud Escolar de la OMS: un esfuerzo global para ayudar a escuelas a convertirse en escuelas promotoras de la salud, Memorias de la Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, p. 17.

OMS (1986): Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.
OPS (1996): Health Promotion: An Anthology, PAHO/WHO, publicación nº 557, p. 39.
— (1997): "Componentes educativos de los programas para la promoción de la salud escolar", Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2 (3), p. 210.
— (2001): Perfil de salud del Ecuador, disponible en: <http://www.paho.org> [consultado el 14 de marzo del 2007].
— (2007): Salud en las Américas, vol. I, p. 176, Washington DC, OPS.
Osorio, R., Ever, A., Ortega, M. y Pillon, S. (2004): "Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes", Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12: 369-375. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo>.
Puertas, B. (2006): "Alcances de la prevención y la promoción de la salud: ¿existe confusión de estos niveles entre los profesionales y estudiantes de ciencias de la salud?, Medizine, vol. II, año 2. p. 49.
Puertas, B.; Herrera, M. y Aguinaga, G. (2004): "La promoción de salud en el Ecuador", en La promoción de salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica, Centers for Disease Control, Universidad de Puerto Rico, San Juan.
Salleras, L. y Serra, L. (1991): "Actividad física y salud", en Piédrola, G. et al. (comps.): Medicina preventiva y salud pública, Barcelona, Salvat, pp. 963-972.
Serrano, C. (1995): La salud integral de los adolescentes y los jóvenes su promoción y su cuidado, Washington DC, OPS.
Sistema de Indicadores sobre los Niños, Niñas y Adolescentes (SINIÑEZ): disponible en <http://www.siise.gov.ec> [consultado el 9 de agosto de 2007].
Symons, C. W., Cinelli, B., James, T. y Groff, P. (1997): "Conectando los riesgos para la salud de estudiantes y el logro académico mediante los programas integrales de salud escolar", J. Sch Health, 67: 220-227.
Universidad de Cuenca (2000): Memorias del 1er. Seminario Taller Funciones Esenciales de la Salud Pública y Formación de Recursos Humanos, Cuenca, Editorial Gráficas Hernández, p. 80.
Warren, C. et al. (2001): Boletín de la OMS: El consumo de tabaco entre los jóvenes, informe de vigilancia de la Encuesta Mundial sobre el Tabaco y los Jóvenes, nº 4, p. 4.

CAPÍTULO 7

El desarrollo y fortalecimiento de universidades promotoras de la salud

Mónica Muñoz Serrano, Báltica Cabieses Valdés,
Aixa Contreras Mejias y María Soledad Zuzulich Pavez

Introducción

En la sociedad, las universidades cumplen un rol protagónico en el liderazgo y generación del conocimiento y se constituyen como escenario de formación técnica y profesional de los miembros de la comunidad. A través de su proyecto educativo, de la investigación y la difusión del saber, orientan y apoyan cambios en diversos espacios a escala nacional e internacional.

La universidad debe construirse en función de su contexto social, económico, político y valórico, cumpliendo su misión al penetrar en la cultura en que está inmersa, a través del avance sostenido del saber en los temas de mayor relevancia y necesidad. De esta forma, busca comprender los fenómenos y aportar soluciones que enriquezcan y orienten positivamente el futuro nacional, regional y mundial.

La misión social de las universidades se vincula estrechamente con la formación que estas tienen. Las universidades deben aspirar al protagonismo en el cambio cultural, mediante la educación de personas más cultas, abiertas, emprendedoras e íntegras, comprometidas con el desarrollo progresivo de la sociedad (Rosso, 2000).

Sin embargo, este cambio cultural exige enormes desafíos para las universidades, pues no solo demanda una formación de excelencia en cada disciplina, sino que requiere del fortalecimiento de conductas y actitudes transversales que luego permanecerán en cada profesional, para proyectarlas al resto de la sociedad. Surge

aquí un segundo ser de la universidad, centrado en el desarrollo permanente de todas las capacidades de las personas que la forman.

La comunidad universitaria, constituida por el cuerpo docente, estudiantil y administrativo, desempeña un rol fundamental en el proceso de enseñanza/aprendizaje y tiene la responsabilidad de liderar, orientar y/o apoyar las estrategias educativas que allí se proponen. Al mismo tiempo, la interacción constante y dinámica entre estos grupos promueve una cultura local, donde se enmarcan y delimitan, en sus miembros, las formas de ser y comportarse.

Esta cultura local, construida por cada individuo de la universidad, es trasmitida cotidianamente por sus miembros. Es sabido que los jóvenes no buscan discursos brillantes, sino verificar con hechos concretos lo que sus educadores dicen ser y, si bien están transitoriamente en la universidad, se encuentran en una etapa del ciclo vital clave para el establecimiento de estilos de vida que luego proyectarán a sus familias, trabajo y amistades.

Lo anterior coincide con el concepto central de la promoción de la salud, como refleja la Carta de Ottawa (1986) "la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman". En este sentido, si una universidad asume el desafío de ser promotora de la salud, debe entonces conocer, comprender, apoyar y fortalecer estilos de vida saludables para cada uno de los grupos de esa comunidad.

Sin embargo, generar una cultura saludable no solo depende del esfuerzo y compromiso personal, sino que obedece necesariamente a elementos del entorno estructural, político y de las decisiones estratégicas emanadas del nivel directivo de las universidades.

La universidad, como entorno promotor de salud, debe procurar la "construcción de ambientes físicos, psíquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria" (Lange y Vio, 2006). El entorno se transforma en el estímulo permanente para que las personas emprendan cambios en sus conductas menos saludables y mantengan las más saludables.

Una UPS es aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, y así influir en entornos laborales y sociales. Fomenta por lo tanto conocimientos, habilidades y destrezas para el propio cuidado y para la realización de estilos de vida saludables en la comunidad universitaria (Contreras et al., 2001; Ippolito-Shepherd, 2003; Lange y Vio, 2006).

La universidad entonces, como protagonista del desarrollo de un país, tiene un rol clave en el establecimiento de conocimientos, conductas, actitudes, políticas y procedimientos, que promuevan una cultura más saludable. Pese a que no se conocen con claridad todas las dimensiones del rol de las instituciones de educación superior como agentes promotores de la salud, existen interesantes experiencias en diversos países de la región de las Américas que a través del trabajo sistemático han desarrollado paulatinamente un cuerpo sólido de conocimiento en torno a este tema.

Primera reunión internacional UPS (Chile, 2003)

El congreso Construyendo Universidades Saludables se realizó en el Centro Extensión de la Pontificia Universidad Católica de Chile los días 2 y 3 de octubre de 2003. Fue organizado por la Pontificia Universidad Católica de Chile en colaboración con la Universidad de Alberta, Canadá, y la OPS, y contó con el auspicio de CONICYT, OPS y la Universidad de Alberta.

Se matricularon 172 personas representantes de 39 universidades –alumnos, profesores y autoridades administrativas– y de otras instituciones públicas y privadas. En total, participaron 29 universidades chilenas y 10 universidades de otros países, además de 9 instituciones nacionales e internacionales.

Esta primera reunión marcó un hito en el desarrollo del concepto de la Promoción de salud en la universidad y dio los lineamientos del trabajo a seguir en esta temática. Se realizó y adoptó la propuesta de la OPS/OMS de tomar como base el marco conceptual de la iniciativa Escuelas Promotoras de la Salud, adaptándolo al ámbito universitario (Ippolito-Shepherd, 2003).

El evento, que obtuvo una excelente evaluación de acuerdo con la opinión de la mayor parte de los asistentes (68%), destacó como sus mayores fortalezas:

- Que se haya definido y socializado el concepto de Universidad Saludable (US) / UPS.
- La oportunidad de intercambio que tuvieron los asistentes con estudiantes profesores y autoridades universitarias de universidades nacionales y extranjeras.
- La diversidad de temas presentados.

También, se establecieron compromisos de seguimiento por parte de las instituciones y personas asistentes, siendo las más relevantes:

- Un 23% se comprometió a presentar un proyecto de US/UPS a las autoridades de su universidad.
- Un 12% se comprometió a iniciar con alumnos una campaña de Universidad Libre de Humo de Tabaco.
- Un 9% se comprometió buscar mecanismos para incorporar el concepto de US en las asignaturas.
- Un 9% señaló como prioridad trabajar en red con otras universidades interesadas en el tema.
- La Universidad de Alberta, Canadá se comprometió a organizar el II Congreso Construyendo Universidades Saludables en el año 2005.

Segunda reunión internacional UPS (Canadá, 2005)

La conferencia internacional Vitamina C para UPS, realizada en Edmonton, Alberta, Canadá, del 3 al 6 de octubre de 2005, fue organizada por la Universidad de Alberta y la Pontificia Universidad Católica de Chile en seguimiento al compromiso asumido para la realización de una serie de conferencias en las Américas destinadas a la creación y la conservación de US/UPS.

Esta segunda conferencia trilingüe (inglés, francés, español) se centró en cuatro temas principales: comunidad, cultura, creatividad y cambio. Se presentaron proyectos, programas e investigaciones para promover la creación y conservación de entornos saludables para trabajar y estudiar, apoyar estilos de vida saludables y ofrecer oportunidades de trabajo en redes con colegas a escala nacional e internacional.

Entre los principales logros de este segundo evento, cabe destacar la elaboración de la Carta de Edmonton para UPS/US e instituciones de educación superior, que promueve:

- Identificar el significado de ser una universidad/institución de educación superior promotora de la salud.
- Crear diálogos y promover la comprensión de los conceptos de promoción de la salud en el interior de la universidad/institución de educación superior.
- Proporcionar una herramienta para crear una universidad/

institución de educación superior para aquellos que desean influir sobre los tomadores de decisión.

Se establece como próxima sede y se realiza el Tercer Encuentro Internacional en la Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez, en México, 2007.

Rol y responsabilidad de la universidad como ámbito para la promoción de la salud

Las universidades tienen un rol sumamente relevante en la sociedad, porque se relacionan de manera íntima con esta a través de la educación, investigación y difusión del conocimiento (Cerqueira, 2007; Ippolito-Shepherd, 2007; OPS, 2005).

Su rol se comprende por el desarrollo de la salud y la educación de un país. En este sentido, la universidad tiene como línea de acción principal la generación y el intercambio de conocimiento válido y relevante en torno a estrategias efectivas de promoción de la salud. Esto, como estrategia de reordenamiento de prácticas de educación, administración, formulación de políticas y participación social, en favor la promoción de la salud de la población. Las universidades pueden ser aliadas relevantes en la realización de investigación y evaluación en promoción de la salud, mediante el análisis, interpretación y presentación rigurosa de datos, respondiendo de esta forma a las necesidades de los países en torno a la promoción de la salud (OPS/OMS, 2005).

Teniendo en cuenta la estructura organizacional de las universidades, se podrían delinear tres grandes roles de esta comunidad en promoción de la salud:

- Los académicos enfrentan importantes desafíos en términos de la generación de conocimiento para promover la salud de la comunidad y de cada individuo.
- El personal administrativo debe constituir un pilar sólido para sustentar procesos de cambio interno de la universidad, que avancen hacia una mejor salud y estilos de vida en esta institución y sus familias.
- Los estudiantes son personas activas, capaces de liderar procesos en el interior de sus vidas y en el entorno universitario. Así, se convierten en receptores de nueva información y más dóciles a fin de modificar hábitos nocivos para la salud, pues

muchos de ellos no están instalados aún o se han instalado recientemente.

Tanto jóvenes como adultos que pertenecen a la comunidad universitaria requieren de la entrega de información actualizada y sólida, de herramientas concretas para la adopción y mantenimiento de estilos de vida saludables, y de motivación y apoyo desde el escenario universitario para promover su salud de manera adecuada y estable en el tiempo.

Fuerza potencial para influir en la salud de la comunidad educativa. Las universidades pueden ser promotoras de la salud si se lo proponen. Tienen la fuerza potencial de influir positivamente en la vida y salud de sus miembros, protegiéndolos y promoviendo el bienestar de estudiantes, docentes y personal administrativo, y pueden liderar y apoyar procesos de cambio en la comunidad externa, a través de sus políticas y prácticas. Además, al ser organizaciones extensas y de organización compleja, las personas que en ella trabajan o estudian dedican gran parte de su tiempo en el interior de ellas; en consecuencia, muchos de los determinantes de la salud están regidos por cómo se presentan en la universidad. Por otra parte, las instituciones de educación superior se relacionan y utilizan un amplio grupo de servicios, vinculados con la salud, el deporte, el transporte, la alimentación, la seguridad, etc., los cuales resultan claves para el establecimiento y mantenimiento de estilos de vida que promuevan la salud y el bienestar (Lange y Vio, 2006).

Con la gran envergadura que tienen las universidades, con la complejidad de sus funciones y con una comunidad numerosa inserta en su actividad, es vital su constitución como ciudades saludables, donde se empoderen y faciliten a sus miembros alcanzar estilos de vida más favorables, para lo cual es indispensable penetrar en todos sus procesos y que esto se considere un punto vital en el plan estratégico de las mismas.

Las universidades pueden empoderar a sus miembros en la incorporación de estilos de vida saludables mediante:

– Políticas universitarias saludables. A través de la incorporación de la promoción de la salud en el escenario universitario, que requiere necesariamente la consideración de este tema por parte de los directivos de cada institución. La dirección debe impulsar la promoción de la salud como tema transversal re-

levante dentro de la comunidad universitaria y explicitarlo en su programación estratégica, para que en consecuencia esta baje a todos los niveles de la organización de manera equitativa, clara, concreta y sustentable en el tiempo.

- Una estructura organizacional. Donde se puedan insertar el concepto y las herramientas de la promoción de la salud como parte de la estructura organizacional existente, utilizando escenarios y roles preexistentes a fin de facilitar la realización paulatina de actividades saludables. Los procesos relevantes para el fortalecimiento de recursos humanos, bienestar, servicios de salud internos, los centros de estudiantes, entre otros, pueden incorporar la dinámica de las acciones de promoción de la salud, sin cambios mayores y con un gran impacto en la calidad de vida universitaria.
- Las líneas de acción. Para que las instituciones de educación superior desarrollen las pautas de docencia, investigación, extensión y administración. Cada una de estas tiene el potencial de liderar y apoyar la gestión de cambio hacia una universidad más saludable y pueden ser aprovechadas por toda la comunidad, pues involucran en algún momento a cada uno de sus miembros.
- Los procesos. Como toda universidad experimenta diversos cambios a lo largo del tiempo, estos pueden generar escenarios saludables si consideran durante su proceso la promoción de la salud. Por ejemplo, el horario de trabajo y su flexibilidad, los reglamentos internos y la cultura local, la licitación de comedores universitarios o quioscos, las facilidades para realizar ejercicio físico, actividades extracurriculares que promuevan la salud mental, posibilidades de capacitación continua, etc., son mecanismos y procesos que pueden aprovecharse a favor de una mejor calidad de vida de la comunidad universitaria.
- La malla curricular. Las universidades pueden incorporar la promoción de la salud mediante dos estrategias principales: (a), la formalización desde la dirección académica de la relevancia de incluir este tema en la currícula, y (b), la aparición explícita de objetivos transversales en torno a la realización de estilos de vida saludables, tanto en cursos ya existentes como en nuevos cuya meta sea la promoción de la salud. Muchas veces, cursos de diversas disciplinas y enfoques incluyen esta ciencia/disciplina y temas afines en su currículo,

pero no aparece este contenido registrado en los objetivos del programa. Tomar conciencia de la importancia de este punto y lograr que los profesores lo expliciten, así como crear cursos específicos obligatorios y optativos que permitan difundir y entregar herramientas en torno a la promoción de la salud es un aspecto trascendental para lograr una US/UPS.

- El ambiente físico. El entorno es el estímulo apropiado para que las personas emprendan y mantengan cambios positivos en su conducta. Por este motivo, el ambiente físico debe sostener y facilitar la realización de actividades saludables. Dicha implementación forma parte del proceso de cambio creativo de una UPS e incluye espacios comunes, escaleras, comedores universitarios y quioscos, áreas verdes, bebederos, reducción de filas de espera, respeto por la legislación antitabaco, espacios de descanso y recreación, por mencionar algunos. Estos ámbitos deben ser reevaluados y transformados paulatinamente en escenarios que promuevan el bienestar, el descanso y el respeto por las diferentes necesidades de los miembros de la universidad.
- La realización de actividades sistemáticas en temas relevantes para la promoción de la salud. Dada la gran relevancia de los determinantes sociales de la salud para el desarrollo exitoso de las acciones de la promoción de la salud, la US/UPS debe considerar los temas básicos en torno a estilos de vida determinantes para la salud. Existen experiencias exitosas que pueden servir como modelo para el desarrollo de actividades integrales en el ámbito universitario, por ejemplo: alimentación saludable; actividad física; sexualidad; combate contra el tabaco y las drogas; salud mental; autocuidado; datos para una vida sana; técnicas de estudio; autoestima, recreación y descanso. Sin embargo, estas actividades pierden su fuerza e impacto en la comunidad universitaria cuando son desarrolladas de manera aislada y sin evaluación posterior. La recomendación es que sean duraderas en el tiempo y en permanente cambio, evaluadas sistemáticamente, fundadas en modelos teóricos sólidos y con el apoyo explícito de directivos, políticas y currículo de la institución.

Red de Universidades Promotoras de la Salud (RUPS) en América

Latina. La red es la forma de organización más habitual de la actividad humana a pequeña, mediana y también a gran escala. Inicialmente, los movimientos sociales tendían a un trabajo en red informal en los entornos locales; sin embargo, el desarrollo tecnológico y la creciente globalización han generado una forma de trabajo en red más amplia, diversa y compleja donde se entremezclan los planos locales y globales (internacionales).

El trabajo en red no supone coordinación total, pero supera el aislacionismo a través del trabajo articulado en pro de una meta común. Apoya la especialización, pero buscando la colaboración y la relación; da permanencia, flexibilidad y permite el aprovechamiento de los recursos existentes y la creación y adaptación de otros. Además, está centrado en una forma de coordinación sin jerarquización, lo que reduce la pérdida de tiempo asociada a procesos burocráticos y moviliza desde un comienzo la acción y al cambio. "El trabajo en red, tal como lo vamos practicando, nos va dejando claro que existen hilos comunes con los que ir tejiendo redes para la participación crítica y para la acción y la cultura transformadora" (Ibáñez, s/f).

Se destacan seis elementos fundamentales del trabajo en red (Ibáñez, s/f):

- La integración, es decir, la asociación entre temas y enfoques distintos, entre lo virtual y lo presencial, entre personas y colectivos, entre generaciones, entre lo local y lo global, entre lo formal y lo informal, etc., que permite tomar conciencia de la existencia de elementos y situaciones similares en cada grupo y motivaciones que generan metas comunes a desarrollar.
- La horizontalidad, que revela el sentido de igual valor asignado a cada miembro o parte de la red, sin excluir el reconocimiento de líderes o expertos que puedan apoyar procesos de desarrollo de otras partes.
- La sinergia, vale decir la unión de fuerzas entre personas o grupos con habilidades o destrezas diferentes, que al complementarse fortalecen a la red como un todo y se incorporan como una nueva destreza en el escenario local.
- La autonomía, en otras palabras la posibilidad de actuar con libertad desde lo local para el logro de una meta común global. Este aspecto se apoya en la idea de que cada grupo conoce su propia realidad y, por lo tanto, las mejores estrategias para

canalizar una acción que permita un real cambio en el tiempo y el logro del objetivo.

- La articulación: tras el trabajo autónomo existe una instancia de intercambio profundo de la experiencia desarrollada y el aprendizaje asociado que permite enriquecer a toda la red aun cuando lo hayan experimentado solo algunas partes; este concepto se cruza con el de integración, pero está más orientado a la respuesta de las metas comunes generadas en el interior de la red que al planteamiento inicial de las mismas.
- La pertenencia participativa, vale decir la participación activa sostenida en el tiempo, la implicación y el compromiso de los grupos locales que sustentan a lo largo del desarrollo de la red el logro de los desafíos comunes propuestos.

El trabajo en red para la promoción de la salud requiere una organización formal que cumpla con las características señaladas, pero que al mismo tiempo cuente con una coordinación explícita, responsabilidades concretas y estructura organizativa no jerárquica clara, aunque su forma de trabajo no sea exactamente la de una coordinadora clásica, sino que siga las líneas de una red. La experiencia del trabajo en red en este tema se ha venido desarrollando de manera informal, y a través de la difusión de experiencias y propuestas locales se han generado espacios de intercambio.

A escala latinoamericana, universidades chilenas, mexicanas, costarricenses y cubanas, por mencionar algunas, han realizado encuentros, jornadas y congresos que han permitido conocer realidades y experiencias en torno al desarrollo de las estrategias de la promoción de la salud, y ellos han resultado motivadores y catalizadores de cambio para diversos grupos universitarios y a su vez una importante fuerza potencial para su desarrollo.

Por otra parte, no se deben olvidar algunas dificultades de este tipo de trabajo.

Primero, al decir "trabajo en red", el concepto en sí no supone obligatoriamente una acción transformadora, ni tiene necesariamente un carácter crítico, sino que ello dependerá de la intención que hay detrás, así como de su puesta en práctica. Puede ser que la red tenga como fin solo el intercambio de experiencias, y no se debe desvalorizar el poder enriquecedor que pueda poseer ese esfuerzo.

Segundo, como la estructura organizativa de la red es flexible y dinámica, puede resultar compleja de comprender y de mantener

por grupos acostumbrados a la organización jerárquica, predominante en el mundo académico.

Tercero, la utilización de las nuevas tecnologías de la comunicación potencia las posibilidades del trabajo en red si se integra con la actividad "real" y con el contacto presencial, de modo que el uso de Internet termina siendo el medio de comunicación más utilizado pero no siempre el más adecuado. Internet, instrumento para el trabajo en red, presenta importantes limitaciones como el acceso restringido, desigualdad social, posible individualismo, falta de contacto personal, entre otros.

Cuarto y último, existe la posibilidad de que se diluya lo que cada colectivo hace: es en el conjunto de la red, con el cansancio que genera el sumar más trabajo al que ya tiene cada colectivo y cada persona.

Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa UC Saludable

De las múltiples experiencias desarrolladas por el Programa UC Saludable de la Pontificia Universidad Católica de Chile entre los años 2000 y 2009, a continuación se describen tres líneas de desarrollo:

Alimentación saludable. La alimentación saludable ha sido entendida por el programa no como restricción alimentaria, sino como la sana combinación de aquellos alimentos que son preferidos por cada individuo. En lugar de mantener la antigua postura negativa y privativa, se optó por la invitación positiva de comer con moderación aquello que puede deteriorar la salud y a fortalecer el consumo de productos naturales.

El trabajo comenzó con la aplicación de un diagnóstico de la situación alimentaria de los estudiantes de la UC el año 2001, donde se encontró como principales resultados que un 36% de los jóvenes encuestados consumían, a veces o casi nunca, desayuno y un 60% de los alumnos almorzaba entre dos y cinco veces por semana en la universidad, en comedores, cafeterías o quioscos. De este grupo, un 40% consideró inadecuado el tiempo para almorzar, un 46% el espacio físico y un 53% evaluó negativamente la calidad del servicio de comedores y quioscos. En conocimiento de la situación general de alimentación estudiantil, se desarrollaron las siguientes actividades:

– Cambio en exigencias para licitación de casinos en el inte-

rior de la UC. Se trabajó con directivos y administrativos de la universidad para incorporar en la normativa vigente para licitación de comedores de la UC un criterio que exija la consideración de alimentación saludable como alternativa para el desayuno o almuerzo, con similar costo al de la comida rápida. Hoy en día el principal comedor de uno de los campus de la UC está compuesto en su gran mayoría por empresas alimentarias que ofrecen comida completa (ensalada, plato principal y postre) y no comida rápida (sándwiches, hamburguesas, pizza, etc.).

- Nueva norma para entrega de alimentos de quioscos a estudiantes con beca alimentaria. Los alumnos con beca alimentaria podían cambiar con sus vales cigarrillos e incluso dinero. Se normó que solo puedan cambiar estos vales por alimento.
- Creación de combos UC por un mes. Se crearon combos saludables que compitieron en valor con combos de comida rápida (en general mucho más baratos que la comida no rápida). Para ello, se trabajó con una empresa privada que auspició los combos saludables UC durante ese período. El éxito fue sorprendente: la comunidad UC prefirió este tipo de comidas cuando se limpió la variable del costo.
- Feria "Mente, cuerpo y alma" y otras. Periódicamente se realizan ferias que promueven estilos de vida saludables, y la alimentación es uno de los temas centrales. Se entregan tips con datos de alimentación, se mide el índice de masa corporal y se educa respecto de los beneficios de una buena alimentación.
- Incorporación de alimentos saludables a máquinas expendedoras. Se probó cambiar la mitad de la oferta de las máquinas de venta de alimentos por frutas, galletas integrales, aguas minerales, jugos y barras de cereales, y se obtuvo un resultado negativo, exceptuando las máquinas ubicadas en el interior del hospital de la universidad, donde aún se mantiene este tipo de comida. En los campus, las máquinas volvieron a ofrecer los snackers tradicionales.
- Contenido mensual respecto de alimentación en sitio web del programa. Mensualmente se renueva la información sobre alimentación sana en el sitio web, donde además se utilizan frases motivadoras para estimular a la comunidad UC y hacerla protagonista del cuidado de su salud.
- Entrega gratuita de desayuno saludable el día de la alimentación a toda la comunidad UC. Se obsequió durante toda una

mañana un desayuno saludable, que consistió en una fruta, un yogur y un jugo natural, como un modelo de lo que es un desayuno integral y saludable.
– Creación de soportes comunicacionales para promover alimentación saludable. Desarrollo de pósters, folletos, tips con datos para una vida saludable.

Entornos saludables. El tema de entorno saludable abordó dos líneas principales de trabajo: ambientes libres de humo de tabaco y seguridad personal. Para ambientes libres de humo de tabaco, luego de realizar una encuesta de opinión a los estudiantes de la UC, se trabajó con el MS de Chile para la certificación de la Escuela de Enfermería UC como "Ambiente Libre de Humo de Tabaco" en el año 2005, y que correspondió a la primera unidad académica del país reconocida como tal.

En agosto de 2006, en Chile comenzó a regir la nueva ley antitabaco, que obliga a no fumar en ambientes cerrados menores a 100 metros cuadrados y prohíbe la venta de tabaco a menores de 18 años. La UC, atenta a los cambios legislativos y preocupada de la salud de su comunidad, desarrolló una serie de estrategias de implementación de dicha ley, que incluyó un foro debate, soportes comunicacionales explicativos, señalética ad hoc y una exhaustiva revisión de las experiencias internacionales en el tema. A un año de implementación de la ley se evaluaron las estrategias desarrolladas para su incorporación en el interior de la UC.

Además, se ha participado activamente en el concurso internacional "Déjalo y Gana" (Quit and Win) junto con el MS y desarrollando un concurso interno para motivar a estudiantes, administrativos y académicos a dejar de fumar.

Con relación a promoción de la seguridad personal, en el año 2003 se desarrolló un plan piloto de trabajo enfocado a los estudiantes que realizan prácticas profesionales en comunidades de alto riesgo social y cuya meta es ayudar al estudiante a identificar situaciones peligrosas y capacitarlos para enfrentarlas. En forma experimental se trabaja con alumnos de enfermería y se incorpora al curso de autocuidado en salud una unidad de trabajo a cargo de un grupo multisectorial e interdisciplinario, que incluyó policía, psicólogos y agentes comunitarios. Esta iniciativa fue desarrollada en conjunto con la Universidad de Alberta, Canadá.

Actividad física. Para desarrollar estrategias en torno a la activi-

dad física, se trabajó también con los resultados obtenidos del diagnóstico realizado el año 2001. En esta evaluación se encontró que, a medida que aumenta la edad, aumenta el número de estudiantes que declaran no haber realizado nunca actividad física, alcanzando un 36% en los alumnos de 25 y más años. De quienes no realizaban ningún tipo de actividad física, el 74% señaló como principal causa la falta de tiempo. Las otras tres razones más citadas fueron la falta de lugares apropiados, la falta de recursos económicos y la falta de interés. A partir de estos resultados se han desarrollado las siguientes actividades:

- Obligatoriedad de cursos deportivos. Junto con la Dirección General de la universidad, se decidió estipular que todo alumno debía realizar durante su formación al menos un curso deportivo en forma obligatoria, normativa que se mantuvo por algunos años.
- Obligatoriedad de lectura del sitio web, sección actividad física. Por varios años se logró que los profesores de cursos deportivos citaran los documentos del sitio web UC Saludable, en su sección de actividad física. De esta manera, se comentaban y discutían temas relativos al ejercicio y se motivaba a los jóvenes a visitar la página.
- "Muévete por la Vida" en ferias y días especiales. Creación de sesiones al aire libre gratuitas para toda la comunidad UC con realización de diversos tipos de actividad física, en general baile entretenido, en explanadas de los campus y aprovechando horarios entre clases y almuerzo. Resultaron muy exitosas en cuanto a número de gente y evaluación de los mismos.
- Actividad física con carrera de educación. Se implementó durante un semestre la actividad "Muévete por la vida" en la unidad académica de educación, con el objeto de promover la actividad física entre sus miembros como parte del proceso de cambio de conducta de este grupo.
- Renovación sitio web. Mensualmente se renueva la información sobre la actividad física en el sitio web, donde además se utilizan frases motivadoras para estimular a la comunidad UC y los hace protagonistas del cuidado de su propia salud.

Servicio de salud estudiantil

Uno de los propósitos que deben cumplir los servicios de salud en las universidades es enfocarse en el desarrollo de acciones tendientes a cuidar la salud de sus estudiantes a través de programas de promoción y prevención en el ámbito físico y mental. Y, al menos en América Latina, también el de apoyar económicamente aquellas prestaciones de salud que por enfermedad y/o accidente interfieran o interrumpan el adecuado desempeño del estudiante. Se ha de entender que el proceso de formar profesionales se extiende más allá de la sala de clases. Las universidades sirven a un propósito común: por una parte, apoyar el proceso de aprendizaje de los estudiantes para su formación profesional y moral, y, por otra, velar por la salud, considerando el cuidado físico y emocional, y los aspectos vocacional, social y de su entorno.

Durante 2001, el Servicio de Salud Estudiantil de la Universidad Católica de Chile realizó una reestructuración, cambiando el enfoque netamente asistencial a un enfoque preventivo. La base de este cambio se fundamentó en procurar que la actividad universitaria del estudiante se desenvolviera en un ambiente donde él, como adulto emergente (Arnett, 2000), opte por y mantenga un estilo de vida saludable, basado en el conocimiento, en la oportunidad y la posibilidad de acceder a programas y profesionales que lo puedan orientar y ayudar en estas temáticas. De alguna manera, la promoción de conductas y estilos de vida saludables vela para que el proyecto de vida de los jóvenes se vea resguardado, promoviendo una mejor calidad de vida.

Así surgió la misión, como la posibilidad de fomentar, proteger y desarrollar el bienestar y la salud física y psicológica de los estudiantes, a través de acciones individuales y grupales, programas de promoción y prevención y programas de apoyo al rendimiento académico, en interacción constante con las unidades académicas o escuelas. La experiencia ha logrado atraer a una gran cantidad de estudiantes, conocer sus necesidades e intereses, interiorizarse de sus problemáticas, pesquisar grupos vulnerables para intervenir específica y tempranamente en ellos, acceder en el momento de crisis, derivar oportunamente en casos de gravedad, y fortalecer los vínculos de apoyo aumentando la red social. Asimismo ha permitido contextualizar los problemas de rendimiento enfrentándolos globalmente con un equipo multidisciplinario y estar contactados permanentemente con las unidades académicas.

Área de promoción de la salud mental. En la Unidad de Apoyo Psicológico (UAP) se han desarrollado diferentes programas ten-

dientes a cumplir con la misión y lograr los objetivos planteados. Se mantiene y amplía el área asistencial, entregando atención psicológica individual a la gran demanda de consulta que conlleva esta unidad, ofreciendo psicoterapias breves y focalizadas. También se aumenta la cobertura en atención psiquiátrica, principalmente para la evaluación y diagnóstico. Se fortalece el apoyo a la integración universitaria y al crecimiento personal a través de múltiples estrategias (vg., charlas-almuerzo con expertos; ciclos de cine y salud mental; talleres en torno a temáticas relevantes para la adaptación a la vida universitaria, por ejemplo autoestima, comunicación, autoconocimiento, ansiedad, etc.). Se desarrollan programas de autocuidado, de los que el más relevante es el "Programa de Autocuidado en el Uso y Abuso de Sustancias Cómo ayudar a un amigo cuando está en problemas". También se ofrece a los estudiantes atención individual en consumo problemático o abusivo, debates en el aula de clases, ciclos de cine, concursos de creación artística y capacitación a jóvenes, generación de políticas, entre otros.

Dado que uno de los principales motivos de consulta en el área de atención clínica individual es el problema de rendimiento, asociado a problemáticas psicológicas, se creó el Programa de Apoyo al Rendimiento, constituyéndose así el actual Centro de Apoyo al Rendimiento Académico (CARA), el que responde al compromiso con el bienestar integral y la salud psicológica de los estudiantes. El CARA ofrece múltiples servicios, desde tests diagnóstico de rendimiento vía web, análisis y entrega de resultados por psicólogos educacionales y tutorías de pares, hasta talleres para el desarrollo de habilidades académicas (concentración y memoria, manejo del tiempo, etc.), entre otros.

Programa de prevención de uso y abuso de sustancias. Las actividades de autocuidado y prevención del uso y abuso de sustancias se enmarcan dentro de la concepción que la universidad tiene del ser universitario, concepción que se desprende de los postulados contenidos en su misión institucional. Para el joven estudiante de la UC, el ser universitario significa participar del sistema de educación superior que le posibilitará capacitarse profesionalmente. El estudiante tiene acceso a la esfera del conocimiento desde la cual elaborará un compromiso ético con el saber, tomando conciencia de la responsabilidad moral y social que entraña la oportunidad de formarse, para llegar a ser "ejemplo de vida intelectual y cristiana, emprendedor, íntegro y solidario" (Rectoría, Plan de Desarrollo 2000-

2005 aprobado por el Honorable Consejo Superior).

El contexto de una comunidad universitaria obliga a una mirada y a una comprensión integradora de las conductas de riesgo que amenazan el "Proyecto de vida del estudiante". Por ello, desde 2003 se ha desarrollado el Programa de Autocuidado en el uso y abuso de drogas licitas e ilícitas llamado "Cómo ayudar a un amigo cuando está en problemas", con énfasis en la conducta de consumo de sustancias, y que pone al servicio de la comunidad, y especialmente al de los jóvenes, un conjunto de estrategias y herramientas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y, en el caso de los bebedores de alcohol, a promover el consumo responsable de este tipo de bebidas.

El accionar de este programa de promoción y prevención está guiado por la tarea de autocuidado en las conductas de uso y abuso de drogas, el que se lleva adelante en el marco de la promoción activa de un modelo de identificación positivo, de reflexión, responsabilidad, compromiso y proactividad. Promover el autocuidado es una estrategia necesaria y una práctica que involucra líneas de crecimiento emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, en las que toda persona debe trabajar cotidianamente para tener un desarrollo armónico y equilibrado (Uribe, 1999).

El concepto de riesgo en el adulto emergente permite entender cómo se da el proceso de salud o enfermedad, puesto que sus conductas, o la adquisición de estas, lo llevan al deterioro progresivo de la calidad de vida. En consecuencia, las conductas en salud pueden afectar el despliegue de sus potencialidades o deteriorar el bienestar. La conducta exploratoria de los jóvenes orienta hacia la búsqueda de nuevas sensaciones, lo que muchas veces los expone a riesgos (Florenzano, 2005).

No obstante, también existen conductas protectoras orientadas al autocuidado, que promueven el bienestar integral y un estilo de vida saludable. La calidad de vida, y por ende la salud, dependerá, de alguna forma, del balance entre los factores protectores y los factores de riesgo tanto individuales, familiares, sociales, como los del entorno. De este modo, y basado en el Modelo de Riesgo Protección (Jessor, 1991) y en el modelo de las Etapas de Cambio (Prochaska, 1979; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992), la UAP ha diseñado intervenciones orientadas a prevenir consecuencias negativas derivadas de las conductas de riesgo de los jóvenes, centrándose en reducir directamente los factores de riesgo y aumentando los factores protectores asociados a dichas conductas, por medio de interven-

ciones individuales y grupales que utilizan distintas estrategias tales como comunicacionales, educativas, de pares, etc.

Asumiendo que el joven universitario se encuentra en una etapa en la que debería ser autónomo en distintas áreas, incluido el autocuidado, el programa trabaja bajo los conceptos de libertad con responsabilidad, compromiso y proactividad, como mediadores de su conducta, con el fin de poder actuar preventivamente:

- Libertad con responsabilidad. Entendida como la toma de conciencia de sí mismo, la capacidad de decidir autónomamente y hacer lo necesario para mantener una calidad de vida que permita desarrollar al máximo sus potencialidades en relación armónica con el entorno.
- Compromiso. Entendido como sostener una actitud autónoma y confiable de autocuidado frente a sí mismo y hacia los demás.
- Proactividad. Orientada a ejercitar una iniciativa positiva frente a la tarea de cuidar el bienestar integral en coherencia con un proyecto de vida.

Estos conceptos recogen y validan la capacidad de los propios jóvenes de autocuidarse, es decir, de velar por su propia salud y realizar acciones hacia sí mismos y hacia el entorno con el fin de regular los factores que afectan (protectora o riesgosamente) su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su integridad física, psicológica y espiritual.

Por medio del trabajo con jóvenes, el programa también intenta generar condiciones del entorno que posibiliten el desarrollo sano e integral de los otros miembros de la comunidad universitaria, tanto en lo personal como en lo académico y social, a través de objetivos pertinentes:

- Sensibilizar a la comunidad universitaria sobre autocuidado y conductas de riesgo en el consumo de drogas.
- Implementar estrategias de prevención orientadas a desarrollar factores protectores y disminuir factores de riesgo asociados al consumo.
- Desarrollar una política de consumo en el interior del recinto universitario

Las áreas de trabajo desarrolladas incluyen:

- Sensibilización. Concursos de creación, exposiciones y campañas de difusión.
- Formación. Capacitaciones y debates.
- Atención clínica. Psicológica y psiquiátrica.
- Política universitaria.
- Investigación UC. Estudios de prevalencia y de representaciones sociales del consumo en jóvenes universitarios.
- Preparación de líderes en prevención. Se han capacitado estudiantes como líderes de prevención en uso y abuso de drogas lícitas e ilícitas entre sus pares y en el interior de la comunidad universitaria y estudiantes de último año de educación enfocándolos a sus futuros trabajos.

Política de prevención y consumo. Un programa de prevención en consumo de drogas debe contener políticas del contexto universitario. Como primer punto para la creación de la política universitaria acerca del consumo en recintos académicos, se realizó una convocatoria amplia a través del correo electrónico y de una comunicación entregada en la liquidación de sueldo a todos los integrantes y estamentos de la comunidad universitaria. De esta forma, se constituyó la Comisión Interestamental, compuesta por docentes, funcionarios y estudiantes. Se sesionó mensualmente por un año y finalmente se elaboró un documento que propuso orientaciones para:

- Promover estilos de vida saludable y la prevención de conductas de riesgo desde una postura institucional validada por todos los estamentos.
- Definir los límites de responsabilidad de la universidad en el enfrentamiento de estos problemas.
- Actuar frente a conductas de consumo en el interior de los campus.
- Ayudar enseguida a estudiantes que presenten dificultades.
- Incentivar una participación activa de los estudiantes en la construcción de la política.
- Descartar políticas de tolerancia cero.

El trabajo interestamental logró la participación y el diálogo interestamental constructivo, la elaboración del documento Guía

para organizadores de eventos con consumo de alcohol, medidas disciplinarias y sanciones y por último orientaciones para la vicerrectoría académica en caso de sumarios. Los resultados preliminares de una evaluación apuntan positivamente, ya que disminuyen las tasas abusivas de consumo de alcohol en los eventos de esparcimiento autorizados por la UC. Además casi la mitad de los estudiantes de la universidad conoce alguna actividad preventiva que se esté realizando, debido principalmente a que un mayor número de estudiantes ha participado en alguna de las actividades del programa.

Talleres de crecimiento personal para estudiantes. El ingreso a la universidad impone desafíos importantes y decisivos en el proceso de convertirse en un profesional exitoso. Estos se relacionan con lograr el éxito académico esperado y el de poder desarrollar competencias y destrezas personales. Bajo este supuesto la UPS desarrolló 11 temáticas en modalidad de taller de 4 a 6 sesiones de duración:

- Taller de estrategias y hábitos de estudio. Para optimizar la adaptación del estudiante al ritmo de estudio universitario, anticipándose así a un bajo rendimiento académico, y a lograr que pueda desarrollar habilidades de organización y planificación del estudio
- Taller de autoconocimiento y exploración vocacional. Permite apoyar al estudiante en caso de dudas naturales o crisis vocacional producto del propio crecimiento y desarrollo de la persona humana, facilitando un mayor conocimiento de intereses y motivaciones personales para la exploración activa de oportunidades profesionales.
- Taller de habilidades sociales. Para el desarrollo de destrezas sociales (vg., comunicación, asertividad, expresión de sentimientos) en aquellos que lo requieran, sea por la naturaleza de la formación profesional o por sus características personales.
- Taller de autoestima.Se orienta a aquellos estudiantes que, por sus características personales o circunstancias vitales, requieran fortalecer algunos aspectos de su personalidad. Permite, igualmente, explorar el conocimiento de sí mismo e integrar adecuadamente las fortalezas y debilidades personales.
- Taller de manejo de estrés y ansiedad. Creado para estudiantes que, enfrentados a la presión que implica la universidad, requieran aprender un mejor manejo de sus emociones, a fin

de controlar de mejor manera la interferencia de la ansiedad en situaciones de evaluación académica, en la resolución de la problemática vital o en los conflictos personales.

Centro de Apoyo al Rendimiento Académico (CARA UC). Tiene como misión aumentar la equidad en el mantenimiento y el éxito académico y consecuentemente disminuir la deserción académica por mal rendimiento, así como también reducir el tiempo promedio de egreso de los estudiantes. Se basa en ofrecer servicios orientados al fortalecimiento académico, enfatizando el desarrollo de habilidades académicas, especialmente de los primeros años. Comparte el espíritu de promoción del bienestar y salud integral de los estudiantes en tanto el rendimiento académico constituye un factor protector de la salud mental. De esta forma, el CARA UC busca apoyar el compromiso de la universidad con la excelencia académica de todos sus estudiantes, ofreciendo diversas alternativas de desarrollo.

El CARA UC se ha focalizado en los servicios que ofrecen mayor demanda por parte de los estudiantes, entre ellos, los talleres para el desarrollo de habilidades académicas. Uno de los talleres más demandados por los estudiantes es Mejorando la Concentración y la Memoria, cuyo objetivo es optimizar la capacidad de atención/concentración frente a las tareas académicas, desarrollando y ejercitando estrategias de almacenamiento y recuperación para el aprendizaje efectivo y superando el proceso del olvido en las pruebas. El taller aborda la atención, la concentración y la memoria como habilidades intelectuales entrenables y mejorables, de acuerdo con las características de la tarea académica.

Otros servicios incluyen las tutorías académicas dadas por pares aventajados en asignaturas de alta repitencia, orientación psicoeducativa a cargo de psicólogos educacionales y un curso de Hábitos y Estrategias de Estudio, que se está insertando exitosamente en las mallas curriculares de algunas carreras (vg., agronomía e ingeniería forestal, ingeniería civil, enfermería y química). Se dispone además de cursos abiertos para todas las carreras, que forman parte del plan de formación general.

Cabe destacar que toda intervención que se realiza es sometida a evaluación de los participantes y a evaluación interna del equipo, además de ser parte de estudio y análisis estadístico, tratando de medir el impacto de las intervenciones y la detección temprana de grupos vulnerables, desde la perspectiva de su rendimiento. Un estudio rea-

lizado en la UC durante 2006 da cuenta de que los alumnos acuden al CARA en busca de servicios tanto curativos como preventivos. Los participantes provienen de todas las carreras y la mayor parte de ellos cursa uno de los dos primeros años de universidad. Estos alumnos no presentan antecedentes académicos de repitencia escolar significativa e ingresan a la enseñanza superior con un puntaje promedio de la prueba de selección universitaria (PSU) similar a la población total que ingresa a la UC por admisión regular. Solo un porcentaje inferior de ellos ha estado en riesgo real de ser eliminado debido a su rendimiento (Susperreguy, Flores, Micin y Zuzulich, 2007).

Ansiedad y estrés en los estudiantes universitarios. El abordaje de esta temática de manera preventiva surge como otro de los principales motivos de consulta en la atención clínica, respondiendo de este modo a la alta prevalencia de trastornos ansiosos en los estudiantes consultantes en la UAP. La necesidad de adaptarse a las altas demandas universitarias eleva los niveles de ansiedad general, especialmente en los primeros años.

Además se sabe que los niveles altos de ansiedad provocan problemas en el rendimiento académico, aunque no es menos cierto que el mal rendimiento también provoca altos índices de ansiedad, afectando la calidad de vida de los estudiantes que la padecen y que no la pueden manejar. Asimismo el malestar psicológico generado puede llevar al consumo de sustancias como medida escapatoria.

Existen muchas razones que justifican generar espacios para prevenir en los estudiantes la instalación de cuadros crónicos asociados al estrés. De aquí la inquietud de instalar en la UC el Taller de Ansiedad. Durante el 2002, se crea la modalidad taller voluntario de 6 sesiones con un cupo máximo de 14 participantes. El compromiso es la asistencia obligatoria. La evaluación denota una alta demanda y una alta satisfacción en los estudiantes. Luego se agregan Charlas Psicoeducativas de Manejo de la Ansiedad y el Estrés en la Vida Universitaria, en modalidad de charlas-almuerzo, con un cupo máximo de 20 estudiantes y de asistencia voluntaria. Durante 2006 se crea el Curso de Manejo de la Ansiedad y el Estrés en la Vida Universitaria, inserto en plan de formación general. Se introduce como curso obligatorio en la carrera de enfermería y como curso abierto a otros estudiantes. La coordinación se esta actividad se realiza con las unidades académicas y los centros de alumnos. Es dictado exclusivamente por psicólogos clínicos de la UAP con objetivos definidos:

- Conocer los conceptos de ansiedad y estrés y sus elementos más importantes.
- Conocer y distinguir la ansiedad adaptativa de la ansiedad patológica.
- Explorar las áreas personales donde se manifiestan más claramente la ansiedad y el estrés.
- Comprender el modo en que la ansiedad y el estrés influyen en el aprendizaje y el rendimiento.
- Conocer y practicar estrategias de corto, mediano y largo plazo que ayuden a un mejor manejo de la ansiedad y el estrés individual.

Programa de Prevención del Suicidio: + Opciones. Desarrollado con principal eje en el tema de cuidar la vida y para ofrecer alternativas a las conductas autodestructivas, que muchos emplean como respuesta al dolor y a la angustia: "+ Opciones".

Una de las características comunes a los programas preventivos del suicidio que han mostrado mejores resultados es que aumentan la capacidad de los ambientes, grupos y personas, para reconocer signos de alerta o riesgo de suicidio entre quienes comparten actividades y ambientes. A la vez incrementan el despliegue de conductas y procedimientos que disminuyen el nivel de riesgo (OMS, 2005).

El programa se plasma como un espacio para acoger a los estudiantes, aunque la capacitación fue diseñada a fin de trabajar directamente con los docentes sobre cómo abordar un caso del cual se tenga sospecha o de qué signos debieran reconocer para acercarse al estudiante y ofrecerle orientación.

Pero, ¿por qué es relevante conversar de sufrimiento y suicidio en las universidades? El impacto emocional que se produce en el entorno universitario cuando ocurre un caso de suicidio deja sufrimiento y culpa no solo en los entornos más inmediatos, sino también en la comunidad universitaria en general. Por ello es importante responder a una necesidad sentida por parte de las escuelas y facultades, quienes solicitan apoyo, directa o indirectamente, en el manejo y orientación de los estudiantes y en situaciones de crisis. No cabe duda de lo fundamental que es adelantarse a la ocurrencia de estos hechos aportando comprensión, herramientas y procedimientos claros que permitan apoyar a los estudiantes con riesgo suicida o en una situación de crisis emocional con potencial riesgo

suicida.

Así, el programa se plantea como una instancia de fomento y protección de la salud mental, generando espacios de diálogo y reflexión, capacitando y entregando información pertinente y orientando en el manejo de situaciones de riesgo. El taller para docentes brinda herramientas básicas a fin de lograr una aproximación acogedora y delimitada a las personas que se encuentren en esta situación.

Finalmente, es notorio que más allá de lo que puedan decir las tasas de suicidio, la exposición y conocimiento más o menos directo de crisis con potencial suicida y suicidios consumados es inevitable en la vida de cada uno y en muchas ocasiones en el contexto de labores dentro de la universidad. El Programa + Opciones pretende reducir la probabilidad de que estas crisis se agraven, reduciendo los costos emocionales y el sufrimiento que estas situaciones implican, tanto en el nivel personal, grupal e institucional, y a su vez generar mayor conciencia en cuanto a las posibilidades y límites de la ayuda que cada uno puede ofrecer.

Programa de Inclusión de Estudiantes con Necesidades Especiales PIANE UC. Desde 1991, la UC recibe estudiantes con discapacidad sensorial y motriz por la vía Admisión especial. Hasta 2006 no se contaba con un programa de apoyo para dichos estudiantes, cuando se crea el Programa de Inclusión de Estudiantes con Necesidades Especiales (PIANE UC), como fruto de la alianza entre la Escuela de Psicología, representada por el Centro de Desarrollo de Tecnologías Inclusivas (CEDETI) y la Dirección de Salud Estudiantil, con el objeto de favorecer la igualdad de oportunidades, la inclusión y el desarrollo académico de los estudiantes con discapacidad en el contexto universitario. El equipo que conforma este programa es multidisciplinario, compuesto por profesionales de las ciencias sociales, ciencias de la educación y de la salud. Participan en el programa estudiantes con discapacidad de 13 carreras, por lo que la labor desempeñada por el PIANE-UC reviste gran relevancia.

Las tareas llevadas a cabo incluyen la sensibilización y difusión, apoyo a alumnos con discapacidad de la UC y a los docentes en adecuaciones curriculares, capacitación y asesoría en el uso de recursos tecnológicos específicos, e investigación en el ámbito de la inclusión de estudiantes con discapacidad en la educación superior. Entre los servicios se incluye la asesoría académica directa, la disposición de un aula de recursos tecnológicos, servicio de consejería y psicoterapia, y contacto con el CARA-UC. Los docentes reciben

apoyo pertinente, incluso manual para docentes, acerca del abordaje y adecuaciones curriculares necesarias que respondan a los diversos requerimientos educativos especiales de estos alumnos, aviso semestral por carta y correo de la presencia de un alumno con discapacidad en su curso, asesoría y apoyo, y talleres de capacitación para el uso de software.

El programa PIANE-UC ha sido conocido en la comunidad universitaria y validado por los estudiantes y docentes que han tomado contacto con alguno de los servicios ofrecidos. Por otra parte, ha impactado con la entrega de recursos tecnológicos y un proceso de capacitación respecto del uso de tecnologías y softwares específicos, dirigidos a los estudiantes y a los profesionales del programa. Además, se ha dado apoyo y asesoría a docentes respecto de las adecuaciones curriculares que deben ser implementadas para los estudiantes con discapacidad sensorial y motriz.

Finalmente los esfuerzos desplegados por el programa han significado un mejor rendimiento académico respecto de aquellos estudiantes no participantes, lo que podría implicar en el futuro una mayor tasa de egreso y una menor tasa de deserción en este tipo de estudiantes.

Bibliografía

Arnett, J.J. (2000): "Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties", American Psychologist, 55(5), 469-480.

Arredondo, A. y Parada, I. (2001): "Tendencias en la generación y reproducción del conocimiento sobre evaluación económica y salud", Rev. Méd. Chile, 129(8). [Recuperado de <www.scielo.cl> el 23 de septiembre de 2006.]

Bustamante, R., Arévalo, M., Choque, R. y Rocabado, F. (2006): Promoción de la salud, Ministerio de salud, DGPS, Ginebra, OPS/OMS. [Recuperado de <www.who.int> el 22 de septiembre de 2006.]

Cerqueira, M.T. (2007): Presentación Plenaria Apertura III Reunión de la Red Latinoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, Ciudad Juárez, México.

Comisión Europea (s/f): Factores determinantes de la salud, Dirección General Sanidad y Protección de los Consumidores, Salud Pública. [Recuperado de <http://ec.europa.eu> el 23 de noviembre 2006.]

Contreras, A., Muñoz, M., Lange, I., Vial, B. y Marshal, G. (2001): Programa UC Saludable: Informe diagnóstico estilos de vida de estudiantes UC, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, inédito.

Florenzano, R. (2005): El adolescente y sus conductas de riesgo, Santiago de Chile, Universidad Católica de Chile.

Gil, E. (1998): Promoción de la salud: glosario, Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud, Ginebra, OMS. [Recuperado de <www.who.int> el 22 de septiembre 2006.]

Haughton, B. (2006): "Applying the social-ecological model to nutrition issues that promote health and prevent disease", Family and community health, 3-4.

Ippolito-Shepherd, J. (2003): Ponencia Desde escuelas saludables a universidades saludables, realizada en la I Reunión de Universidades Promotoras de la Salud Construyendo Universidades Saludables, Santiago de Chile, 2-3 octubre.

— (2005): Presentación Plenaria II Reunión de Universidades Promotoras de la Salud / Universidades Saludables, Edmonton, Alberta, Canadá.

— (2007): Presentación Plenaria Clausura III Reunión de la Red Latinoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, Ciudad Juárez, México.

Ibáñez, J. (s/f). El trabajo en red de los colectivos sociales. Consejo educativo de Cyl. [Recuperado de <http://www.comunica-accion.org> el 12 de octubre 2006.]

Jenkins, D (2005): Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual de cambio de comportamiento, Washington DC, OPS. [Recuperado de <www.paho.org> el 23 de septiembre 2006.]

Jessor, R. (1991): "Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action", Journal of Adolescent Health, 12, 597-605.

Lange, I., Contreras, A. y Muñoz, M. (2001): Proyecto PUC Universidad Saludable. Presentación Oral. Reunión Facultad Medicina UC, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago.

Lange, I., Contreras, A., Muñoz, M. y Vial, B. (2003): Congreso Construyendo Universidades Saludables, Horizonte de Enfermería, vol. 14, pp. 87-94.

Lange, I., Contreras, A., Vial, B., Muñoz, M. y Urrutia, M. (2002): "UC Saludable: vive tu equilibrio", Horizonte de Enfermería, vol. 13, pp. 71-76.

Lange, I. y Vio, F. (2006): Guía para universidades promotoras de la salud y otras instituciones de educación superior, OPS, INTA, Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Programa UC saludable, Vida Chile, MS.

Ministerio de Salud de Chile (2003): Encuesta Nacional de Salud. [Recuperado de <www.minsal.cl> el 21 de septiembre 2006.]

Oficina Regional del Sudeste Asiático, WHO (2005): Prevención del suicidio, disponible en: <http://www.who.org>.

OMS (1997): Declaración de Jakarta. Nuevos actores para tiempos nuevos: la promoción de la salud hacia el siglo XXI, Cuarta Conferencia

Internacional sobre Promoción de la Salud, Yakarta, Indonesia, 21-25 de julio.
OMS (2005): Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Preguntas y respuestas. [Recuperado de <http://www.who.int> el 23 de noviembre 2006.]
OPS (2002): Promoción de la salud, un enfoque innovador y eficaz. Noticias e información del centenario, información de prensa. [Recuperado de <http://www.paho.org> el 23 de septiembre 2006.]
— (2005): Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Unidad de Entornos Saludables. Municipios y ciudades saludables: recomendaciones para la evaluación dirigido a los responsables de las políticas en las Américas, Washington DC. [Recuperado de <www.paho.org> el 22 de septiembre 2006.]
— (2006): Programa de promoción de la salud en instituciones educativas. [Recuperado de <http://www.paho.org/> el 2 de diciembre 2006.]
OPS / OMS (2005): Consejo Directivo nº 46, Sesión del Comité Regional nº 57, Washington DC. [Recuperado de <www.paho.org> el 21 de septiembre 2006.]
Ottawa Charter for Health Promotion (1986): Canadian Journal of Public Health, 77(6), 425-430.
Prochaska, J.O. (1979): Systems of Psychotherapy: a Transteorical Analyses, Pacific, CA, Brooks-Cole.
Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992): "In search of how people change: Aplications to addictive behaviors", American Psychologist, 47(9), 1102-1114.
Rectoría, Plan de Desarrollo (2000-2005): Aprobado por el Honorable Consejo Superior. Disponible en <http://www.uc.cl>.
Restrepo, H. (2003): REDET: el mejor recurso de promoción de la salud hallado en 2003. [Recuperado de <http://www.rhpeo.org> el 24 de septiembre 2006.]
Rodríguez, J. (1995): Psicología social de la salud [1ª ed.], Madrid, Síntesis.
Rosso, P. (2000): Discurso con motivo de la inauguración del año académico. Un proyecto para el siglo XXI, Rectoría, Centro de Extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. [Recuperado de <www.uc.cl> el 21 de septiembre 2006.]
— (2000): Discurso con ocasión del inicio de su Rectoría en la Pontificia Universidad Católica de Chile, Rectoría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. [Recuperado de <www.uc.cl> el 21 de septiembre 2006.]
— (2006): Discurso con motivo de la celebración del Día del Sagrado Corazón, Rectoría, Centro de Extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. [Recuperado de <www.uc.cl> el 26 de septiembre 2006.]

Salinas, J. y Vio, F. (2002): "Promoción de la salud en Chile", Rev. Chil. Nutr. 29 (S1). [Recuperado de <www.scielo.cl> el 23 de septiembre 2006.]

Susperreguy, M., Flores, A., Micin, S. y Zuzulich, M.S. (2007): "Apoyo académico en la educación superior: descripción de la experiencia y perfil de los estudiantes que participan en el CARA UC", Revista Universitaria Calidad en la Educación, 26, 307-333.

Universidad Católica de Chile (2007): Estudio sobre uso de tabaco, alcohol, fármacos y drogas en estudiantes de la Universidad Católica: Principales resultados años 2005-2007, Instituto de Sociología y Dirección General Estudiantil – Salud, documento no publicado de uso interno en Programa de Prevención del Consumo de Drogas en la UC.

Uribe, T. (1999): El autocuidado y su papel en la promoción de la salud, Universidad de Antioquia.

CAPÍTULO 8

Universidades promotoras de la salud. La experiencia de Chile

Rosa González Pozo y Jorge Weil Parodi

Introducción

En este capítulo se da a conocer parte de la experiencia chilena en la implementación de la iniciativa UPS. Ello permite conocer el trabajo que muchos académicos están realizando con gran entusiasmo y compromiso para aportar al desarrollo de estilos de vida saludables y mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la comunidad universitaria.

Se dan a conocer algunos antecedentes propios del país con el fin de contextualizar el escenario donde se inicia la implementación de esta iniciativa, continúa agregando algunos antecedentes generales que han vivido las universidades y recoge algunas experiencias exitosas para facilitar la comprensión y el entendimiento de los procesos por parte de las personas que se interesen en diseñar e implementar propuestas, para adecuarlas a su realidad particular.

Antecedentes

Desde 1998 Chile ha propiciado una política de Estado intersectorial y participativa de la promoción de la salud, destinada a lograr estilos de vida y ambientes más saludables para la población nacional. Respondiendo a este desafío, en 1999 se crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud con la imagen corporativa Vida Chile (MSL, 1999), integrado por 25 instituciones nacionales privadas y públicas, con el fin de dar respuesta a las demandas del

nuevo perfil epidemiológico, demográfico y social del país para mejorar la calidad de vida y los estilos de vida de la población (MSL, 2000).

El MS, junto con el ME, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y la Fundación INTEGRA, se organizaron en el año 2000, a escala nacional y de manera intersectorial, para entregar orientaciones técnicas y metodologías de implementación y evaluación sistemática a los establecimientos educacionales del país, basadas en la iniciativa regional de la OPS/OMS Escuelas Promotoras de la Salud, (OPS/OMS, 2003), con el fin de apoyar procesos para disminuir los factores de riesgo para la salud de los estudiantes aportando al mejoramiento de su calidad de vida y de sus estilos de vida. Esta iniciativa es monitoreada en forma permanente por el MS y se han podido reconocer los avances y dificultades en su implementación, además de los efectos en la comunidad local (MSL, 2003).

Simultáneamente, la educación superior del país experimentó una gran transformación. De una población menor de 100.000 estudiantes en los años ochenta, se aumentó a más de 700.000 en la década del 2000 (MSL, 2006). Esta población, junto a los académicos y personal de apoyo y sus familias, se trasforma en un escenario propicio para insertar la iniciativa de promoción de la salud en los establecimientos de educación superior, tomando en cuenta el marco conceptual de la iniciativa EPS, adaptada y sustentada en el marco de UPS a través de sus tres componentes principales (OPS/OMS, 2003):

- Educación para la salud (EPS) y HpV.
- Creación y mantenimiento de entornos y ambientes saludables.
- Provisión de servicios de salud, nutrición sana y vida activa.

Durante muchos años las universidades han desarrollado acciones de salud curativa y de prevención desde los Departamentos de Asuntos Estudiantiles (DAE), pero sin un referente teórico que fortaleciera una propuesta clara para hacerla sustentable en el tiempo, integrándola como parte de la política interna y en el plan de acción de los proyectos educativos institucionales. Ahora es la oportunidad para lograr un desarrollo humano sostenible y un cambio cultural apostando a una formación inicial de calidad en las universidades.

Historia del desarrollo de UPS

Desde 1999 se han desarrollado en Chile diversas experiencias dirigidas a incorporar el concepto de promoción de salud en las universidades.

Durante 2000 la Pontificia Universidad Católica (PUC) comenzó un trabajo en el interior de su institución, con los estudiantes de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Asuntos Estudiantiles, para implementar estrategias que permitieran potenciar el autocuidado y algunos factores protectores para la salud.

En octubre de 2003 la PUC concretó, en Santiago de Chile, la Primera Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud. En este congreso se pudo constatar que no existía una propuesta o política clara de intervención para ser implementada en las universidades, como ocurrió con el tema EPS, existiendo numerosas experiencias nacionales sin un referente conceptual claro que las sustentaran. En este evento se propuso la adaptación del marco conceptual de la iniciativa EPS para el desarrollo de UPS (Ippolito-Shepherd, 2003a).

A esta iniciativa se sumó la Universidad de Concepción (UDEC), que implementó acciones para los estudiantes y los trabajadores de esa casa de estudio, y que desde 2006 lleva a cabo el proyecto Universidad Saludable, conformando un equipo de trabajo que integra distintas facultades en el interior de la universidad junto al DAE.

En 2003 el DAE de la Universidad de Los Lagos realizó un primer diagnóstico a los estudiantes con el fin de reconocer algunos de los factores de riesgo para la salud que los afectaban. En 2005 la universidad efectuó un estudio utilizando la encuesta de estilos de vida ¿Tienes un estilo de vida fantástico? propuesta por el MSL, con el fin de determinar los factores de riesgo para una vida saludable e implementar estrategias a fin de disminuirlos bajo el concepto de UPS. En 2008 el Departamento de Recursos Humanos aplica la misma encuesta para reconocer los factores de riesgo de los funcionarios, diseñando una propuesta para mejorar la calidad de vida de los mismos.

En enero de 2006 la Universidad de Los Lagos en Puerto Montt (apoyada por la Unidad de Espacios Saludables, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS/OMS, en Washington DC; la Oficina de OPS/OMS en Chile; la Oficina Regional para América Latina y el Caribe UNESCO; el Consejo Nacional de Promoción de la Salud Vida Chile) convoca al Primer Congreso Nacional de UPS, cuyo

objetivo fue constituir la Red Nacional de Universidades Promotoras de la Salud en Chile. Las universidades que asistieron a dicho evento firmaron una carta compromiso, indicando que apoyarían la implementación de la iniciativa en sus diferentes instituciones.

Motivados por lo acontecido en el Primer Congreso Nacional de UPS, se organiza en el interior de la Universidad de Los Lagos un equipo de trabajo en el Departamento de Ciencias de la Actividad Física, carrera de Educación Física Campus Puerto Montt y Campus Osorno junto al Departamento de Informática de la Universidad, con el fin de diseñar un portal para mantener informadas a las instituciones que conforman la Red de Universidades Promotoras de la Salud. El portal fue diseñado y puede accederse a través de las direcciones electrónicas <www.ulagos.cl> y <www.puertomontt.ulagos.cl>.

También en 2006, y como parte de las acciones que implementaba el Consejo Nacional de Promoción de la Salud, Vida Chile, se publica la Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior, con el auspicio de OPS/OMS en Chile, y el MSL; trabajaron en forma conjunta académicos del INTA de la Universidad de Chile y la Pontificia Universidad Católica, con el apoyo de docentes de otras universidades nacionales y expertos internacionales que participaron en su validación. Esta Guía se ha trasformado en un referente técnico importante y aporta al desarrollo de la iniciativa tanto a escala nacional como internacional (MSL, 2006).

En marzo de 2007, la Universidad de Los Lagos, en el marco de la iniciativa UPS, realiza el Primer Taller para el Cono Sur ampliado de HpV, dirigido tanto a autoridades gubernamentales de los Ministerios de Educación y Salud, y académicos de universidades chilenas; y a autoridades gubernamentales, ONG y universidades de los países del Cono Sur con el fin de potenciar la Iniciativa en la Región de las Américas.

El mismo año se realizó en la Universidad de Concepción el Segundo Encuentro de Universidades Promotoras de la Salud, con un alto interés de parte de las universidades por participar y presentar sus experiencias. Todo esto apoyado por la representación de OPS/OMS en Chile y la colaboración de la Pontificia Universidad Católica y la Universidad de Los Lagos en su organización.

También en 2007 la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación integró la iniciativa UPS como parte de su política interna desde el DAE, con apoyo de la Dirección de Docencia. El fin de esta acción era mejorar la calidad de vida y estilos de vida de sus estudiantes. El diseño fue replicado en el liceo experimental de la

universidad con el fin de integrar, en la formación inicial docente de los estudiantes de esta universidad pedagógica, la promoción de la salud y los estilos de vida saludables.

La Universidad del Bío-Bío se sumó también a esta iniciativa en 2007, desde el Departamento de Nutrición y Salud Pública, convocando a las unidades académicas y no académicas de la universidad para generar un equipo de trabajo interdisciplinario, a fin de implementar la iniciativa.

En 2008 tuvo lugar una jornada de sensibilización, dirigida a los académicos pertenecientes al Consejo Nacional de Educación Física, agrupación nacional de universidades formadoras de profesores de Educación Física (CANEF), con el fin de propiciar una propuesta de formación inicial de docentes de Educación Física integrando el paradigma del desarrollo humano integral, contando con el apoyo de OPS/OMS en Chile, sustentada en la Propuesta de Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (OPS/ OMS, 2007).

Se realizó también una jornada de sensibilización a FENAUDE, agrupación que integra a las Universidades del Consejo de Rectores a cargo del deporte universitario, quienes a través de los DAE de sus respectivas universidades y en el marco de la iniciativa UPS, diseñarán estrategias para insertar la actividad física como parte de la vida universitaria y como medio para mejorar la calidad de vida de los estudiantes. Esta acción cuenta con el apoyo de OPS/OMS en Chile.

En abril de 2009 se realizó en la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación el Tercer Congreso de UPS con el auspicio de OPS/OMS en Chile.

Durante todos estos años se ha sensibilizado a las autoridades de las universidades del país, especialmente a las que se agrupan en el Consejo de Rectores, para integrar en sus políticas internas la iniciativa UPS con el fin de mejorar los estilos de vida de toda la comunidad universitaria, acordes con su realidad particular, y aportando al desarrollo humano sostenible y a mejorar la calidad de la educación en el pregrado.

En vista de los antecedentes recopilados, se advierten el camino recorrido y los avances logrados a partir de 2000, lo que constituye un gran orgullo y da esperanzas y expectativas para continuar trabajando.

Experiencias exitosas

A continuación se presentan experiencias exitosas que han realizado algunas universidades privadas y públicas en el país.

Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE). Es una universidad pedagógica, pública y una de las más antiguas del país, creada como la facultad pedagógica de la Universidad de Chile hace más de cien años. La propuesta de la UMCE nace para dar respuesta a una necesidad sentida por las autoridades y académicos de esta casa de estudios para mejorar los estilos de vida y la calidad de vida de los estudiantes, con el fin de que puedan replicarlos en su futuro desempeño profesional.

El diseño incluyó un diagnóstico, a partir de 2006, que permitió reconocer los factores de riesgo y las necesidades de los estudiantes, para luego proponer soluciones acordes con las necesidades y los requerimientos de los mismos. Se generó un equipo de trabajo liderado por el DAE en coordinación con la Dirección de Docencia, con el fin de diseñar el plan de trabajo en el interior de la universidad integrando a todos los departamentos académicos.

Las acciones incluyeron actividades físicas recreativas realizadas de manera masiva y dirigidas a la totalidad de los estudiantes; pausas activas saludables que se realizan tres veces a la semana durante 10 minutos antes de ingresar a las clases en las distintas carreras; el programa cardiovascular para mantener la salud de los estudiantes que incluye un diagnóstico individual y actividad física programada tres veces a la semana; la formación de monitores entre los propios estudiantes que apoyan la implementación de las pausas activas en el interior de la universidad; los programas de salud mental individuales y colectivos para apoyar a los estudiantes con estrés y depresión; las ferias de sexualidad responsable y de cuidado medioambiental incluyendo el reciclaje, entre otras.

Todas estas actividades son replicadas (con los estudiantes del Liceo Experimental Mercedes Marín del Solar) por los estudiantes de la universidad apoyados por los respectivos académicos que forman parte de la universidad, de manera de generar habilidades y destrezas en los estudiantes de las carreras pedagógicas que les permitan implementar acciones de promoción de la salud en los establecimientos educacionales del país en su futuro desempeño profesional (Muñoz, Ureta y Huinca, 2009).

Universidad de Concepción (UDEC). Es una universidad regional privada que pertenece al Consejo de Rectores y que fue fundada en 1919. La institución incorporó desde los años noventa la promoción

de la salud, integrando programas en las áreas de sexualidad, drogodependencias, estudio de familia y responsabilidad social orientado al pregrado y al posgrado. Paralelamente se trabajó con las asociaciones de académicos para propiciar actividades de investigación, extensión y formación de recursos humanos.

El exitoso resultado logrado con las acciones llevadas a cabo a través de un equipo interdisciplinario de profesionales adscriptos a diferentes facultades, en coordinación con la Dirección de Servicios Estudiantiles y la Dirección de Personal, ha permitido desarrollar y fortalecer actividades que propician el bienestar integral y los estilos de vida saludables en la comunidad universitaria, creando en 2006 el programa Promosalud - UDEC, dependiente directamente de la vicerrectoría de la universidad. Los objetivos del programa apuntan a involucrar a la comunidad universitaria en el marco de una política de US tendiente a fortalecer actitudes y comportamientos que propicien el bienestar integral y estilos de vida saludable.

Los principales logros de este programa incluyen la consolidación de un equipo de trabajo interdisciplinario que agrupa a académicos de todas las facultades, con el respaldo institucional bajo decreto UDEC 2008, 086; la formación en promoción de la salud para el pregrado a través de la plataforma virtual; la realización de extensión a través de un programa radial; la implementación de actividades masivas para el fortalecimiento de una alimentación saludable; la implementación de una asignatura de carácter transversal para los estudiantes de todas las carreras de la universidad bajo el nombre de Promoción de Vida Sana, con la participación de dos equipos de docentes interdisciplinarios que trabajan algunos de los temas Bases de la Promoción de Salud, Actividad Física, Nutrición y Habilidades para la Vida (Barragán, Contreras y Olavarría, 2009).

Se implementó además una propuesta dirigida a los funcionarios y académicos de la universidad como política institucional que agrupa a los sindicatos, sociedades académicas, asociación del personal, comités paritarios, etc., instalando el Programa Calidad de Vida, lo que ha llevado a reducir los gastos en salud, disminuir el ausentismo laboral y bajar los índices de accidentes laborales (Cuadra, 2009).

Universidad del Bío-Bío (UBB). Es una universidad regional que forma parte del Consorcio de Universidades Estatales de Chile, agrupación que reúne a las dieciséis universidades del Estado desde 1994.

Conscientes del rol que cabe a las universidades estatales como agentes promotores de la salud y en el marco de la política de la promoción de la salud asumida por el Estado, la universidad se sumó a la implementación de la iniciativa en el año 2007, liderada por el Departamento de Nutrición y Salud Pública perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y los Alimentos. Este departamento conformó un equipo con el fin de realizar un diagnóstico participativo que diera cuenta de la situación de salud de la universidad y diseñara un proyecto de extensión para articular las acciones en promoción de la salud en el marco de la iniciativa, incluyendo a todos los actores sociales de la comunidad universitaria.

Los objetivos del programa consisten en promover la participación activa de la comunidad universitaria en el desarrollo de estrategias tendientes a mejorar la calidad de vida en el interior de la universidad y propiciar la vinculación con el medio con un enfoque familiar, insertándolas en su estructura organizacional.

Los logros alcanzados hasta la fecha dan cuenta de los avances logrados durante el proceso. Se formó un equipo de trabajo interdisciplinario que agrupa a profesionales de los distintos departamentos; el programa propuesto se elaboró por el equipo formado y se ha socializado en el nivel de toda la comunidad universitaria incluyendo a las autoridades; se realizó un catastro de las actividades existentes y un diagnóstico de necesidades para coordinar la propuesta y dar respuesta a los requerimientos reales de la institución a través de proyectos de investigación con financiamiento interno y de tesis de pregrado; se incorporó el tema promoción de la salud en el currículo de algunas carreras como contenido transversal, generando proyectos en los estudiantes de pregrado; se ofrecieron electivos de formación general en promoción de la salud para los estudiantes de todas las carreras; se realizaron pausas activas a cargo de la carrera de Educación Física dirigidas a funcionarios y estudiantes de la universidad; se realizaron ferias de promoción de alimentación saludable y de actividad física en supermercados, vinculando a la universidad con el medio; y finalmente se creó una página web para promocionar las actividades que la universidad realiza en torno a la promoción de la salud en el marco de la iniciativa UPS (Díaz y Mardones, 2009).

Universidad de Los Lagos. Pertenece al Consejo de Rectores y es la única universidad estatal de la región de Los Lagos. Fue creada por ley de la república el 30 de agosto de 1993. Sin embargo, su

tradición académica se remonta a 1965, cuando se implementa en Osorno el Colegio Regional de la Universidad de Chile.

La implementación de la propuesta UPS surge como necesidad luego de realizar el primer diagnóstico de calidad de vida a los estudiantes en 2004 desde el DAE del campus Puerto Montt, lo que fue reforzado por el estudio de estilos de vida realizado en 2005. La iniciativa es liderada por la carrera de Educación Física del Departamento de Ciencias de la Actividad Física y cuenta con el apoyo del DAE del campus.

En el interior de la universidad se genera un equipo de trabajo que integra al DAE, a la Coordinación de Deportes y a las carreras de Educación Física y Nutrición apoyados por la Dirección de Docencia.

El diagnóstico permitió reconocer claramente los factores de riesgo que afectan la salud de los estudiantes de la comunidad universitaria y de acuerdo con ello se diseñaron e implementaron propuestas para disminuirlos, con el fin de mejorar sus estilos de vida (González, 2007).

Los mayores logros incluyeron la implementación en el interior del campus Puerto Montt de ambientes libres de humo de tabaco antes de ser aprobada la ley del tabaco que prohíbe su uso dentro de instituciones educativas; la realización de talleres y charlas a todos los estudiantes referidas a sexualidad responsable y autocuidado; la mejora de los espacios comunes de esparcimiento y la construcción de nuevos comedores en Osorno y Puerto Montt; la realización de talleres y charlas de desarrollo personal para mejorar la autoestima y prevenir situaciones de estrés y depresión, el mayor factor de riesgo detectado. Actualmente se están coordinando diversas actividades que se realizan en el interior de la universidad desde el DAE, que en 2009 incluirá especialmente programas de promoción de la salud, en el área de salud sexual y reproductiva, alimentación sana, actividad física, cuidado del medioambiente y de autocuidado para evitar el consumo de sustancias (Núñez, 2009).

Por otro lado, el programa MECE ha implementado la línea de desarrollo de competencias generales incluyendo la promoción de estilos de vida con módulos de actividad física y alimentación saludable, bailes tradicionales y acondicionamiento físico destinado a todos los estudiantes de la universidad.

En Osorno se construyó un nuevo gimnasio dedicado a la actividad física de los estudiantes de todas las carreras, para mejorar su calidad de vida. Igualmente, desde 2002, en el campus Osorno se

desarrolla un programa de actividad física destinado a los funcionarios, estudiantes y académicos que sufren enfermedades crónicas no transmisibles, con el fin de recuperarlos a través de programas de acondicionamiento físico personalizados en beneficio de la salud y calidad de vida de toda la comunidad universitaria (Arcay y Negrón, 2009).

En 2007 se creó una comisión en el interior de la universidad liderada por el Departamento de Recursos Humanos, apoyada por otros departamentos que ya tenían alguna experiencia en el tema, para diseñar una propuesta focalizada en el personal. Con el fin de reconocer los problemas que afectaban a los funcionarios se realizó un diagnóstico de salud apoyado por el MS. De acuerdo con el diagnóstico recabado, se comenzó trabajando en talleres cuyo objetivo fue disminuir los niveles de estrés y mejorar las relaciones interpersonales de los funcionarios que forman parte de la comunidad educativa. De esta manera se integra desde la autoridad superior una propuesta que forma parte de la política y estructura de la universidad implicando a todos.

Portal de la Red Universidades Promotoras de la Salud (RUPS)

El portal de la red se propuso durante el Primer Encuentro de UPS, realizado en la Universidad de Los Lagos, campus Puerto Montt, en marzo de 2006, como una estrategia a fin de difundir las iniciativas y/o eventos relevantes para la promoción de estilos de vida saludables en las universidades. Se inauguró en agosto del mismo año, con la presencia del representante de OPS/OMS en Chile junto al rector de la universidad y el director del campus Puerto Montt.

Se estructura con espacios para noticias, proyectos, eventos, publicaciones, descargas, foro, enlaces de interés, consultas y sugerencias, documentos, y se agrega un link que permite a la comunidad incorporarse a la red.

Este espacio virtual ha posibilitado que personas de diferentes lugares del mundo estén informadas de eventos e iniciativas relevantes en materia de la promoción de la salud en el ámbito universitario. El soporte técnico se escogió considerando los colores del diseño gráfico y garantizando las facilidades para publicar información digital y visualizarla rápidamente. Fue alojado en uno de los servidores de la Universidad de Los Lagos que está habilitado con

un sistema operativo (Lara y Quintana, 2009).

Se espera mantener el portal de la red y mejorar la funcionalidad para los usuarios, agregando otras posibilidades tales como ver videos, comentar fotografías, participar de un chat, responder encuestas de opinión, etc., que puedan ayudar a mantener la red en permanente vigencia e interacción.

Conclusiones

Es claro el interés nacional que existe por mejorar la calidad de vida y los estilos de vida de las comunidades universitarias, sean estas públicas o privadas, lo que permitiría a mediano y largo plazo disminuir algunos de los factores de riesgo que afectan al país. Se visualiza la intención de las autoridades universitarias de incluir la promoción de la salud en sus políticas internas como medio para mejorar los estilos de vida y la calidad de vida de la comunidad en general y aportar a la calidad de la formación que se entrega.

El modelo que propone la iniciativa UPS entrega un referente teórico muy claro y potente para su implementación aportando al desarrollo humano sostenible y a la calidad de la educación en la formación inicial. Permite influir en los determinantes sociales para la salud de un determinado territorio al afectar a toda la comunidad universitaria.

Siempre es importante comenzar con un diagnóstico participativo, lo que permitirá reconocer lo que se tiene y las necesidades propias de la institución, con el fin de diseñar propuestas de manera coherente con los problemas que la afectan.

Es importante también el trabajo en equipo, intensificando la colaboración y el trabajo interestamental e interdisciplinario, para evitar la duplicación de acciones, permitiendo reconocer los avances y dificultades en el proceso de implementación y, por supuesto, contar con el apoyo de las autoridades universitarias para que la iniciativa forme parte del Plan Estratégico del Proyecto Educativo de la institución.

Existe evidencia científica concreta de la eficacia de la promoción de la salud como medio para mejorar los estilos de vida y la calidad de vida de la comunidad universitaria.

Es necesario que las políticas y las acciones que se adopten en materia de salud se ocupen de los determinantes sociales de la

salud, combatiendo las causas que provocan una mala salud antes de que se generen. Esto representa un reto para las personas responsables de la toma de decisiones así como de los actores y los defensores de la salud pública (Wilkinson y Marmot, 2007).

Bibliografía

Arcay, R. y Negrón, M. (2009): Resumen proyecto laboratorio de acondicionamiento físico y nutricional Universidad de Los Lagos, Chile, ULA.

Barragán, L., Contreras, Y. y Olavarría, S. (2009): Resumen experiencia de la enseñanza en promoción de la salud en pregrado, Chile, UDEC.

Cuadra, L. (2009): Resumen proyecto vida activa en entornos laborales, Chile, UDEC.

Díaz, X. y Mardones, M.A. (2009): Resumen transitando hacia una universidad saludable, Chile, UBB.

González, R. (2007): Factores de riesgo para una vida saludable en estudiantes de pregrado de la Universidad de Los Lagos en Puerto Montt, Chile, UMCE-ULA.

Ippolito-Shepherd, J. (2003a): Ponencia Desde escuelas saludables a universidades saludables, presentada en la I Reunión de Universidades Promotoras de la Salud "Construyendo Universidades Saludables", Santiago de Chile, 2-3 octubre.

— (2003b): Memoria de la Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud, Quito, Ecuador, 10-13 de septiembre, WDC, OPS/OMS.

— (2005): Las escuelas promotoras de la salud en América Latina. Resultados de la Primera Encuesta Regional, WDC, OPS/OMS.

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

Lara, B. y Quintana, C. (2009): Resumen proyecto portal web Red Universidades Promotoras de la Salud, Chile, ULA.

Merino, B., Arroyo, H. y Silva, J. (2004): La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud, informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea, partes I y II, España, Ministerio de Sanidad y Consumo.

MSL (1999): Decreto supremo 708 del 5-11-1999, Chile, MS.

— (2000): Construyendo un País más Saludable, Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile, MS.

— (2003): Establecimientos de educación promotores de la salud en Chile: avances y desafíos, Vida Chile, MS.

— (2006): ¿Tienes un estilo de vida fantástico? (encuesta), Vida Chile,

MS.
Muñoz, F., Ureta, R. y Huinca, B. (2009): Resumen Universidad Metropolitana: universidad saludable, Chile, UMCE.
Núñez, L. (2009): Informe anual del Departamento de Asuntos Estudiantiles, Chile, ULA.
OPS/OMS/Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (Claiss) (2001): Vida Sana es Más Vida, Chile, OPS/OMS.
— (2003): Escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional, WDC, OPS/OMS.
— (2007): Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, WDC, OPS/OMS.
Wilkinson, R. y Marmot, M. (2007): Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados, OMS Europa, España, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Enlaces de interés

<www.redups.cl>
<www.umce.cl/dae>
<www.udec.cl>
<www.ulagos.cl>
<www.puertomontt.ulagos.cl>
<www.ubiobio.cl/cdesempeno/ubbsaludable>
<www.puc.cl>
<www.minsal.cl>

CAPÍTULO 9

Desarrollo de universidades promotoras de la salud: la experiencia de España

Luis Miguel Pascual Orts, Carmen Gallardo Pino y Concepción Corera Oroz

Antecedentes

Las universidades españolas, tal como se recoge en la propia Ley Orgánica de Universidades (Boletín Oficial de Estado [BOE], 24 de diciembre de 2001), son instituciones de educación superior cuyos principales fines son la creación, el desarrollo, la transmisión y crítica de la ciencia, la técnica y la cultura; la preparación para el ejercicio de actividades profesionales; pero, también, la difusión, la valorización y la transferencia del conocimiento al servicio de la cultura, de la calidad de la vida y del desarrollo económico.

Desde su Título Preliminar, la propia ley plantea que una universidad moderna tiene que generar bienestar e influir positivamente en la sociedad en la que está inmersa a partir de su propio nivel de excelencia. Esta labor de la universidad queda reflejada más claramente en la Ley Orgánica 4/2007, del 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, del 21 de diciembre, donde se especifica y desarrolla el papel de la universidad como transmisora esencial de valores.

Tal y como se plantea en esta reforma, "la acción de la universidad no debe limitarse a la transmisión del saber; debe generar opinión, demostrar su compromiso con el progreso social y ser un ejemplo para su entorno" (BOE, 13 de abril de 2007). Este compromiso se ve reflejado específicamente en esta ley en la igualdad de género, en la ayuda a las víctimas del terrorismo y en las políticas activas para la igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad.

Pero las universidades, además de satisfacer y cubrir la necesidad

de formar profesionales y ciudadanos cultos, o ser capaces de configurar sociedades solidarias y de progreso, deben y pueden asumir también un necesario reto: ser un contexto de vida que propicie comportamientos saludables y que redunde en la calidad de vida, no solo del colectivo de los que viven y trabajan en la universidad, sino de toda la sociedad en general.

Las universidades no han desarrollado plenamente el amplio potencial que tienen para promover la salud de sus miembros, tanto por sus funciones clave en la formación, educación e investigación, como por otras muchas razones inherentes a la universidad: es un centro de innovación y creatividad interdisciplinaria; es un contexto donde sus miembros trabajan y viven una parte importante de su tiempo (en especial, los estudiantes cuyo ingreso en la universidad muchas veces supone un desarrollo de su independencia y el aprendizaje de HpV), y además se trata de un recurso de prestigio en la comunidad en la que está inmersa (Tsourus, Dowding y Dooris, 1998).

Un proyecto similar desde la perspectiva de la promoción de la salud basada en contextos es el de Ciudades Sanas de la OMS (Ashton, Grey y Barnard, 1986), aunque este mismo marco ha originado otros proyectos de promoción de la salud en escuelas (Ippolito-Shepherd, 2003) y hospitales (Tsourus, 1991, 1993) que han estado más expandidos que el de UPS.

A lo largo de los últimos años, en las universidades españolas ha habido numerosas experiencias relacionadas con la salud; tanto acciones específicas que se podrían calificar como acciones de promoción de la salud (semanas de la salud, campañas para dejar de fumar, etc.), como estudios, investigaciones o proyectos vinculados a esta estrategia (desde los propios estudios de grado, cursos de libre configuración o estudios de posgrado), e incluso servicios y estructuras administrativas que abordarían temas vinculados (servicios de acción social, servicios de prevención de riesgos laborales, servicios de información y orientación universitarios, por citar los más relevantes).

La mayor parte de estas iniciativas han perdurado poco en el tiempo; a menudo han sido planteadas por el interés de algún profesor, grupo de profesores o colectivo interesado en temas puntuales y su abordaje conceptual ha sido bastante disperso. En alguna ocasión, incluso se ha llegado a utilizar el término "universidad saludable" para calificar alguna de estas acciones, aunque en realidad se trataba de un aspecto puntual y sin la visión integradora, de

conjunto, del enfoque basado en la promoción de la salud. Algunas iniciativas han estado más centradas en la investigación, otras en aspectos docentes o en acciones basadas en los estilos de vida, pero cada una de ellas aisladamente y, prácticamente en casi todas, no ha habido una implicación decidida por parte de los gestores. Reflejo de ello es la práctica ausencia de menciones a la salud en los planes estratégicos de las universidades.

Cabe destacar un claro antecedente realizado en la Universidad de Alicante, donde, a partir de un Encuentro de la OMS en 1997 para sentar los criterios y estrategias de una nueva Red Europea de Universidades Promotoras de Salud (Tsourus, 2000), se elaboró un proyecto de cobertura internacional en el que participaron varias universidades europeas, liderado por el profesor Alexander Krämer de la Universidad de Bielefeld (Alemania).

El primer objetivo de este proyecto fue plantear instrumentos de evaluación que recogieran información de interés para el análisis de la salud y la calidad de vida en la estrategia de la promoción de la salud.

En Alicante, bajo la dirección del profesor Abilio Reig, se llevaron a cabo los estudios con estudiantes (Reig, Cabrero, Ferrer y Richard, 2001) y con profesores (Herranz, 2004). De modo resumido, estos cuestionarios incluyen cuestiones generales sobre salud, el uso y la valoración de los recursos universitarios, apartados sobre actividad física, estrés, alimentación, sexualidad, calidad de vida y de satisfacción vital. Pero este proyecto no tuvo continuidad y quedó como primer referente de las posteriores iniciativas.

Por otra parte, a partir de 2003, comienza en Santiago de Chile la serie de congresos internacionales sobre Universidades Promotoras de la Salud / Universidades Saludables, cuya influencia en el tiempo se dejará notar también en la iniciativa de UPS en España, especialmente a través de la experiencia chilena.

Marco conceptual

Por UPS entendemos aquella universidad que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables en sus fami-

lias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general (Lange y Vio, 2006). Estas asumen la responsabilidad de aceptar el liderazgo que contribuya a aumentar la salud y el bienestar de la sociedad mediante la colaboración y el trabajo en red (Carta de Edmonton, 2005).

Las UPS están incluidas dentro de la estrategia de promoción de la salud y surgieron como parte del movimiento de los contextos promotores de salud. Se fundamentan en el modelo de la promoción de la salud basada en el contexto cuyos orígenes provienen de la iniciativa de la OMS "Salud para todos" y la Carta de Ottawa de promoción de la salud (OMS, 1980; OMS, 1985; Carta de Ottawa, 1986).

Las UPS, siguiendo los planteamientos establecidos en las publicaciones de la OMS, tienen como meta principal integrar un compromiso con la salud en la estructura, procesos y cultura universitaria, desarrollando su potencial como agente promotor de la salud; de tal modo que su misión también es promover la salud, el bienestar y la calidad de vida universitaria de todo el colectivo universitario. Es importante remarcar que esta estrategia está dirigida también a los profesores, al personal de administración y servicios y no solamente a los estudiantes. La comunidad local estaría incluida de manera indirecta en la población diana (Tsourus, Dowding, Thompson y Dooris, 1998).

Pero, además de definir cuál es la filosofía general del proyecto mediante declaraciones de principios y de compromisos generales, a su vez es muy importante y útil describir el proyecto a realizar mediante un conjunto de características y de criterios que lo definan. Los principales puntos que deberían tener en cuenta las universidades implicadas con la promoción de la salud serían:

- Compromiso evidente con la salud, así como con la sostenibilidad y la igualdad, que se traduzca de forma manifiesta en sus políticas.
- Ofrecer entornos que conduzcan hacia la salud y que expresen su preocupación por el impacto ambiental y saludable de la universidad en los niveles locales, regionales y globales; y potenciar, como parte de esta estrategia, la implicación de la comunidad universitaria en actividades culturales, deportivas, de ocio y sociales como opciones saludables.
- Estimular el interés por la investigación en salud y en promo-

ción de la salud, así como contemplar estos intereses en el desarrollo curricular de las diferentes disciplinas y departamentos.
- Proporcionar servicios adecuados relacionados con la salud que sean sensibles a las necesidades de todos los estudiantes y personal laboral.
- Promocionar un alto nivel de información y participación de la comunidad universitaria en las decisiones que afectan su vida universitaria.

Evidentemente, sería adecuado que cada universidad desarrollase las características propias que marquen y supervisen el progreso de su propio proyecto, aunque debería esforzarse por poner de manifiesto estas características que reflejan su compromiso y su inversión en salud. Junto con el compromiso asumido de potenciar la salud en la universidad, estos proyectos deben tener siempre presente de un modo especial la idea de mostrar y hacer evidentes los resultados y éxitos alcanzados para generar visibilidad, incrementando el perfil y la comprensión de las cuestiones de salud.

Poner en marcha un proyecto de este tipo implica un proceso a largo plazo; sin embargo, estas iniciativas no pueden implementarse de modo exitoso sin crear mecanismos que las permitan y capacidad para manejar e implantar el proyecto. El desarrollo organizacional requiere tiempo, energía, compromiso y habilidades (Dooris, 2001).

Experiencias españolas

En la actualidad, podríamos señalar dos universidades pioneras en la implementación de este tipo de proyectos siguiendo las directrices mencionadas: la Universidad Pública de Navarra y la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) en Madrid.

Plan de universidad saludable de la Universidad Pública de Navarra. La Universidad Pública de Navarra integra anualmente a una media de 10.200 personas entre estudiantes, docentes y personal de administración y servicios. Los 8982 estudiantes proceden de Navarra en su gran mayoría (90%) y se distribuyen en 23 titulaciones diferentes. El personal docente es un conjunto de 791 personas y el personal de administración y servicios integra un colectivo de 446 personas. La universidad se ubica en el campus de Arrosadía, que cuenta con 260.000 metros cuadrados urbanizados donde se

encuentran seis escuelas y facultades que imparten 26 titulaciones.

El interés de la Universidad Pública de Navarra por la salud en la universidad comienza con una serie de acciones aisladas por parte de la sección de salud laboral y gestión medioambiental, junto con la unidad de atención sanitaria, que se relacionaban con los abordados por las universidades saludables y con la promoción de la salud. Este interés se ve plasmado en las líneas estratégicas del plan estratégico para 2005-2008 con una clara relación con la promoción de una universidad saludable, especialmente, la que incluye el objetivo 3.3. para "impulsar el desarrollo de la salud de los miembros de la comunidad universitaria en el marco de un plan global de universidad saludable".

En desarrollo de este objetivo estratégico, nace el Plan de Universidad Saludable como una iniciativa de trabajo conjunto entre la Universidad Pública de Navarra y el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, a través del Instituto de Salud Pública. Este plan pretende integrar y sistematizar las actuaciones previas orientadas hacia la promoción de salud (Universidad Pública de Navarra, 2006). Este plan contempla integra las actuaciones en cuatro ámbitos de intervención que se detallan a continuación:

- Entorno universitario físico y social
  - Estudio-investigación sobre salud, bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria de la Universidad Pública de Navarra.
  - Movilidad segura y seguridad vial en la Universidad Pública de Navarra.
  - Estudio sobre alternativas de transporte público para facilitar la accesibilidad diaria entre Pamplona y Tudela, y reducir riesgos de accidentes.
  - Plan de emergencias del aulario y de los edificios universitarios.
  - Manual de prevención de riesgos laborales.
  - Procedimiento para la resolución de conflictos interpersonales.
  - Acciones de formación en prevención de riesgos laborales.
  - Aplicación de la ley sobre consumo de tabaco.
  - Plan de accesibilidad.

- Currículo e investigación relacionados con la promoción de la salud
  - Revisión de los contenidos de los currículos propios de los estudios de posgrado adaptados al espacio europeo y elabo-

ración de una relación de materias relacionadas con la educación y promoción de la salud.
- Recopilación de los temas de investigación que están siendo desarrollados por los grupos de investigación universitarios, tanto censados como informales.
- Identificación de propuestas formativas y de investigación de interés en materia de educación y promoción de la salud para su traslado a los órganos universitarios competentes.
- Premio de prevención de riesgos laborales.

• Oferta de servicios relacionados con promoción de la salud
- Servicio de atención sanitaria y social.
- Área de convivencia.
- Área de autoconocimiento y desarrollo personal.
- Área de educación afectivo-sexual.
- Área de manejo del estrés y ansiedad.
- Área de consumos de sustancias adictivas.
- Área de estilos de vida saludables.

• Información, colaboración intersectorial y participación
- Colocación en la página web de la Universidad Pública de Navarra de un buzón para la recolección y gestión inmediata de cuantas sugerencias y propuestas sean depositadas por los integrantes de la comunidad universitaria.
- Contacto permanente con los delegados de estudiantes, así como con la red asociativa propia de la universidad, para la difusión de las distintas medidas propuestas y/o para la aplicación de aquellas actividades que lo requieran.
- Taller teórico-práctico de formación de agentes de salud.
- Difusión de los contenidos del plan de universidad saludable en la página web de la universidad.

El plan cuenta con la evaluación de los resultados (grado de consecución de los objetivos y efectos no previstos), del proceso (idoneidad de las actividades así como de la programación de las mismas) y de la estructura o adecuación de los recursos, a través de métodos cuantitativos y cualitativos.

La URJC, una universidad saludable. La URJC está integrada por más de 24.000 personas entre estudiantes (aproximadamente unos 22.000), docentes (en torno a 1500) y personal de administración y

servicios (unos 520). Esta universidad es la más reciente de las seis universidades públicas de la comunidad de Madrid y tiene una oferta de estudios que incluye 80 titulaciones de grado y posgrado correspondientes a áreas sanitarias, ciencias experimentales, tecnologías, ciencias de la comunicación, ciencias jurídicas y sociales. Dispone de cuatro campus operativos, distanciados geográficamente, en los municipios de Alcorcón, Fuenlabrada, Móstoles y Vicálvaro, además de un campus virtual (URJC, 2007).

El proceso de puesta en marcha de la URJC como universidad saludable viene precedido de un largo período de difusión y explicación a los actores clave del proyecto y culmina en la creación, en 2006, del Vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable.

Este vicerrectorado fue creado para trabajar, desde un enfoque transversal, distintas actuaciones de salud biopsicosocial de la comunidad universitaria. En este ámbito, las demandas de actuación inicial pasan por identificar necesidades y coordinar los programas ya existentes en la universidad, potenciando las actuaciones en materia de política social, sobre todo la atención a las personas con discapacidad; desde esta perspectiva se encuadra el programa Universidad Saludable, constituyendo la verdadera razón de ser del vicerrectorado en su conjunto.

Estas iniciativas de promoción de la salud pasan por incorporar el valor salud en la propia cultura universitaria, en la docencia e investigación, así como en la función social de la universidad como agente de salud. Tratando de atender asimismo los colectivos sociales con los que nos relacionamos: municipios, asociaciones, instituciones públicas y privadas.

El plan de actuación (2008-2010) tiene cinco objetivos fundamentales:

1. Mejorar la calidad de vida y salud del personal docente e investigador. Vistos los factores de riesgo del profesorado de la universidad, se diseño un Plan de Formación en Salud específico para este colectivo, iniciado con el curso Iniciativas para una Vida Saludable cuya primera edición se celebró en la primavera de 2008.
2. Identificar necesidades en los estilos de vida del personal de administración y servicios. Actuación complementaria al plan de formación vigente para este grupo, con un diseño forma-

tivo en salud y HpV con énfasis en el manejo de las emociones y el estrés, además de la mejora de las relaciones interpersonales dentro y fuera del colectivo.

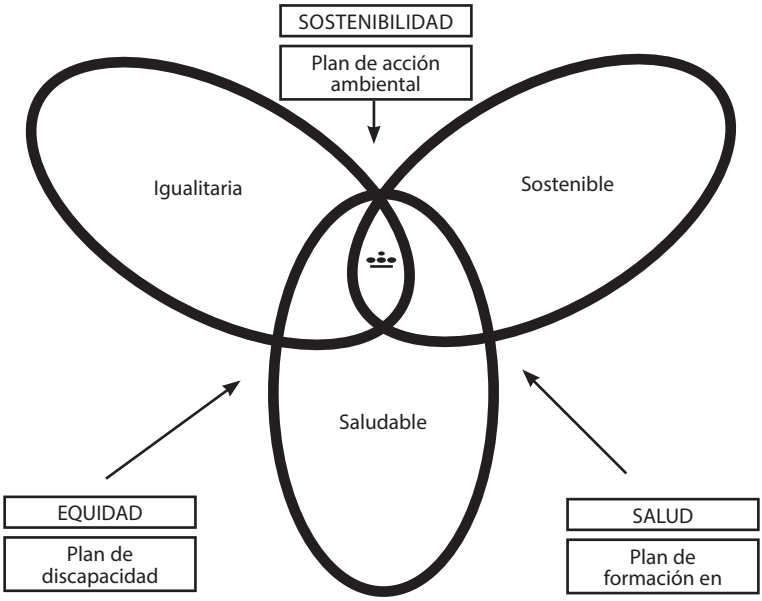
3. Formación de los estudiantes como agentes promotores de salud. Analizadas las posibilidades de mejorar la calidad de vida de los estudiantes a partir de programas y actividades de concienciación (conducción de riesgo, consumo responsable, etc.), se decidió capacitar a los estudiantes en HpV, especialmente en toma de decisiones y resolución de conflictos.
4. Dar a conocer el trabajo en promoción de la salud a toda la comunidad universitaria. Se constituyo una Comisión Técnica Universidad Saludable para coordinar las tareas llevadas a cabo desde una perspectiva multidisciplinaria y cooperativa. Por ello, en este grupo de docentes están representadas todas las ramas de conocimiento. Las tareas encomendadas guardan relación con la divulgación del proyecto. En el otoño de 2008 se realizó una Feria de la Salud como parte de las iniciativas de acogida a nuevos estudiantes.
5. Conferir transversalidad a la función social de la URJC. Dado que las actuaciones deben trascender los muros de la universidad como responsabilidad social de una institución educativa, se puso en marcha, junto con otras universidades y el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Red Española de Universidades Saludables, coordinada desde este mismo vicerrectorado, para integrar las iniciativas de un grupo de universidades españolas que trabajan en la misma línea.

Por último, después de todo este tiempo se pueden aportar como lecciones aprendidas que existen tres supuestos básicos que resultan imprescindibles para poner en marcha y dar continuidad a un proyecto de Universidad Saludable como el presente. Por un lado se necesita difundir un concepto de salud integral y holista, que no sobredimensione la visión biológica frente a la psicológica o la social. De otro lado, se está trabajando desde la promoción de la salud y no tanto desde la prevención de las enfermedades.

Finalmente, todo lo realizado tiene como centro la persona o el colectivo con el que se trabaja, es decir, la formación o intervención solamente puede estar centrada en quien la recibe (gráfico 1).

Pero las experiencias en promoción de la salud no se limitan a estas dos universidades afortunadamente, aunque, como se comentó con anterioridad, las iniciativas desde otras universidades no

Gráfico 1



reúnen el carácter global que caracteriza a estas.

Por mencionar algunas acciones, sin ánimo de ser exhaustivos, se podría destacar el máster en Promoción de la Salud (Universidad de Girona), el Aula Saludable (Universidad de Huelva), el Plan Forma Joven (Universidad de Sevilla), tesis doctorales sobre promoción de la salud en las universidades (Universidad de Santiago de Compostela) y otros tantos ejemplos que indican el interés creciente de estos temas.

Reflexiones

El camino recorrido, aunque breve, nos pone en situación de exponer algunas reflexiones estratégicas acerca de las acciones realizadas.

La salud es un valor que nos genera interés a todos y las iniciativas que llevan por nombre Universidad Saludable son muy atractivas desde un punto de vista promocional tanto para la propia

universidad como para las instituciones implicadas. La etiqueta de Universidad Saludable es deseable para quienes quieren aportar un valor añadido a su universidad y genera fácilmente adhesiones desde los distintos niveles de gestión. El interés actual por la responsabilidad social de las universidades hace que este tipo de proyectos puedan ser mejor comprendidos y más apoyados.

Pero estas iniciativas no pueden ni deben quedarse en una declaración de intenciones, en la autoadjudicación de que uno mismo es una universidad saludable y que todo quede en una espléndida, aunque efímera, noticia. Es importante asegurar la continuidad del proyecto mediante un equipo de trabajo interno en la universidad que refleje todas las sensibilidades clave en promoción de la salud y en temas relacionados que trabajen de forma conjunta. A su vez, hay que aprovechar los recursos de la comunidad y establecer alianzas con sectores interesados.

Por otra parte, aun siendo fundamental e imprescindible el apoyo y el compromiso del equipo de gobierno y de otros cargos de gestión, habría que evitar caer en el error de considerar estas iniciativas como un proyecto unipersonal. Sería conveniente desvincular la consideración de que el proyecto es cuestión de un cargo o un colectivo determinado. El compromiso con la salud no es asunto de algunas personas interesadas, sino que debería serlo de la propia universidad y estar asumido en su cultura y en sus políticas.

En este sentido, uno de los modos donde se evidencia que ese compromiso va mucho más allá de la acción aislada es esforzarse para que esta iniciativa se incluya en los planes estratégicos de cada universidad, puesto que estos son los documentos que explicitan la política consensuada de la universidad. Es muy deseable integrar las diferentes disciplinas de cada universidad y buscar el carácter transversal de las Universidades Saludables (tanto en cuanto a áreas de conocimiento como en cuanto a estructura organizacional). La promoción de la salud no es un asunto exclusivo de los tradicionales estudios vinculados a la sanidad, sino que es una experiencia muy enriquecedora estimular el conocimiento y la investigación en otras áreas como las ingenierías, el derecho o las humanidades, por poner algunos ejemplos, y ver qué pueden aportar a la promoción de la salud.

Junto al trabajo en equipo con una visión multidisciplinaria y transversal, un punto de apoyo importante es el contacto y el trabajo en red con otras universidades que aborden esta misma temática, tanto por el intercambio de experiencias y conocimientos

como por el factor reforzador y el apoyo motivador que supone poder compartir los éxitos y dificultades con otras personas con perspectivas similares.

El final del principio: la creación de la Red Española de Universidades Saludables

El trabajo en red es un modo eficaz de intercambiar buenas prácticas, comentar problemas y soluciones y de prestarse apoyo mutuo. Además, añade valor al trabajo individual, maximiza la utilización de los recursos y previene la duplicación de esfuerzos, ya que evita en numerosas ocasiones reinventar la rueda. Por eso, el disponer de una red de trabajo en España en torno a las universidades saludables era una meta a conseguir para dinamizar esta estrategia.

Hoy en día, la creación de la Red Española de Universidades Saludables es una realidad. Los objetivos de la red se centran en potenciar la universidad como entorno promotor de la salud de la comunidad universitaria y de la sociedad en su conjunto; en fomentar la investigación y la docencia en promoción de la salud y favorecer el intercambio de experiencias en promoción de la salud; así como promover y favorecer el trabajo conjunto entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.

Otros objetivos de la red son consensuar las líneas estratégicas y de trabajo para llevar a cabo un proyecto de UPS y posibilitar la elaboración y el desarrollo de proyectos comunes en las líneas estratégicas de la red. Por último, la red tratará también de potenciar la participación internacional.

Las principales líneas temáticas en las que se centra la red son los entornos universitarios que promuevan la salud; la incorporación en los planes de estudio universitarios de formación en promoción de la salud en los niveles de grado y posgrado; la investigación en promoción de la salud; y la participación y colaboración entre los organismos de salud pública, las instituciones comunitarias y las universidades.

La red surgió por la confluencia de diversas inquietudes que han ido convergiendo desde distintos ámbitos y localizaciones (universidades, servicios de salud, Ministerio de Sanidad), que poco a poco se han unido. La red es el fruto visible de mucha labor soterrada, persistente e ilusionada de muchas personas comprometidas con la promoción de la salud. Todo ese trabajo previo posibilitó que se

desencadenaran diferentes eventos que han servido como catalizadores para la generación de la red.

Cabría destacar como hitos en la creación de la red, la reunión realizada en mayo de 2007 en Pamplona para exponer a otras universidades interesadas la experiencia de la Universidad Pública de Navarra en el desarrollo del proyecto. A partir de esa reunión, se estableció un foro propicio para el intercambio de experiencias que se tradujo en la participación en el III Congreso Internacional de Universidades Saludables de Ciudad Juárez (México). A partir de aquí, se tomó el testigo de la organización del congreso de 2009 a celebrar en Pamplona (España).

Con el objetivo ya en mente de crear la Red de Universidades Saludables, se realizaron las reuniones de Móstoles (Madrid) en la URJC, donde estuvo representado un amplio número de universidades y que culminó posteriormente en la reunión realizada con el Ministerio de Sanidad para dar apoyo a la red.

Y, pese a todo el trabajo previo, pese a todo el largo camino recorrido, hemos de decir que la creación de la red no es sino el principio de una nueva andadura.

Retos futuros

Todos los hechos comentados permiten otear el futuro con cierto optimismo y confianza en que las universidades sabrán aprovechar las oportunidades que ofrece para su propia institución y para sus trabajadores y estudiantes apostar por la promoción de la salud en la universidad. Nos encontramos ante un momento crucial para lograr con éxito nuevos avances, especialmente aquellos que están centrados en insertar la visión de la promoción de la salud en los currículos formativos de los nuevos profesionales, debido a las reformas actuales que se están llevando a cabo en los planes de estudio.

Pero, además de ello, convendría destacar tres aspectos que deben ser tenidos en cuenta para realizar aportes de modo más eficiente: por una parte, aprovechando la sinergia que provoca el trabajo en red, se tendrían que homogeneizar los planteamientos básicos de lo que cabe esperar de una universidad saludable, sus características definitorias y sus modos de actuación; en otras palabras, generar unos criterios básicos acerca de qué entendemos por universidad saludable de tal modo que pueda ser identificada

de modo diferenciado de otras universidades sin este compromiso por la salud.

Ello conduce a un problema que a veces no es sencillo resolver, y que con estos criterios podría ser resuelto y es la comprensibilidad del proyecto. Es necesario esforzarse para hacer entender en qué consiste el proyecto, pero no solamente en cuanto a su filosofía, sino también en cuanto a lo que supone en el día a día de la universidad.

Por último, es imperativo destacar la importancia de hacerse notar. Se debe tener presente que tan importante como ser eficientes en el trabajo es darle relieve, generar visibilidad de las acciones y éxitos alcanzados para que se pueda identificar a cada universidad como UPS y a su vez como US.

Bibliografía

Ashton, J., Grey, P. y Barnard, K. (1986): "Healthy Cities – WHO's new public health initiative", Health promotion international, 1(3): 319–323.

Carta de Edmonton de Universidades Promotoras de Salud e Instituciones de Educación Superior (2005): Segundo Congreso Internacional dedicado a la creación y mantenimiento de Universidades Promotoras de Salud, Edmonton, Canadá, 3 al 6 de octubre.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud (Ottawa Charter for Health Promotion) (1986): Health promotion international, 1(4): iii-v.

Dooris, M. (2001): "The 'Health Promoting University': a critical exploration of theory and practice", Health Education, 101(2): 51-60.

Gallardo, C. (2007): La Universidad Rey Juan Carlos: universidad saludable, conferencia presentada al III Congreso Internacional de Universidades Promotoras Saludables, Ciudad Juarez, México, 3 al 6 de octubre, disponible en: <http://www.uacj.mx>.

Herranz, J. (2004): La calidad de vida, el trabajo y la salud de los profesores universitarios, tesis doctoral inédita, Alicante, Universidad de Alicante.

Ippolito-Shepherd, J. (2003): Escuelas promotoras de la salud. Fortalecimiento de la iniciativa regional Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, Washington DC, OPS.

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

OMS (1980): European Regional Strategy for Health for All, Copenhague, WHO Regional Office for Europe.

— (1985): Targets for Health for All, Copenhague, WHO Regional Office for Europe.

Reig, A., Cabrero, J., Ferrer, R.I. y Richard, M. (2001): La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios, Alicante, Universidad de Alicante, disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com>.

Tsourus, A.D. (1991): World Health Organization Healthy Cities project: a project becomes a movement. Review of progress 1987-1990, Copenhague, FADL Publishers.

— (1993): "Health promoting hospitals: European perspectives", en Health Education Authority, ed. Health promoting hospitals: principles and practice, Londres, Health Education Authority, pp. 4-6.

— (2000): "Health Promoting Universities: concept and strategy", en Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C. y Krämer, A. (comps.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele, Weinheim y Munich, Juventa, 15-24.

Tsourus, A., Dowding, G. y Dooris, M. (1998): "Strategic Framework for the Health Promoting Universities Project", en Tsourus, A., Dowding, G., Thompson, J. y Dooris, M. (1998): Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action, Copenhague, WHO Regional Office for Europe.

Tsourus, A., Dowding, G., Thompson, J. y Dooris, M. (1998): Health Promoting Universities: Concept, Experience and Framework for Action, Copenhague, WHO Regional Office for Europe.

Universidad Pública de Navarra (2006): Plan de Universidad Saludable, disponible en: <http://www.unavarra.es>.

Universidad Rey Juan Carlos (2007): Memoria académica, disponible en: <http://www.urjc.es>.

CAPÍTULO 10

Impacto de la salud universitaria en la educación superior: la experiencia de Cuba

Daylanis V. Figueroa Verdecia

Introducción

La salud universitaria es un área de trabajo que no se ha sistematizado como la salud escolar, pero sí se puede afirmar que existen, desde el nivel institucional hasta el internacional, múltiples intentos que plasman experiencias interesantes en la organización y proyección de estrategias, programas y/o sistemas de intervención en salud para los Centros de Educación Superior (CES).

En la región de las Américas la promoción de la salud en el ámbito universitario ha avanzado significativamente, teniendo como base y modelo el marco conceptual de la iniciativa regional Escuelas Promotoras de la Salud (EPS) (Ippolito-Shepherd, 2003).

A escala internacional, las estrategias de promoción de la salud se aplican en diferentes ámbitos e incluyen diferentes iniciativas: UPS, EPS, municipios y comunidades saludables, etc.

Desde 2003, las reuniones internacionales para el desarrollo de UPS / universidades saludables (US) han permitido avanzar con el proceso y la sistematización de las acciones de promoción de la salud en el ámbito universitario (Ippolito-Shepherd, 2003, 2005, 2007).

Concretar las acciones para el fortalecimiento de UPS implica el entendimiento de los objetivos que en esta área se plantean, para lo cual es imprescindible el compromiso de las autoridades del gobierno de cada país, y especialmente la participación protagónica de la comunidad universitaria (Ippolito-Shepherd y Cerqueira, 2005).

Mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios

donde viven las personas es un trascendente y humanitario campo de acción, en la esfera de la salud, para los profesionales de hoy, lo que se viabiliza en la medida en que se es capaz de fomentar el diálogo, estimular la colaboración entre las universidades, y particularmente compartir el conocimiento y las experiencias sobre Salud Universitaria (OPS/OMS, 2002, 2005).

Ser consecuente con el concepto de salud integral es reconocer la importancia que tienen los aspectos y factores interdisciplinarios, intersectoriales y transprofesionales, estos como sostenedores del proceso salud/enfermedad en cualquier contexto. Por lo que no hay duda ni vacilación alguna para emprender la instrucción y la educación sobre la temática de salud durante el proceso de formación profesional. Antes de adentrarnos en el impacto de la salud universitaria para la educación superior, se considera oportuno abordar algunos aspectos conceptuales, metodológicos y procedimentales.

Salud universitaria

A nivel teórico, se entiende por salud universitaria una disciplina rectora, de carácter multidisciplinario, que tiene la finalidad de prevenir en, y desde, las comunidades universitarias las enfermedades, las discapacidades, las minusvalías y el deterioro ambiental, a la vez que promueve el aprendizaje significativo para el autocuidado en salud, el cuidado del entorno y el desarrollo de HpV a partir de la ética profesional y el compromiso social de los profesionales.

En cuanto disciplina rectora, no se concibe como un hecho aislado y sencillo, sino que, dada su visión y misión, propone un sistema de conocimientos y habilidades que responden a las necesidades de aprendizaje en salud de las comunidades universitarias.

Desde el punto de vista epistemológico, el carácter multidisciplinario de la salud universitaria se distingue por ser aplicada a las ciencias y profesiones específicas, de lo cual se deriva su objeto y su campo de acción. El objeto de estudio está centrado en las características del proceso salud/enfermedad en las universidades y el campo de acción está enfocado en las manifestaciones de los indicadores de salud en diferentes momentos de la formación profesional, profesiones y dimensiones de la vida universitaria.

Desde el punto de vista metodológico, la salud universitaria parte del carácter científico para estructurar los métodos de trabajo.

La selección de las técnicas o los procederes a aplicar deben atender a la dinámica inevitable entre lo general y lo particular, los contenidos específicos y las diferentes formas de abordarlos, el equilibrio entre el conocimiento teórico y la experiencia práctica. De esta manera se logra la armonía entre los problemas identificados y la forma para intervenir en ellos.

Los procedimientos a emplear en las diferentes etapas y dimensiones por las que atraviesa la promoción de la salud en el ámbito universitario deben ser celosamente delimitados y tenidos en cuenta para la regulación del contenido y el alcance de las acciones, los fundamentos filosóficos, pedagógicos, sociológicos, psicológicos y legales de la salud universitaria. Los criterios generales de estos aspectos incluyen:

Fundamentos filosóficos. Responder a las demandas de la salud universitaria implica tener juicio crítico sobre el sistema de conocimientos y saberes que subyacen en el modo de actuación de las comunidades universitarias para ver con precisión el rol que cumplen los individuos en la transformación de su realidad. Sobre esta base se considera que:

- La práctica debe ser el criterio valorativo de la verdad en cuanto a cómo se potencia el desarrollo de habilidades para la promoción de la salud universitaria.
- El análisis de la situación de salud en la comunidad universitaria pasa por diferentes contradicciones inherentes a este tipo de institución educativa. Emerge lo general (estado y diagnóstico de salud en la comunidad universitaria) y lo particular (vulnerabilidad específica, riesgos, peligros, resiliencias, carga de enfermedad de los individuos, grupos, carreras, departamentos, áreas de trabajo, profesiones).
- El análisis de la situación de la salud universitaria es en sí mismo dialéctico. Todos, independientemente de su condición (estudiantes de pregrado, posgrado, docentes, investigadores, trabajadores de servicios, administrativos), tienen la oportunidad de discutir cómo enfrentar los problemas de salud y participar en las alternativas de solución.

Fundamentos pedagógicos. Para contribuir a la calidad de vida en las comunidades universitarias no se pueden excluir las necesidades de aprendizajes en salud tanto personales como grupales. Si el

proceso de enseñanza/aprendizaje tiene como regularidad el componente educativo, entonces tanto desde lo curricular como desde lo extracurricular se pueden preparar a personas para el cuidado de su vida teniendo como punto de análisis los indicadores de salud.

Fundamentos sociológicos. La salud universitaria tiene su radio de acción en una de las áreas de trabajo de la sociología, las instituciones educativas, en este caso las universidades. Este punto de encuentro, interacción y síntesis son premisas para que los modelos de cambios en salud universitaria:

- Contribuyan a explicar cómo desde la formación profesional se puede y se debe favorecer al desarrollo social.
- Eduquen a los universitarios para que en las acciones de transformación social no subestimen el efecto que pueda tener la introducción de nuevas tecnologías en la salud.

Fundamentos psicológicos. Resulta imposible comprender los problemas de la salud universitaria aislada de un sujeto concreto en un contexto determinado. Por lo que se sugiere el enfoque histórico-cultural, como sustento psicológico de la salud universitaria (Figueroa Verdecia, 2007). Esto permite:

- Respetar el modo en que cada individuo se apropia de, y asimila, el acervo cultural que le antecede.
- Considerar la relación que se establece entre la comunicación y la actividad psíquica como fuerzas motrices de la educación.
- Garantizar un desarrollo integral de la personalidad de todos los participantes en las actividades de la vida universitaria.

Fundamentos legales. Históricamente son las universidades las instituciones donde se gestan los conocimientos más relevantes de cada época en relación con el índice de desarrollo humano. Si se reconoce que los adelantos de un país deben contribuir a la esperanza de vida al nacer para lograr una vida larga y saludable, entonces el derecho a la salud universitaria es parte del respaldo jurídico que acompaña a la educación superior, lo que se fundamenta por:

- Los principios éticos de la enseñanza en las universidades deben nutrir a los profesionales en valores que regulen su comportamiento en la búsqueda de soluciones que beneficien al medioambiente. Cada avance de las ciencias solo será

útil en la medida en que sean creados y utilizados para el bienestar humano y la integridad física.

- Desde el punto de vista legal, la gestión educativa de las universidades debe impulsar la regulación y el control de las responsabilidades, límites, espacios, estrategias, objetivos, áreas de trabajo y plan de acciones que las ciencias particulares, profesiones y profesionales deben cumplir para el mejoramiento de la calidad de vida. Del mismo modo se deben establecer y divulgar las normas de disciplina, sanción y corrección que serán aplicadas cuando estos principios sean violados.
- Respetar la diversidad es una expresión ético-legal de la salud universitaria. Las necesidades siempre crecientes de la población, el impacto del cambio climático y los misteriosos efectos del medioambiente harán que lleguen siempre a la mesa de trabajo de los profesionales nuevos y diferentes problemas para resolver: ¿Quién tiene la solución más oportuna? ¿Quién tiene la verdad más coherente? Dar respuesta a los interrogantes planteados desde diferentes profesionales es desarrollar constructivamente la lucha y la unidad de contrarios; no es el camino a la enemistad profesional sino el aprendizaje en el respeto de límites y diferencias de criterios (teóricos, metodológicos y prácticos).

Se defiende la idea de que las universidades desarrollen la salud universitaria nutridas del humanismo, no pasivo y conservador, sino del que respeta a las personas por su individualidad, por su posibilidad intrínseca o manifiesta de transmitir experiencias, conocimientos y habilidades, sostenidos por valores y convicciones socialmente valiosos, excluyendo cualquier modo de exclusión, subestimación o discriminación a los individuos.

Impacto de la salud universitaria en la educación superior

La misión y la visión que debe cumplir la salud universitaria son términos a considerar al valorar su impacto. Como misión, la salud universitaria es la plataforma de diálogo entre la universidad y la sociedad. La distingue la retroalimentación que existe entre la teoría y la práctica, y tiene la función social de contribuir a elevar el índice de desarrollo humano mediante la capacitación, la investigación y

los servicios en salud.

La visión de la salud universitaria es promover un estilo de vida sano con un enfoque sociocultural y transprofesional, a partir del análisis de la situación de salud y mediante la participación de toda la comunidad.

El impacto que la salud universitaria deja a la educación superior es diverso, complejo y beneficioso.

Lo diverso está dado por el propio concepto de salud (OPS/ OMS, 2005). Si se considera que, en el nivel teórico, metodológico y práctico, la salud implica diferentes dimensiones, sectores y profesiones, entonces desde las universidades se potenciarán los ejes de formación, transformación y renovación en el estudio de los problemas de salud.

La complejidad se explica fundamentalmente por las vías mediante las cuales se logra la formación de los profesionales de nivel superior (curricular y extracurricular). Estas se acompañan de la investigación científica en actividades de connotación social, las que, según los intereses de evaluadores, observadores o especialistas, pueden referirse a:

- Retos que las diferentes profesiones imponen a la prevención de enfermedades profesionales y viceversa.
- Empleo de alternativas pedagógicas para realizar el diagnóstico de salud a través de los diferentes procesos sustantivos de la educación superior (docencia, investigación y extensión universitaria).
- Uso de alternativas educativas que elevan el nivel de conocimiento sobre la salud como son las estrategias maestras (enfoque integral para la labor educativa, informatización, internacionalización e integración).
- Educación de valores que consolidan la formación ética de los profesionales universitarios (honestidad, justicia, solidaridad, humanismo, responsabilidad).

El beneficio que obtienen los CES con el establecimiento de los servicios, programas, o acciones de salud universitaria es innegable tanto a corto como a largo plazo ya que permite:

- Emplear de forma útil el sistema conceptual de cada profesión en provecho de la promoción de la salud, búsqueda de alternativas diagnósticas, terapéuticas, preventivas.

- Hacer provechoso el sistema de habilidades y competencias de los profesionales para establecer redes de apoyo en salud.
- Preparar a los estudiantes universitarios para contribuir al cuidado del entorno.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el impacto social de la salud universitaria está dado porque condiciona el bienestar de la población, contribuye a la búsqueda de alternativas para elevar la calidad de vida, amplía los servicios de salud para garantizar mayor cobertura y equidad, favorece la satisfacción de la población, mejora las condiciones medioambientales y socializa la información sobre la salud de forma multidisciplinar.

La sistematización de las experiencias sobre salud universitaria permite ver que el impacto se percibe en tres dimensiones generales:

- Los problemas generales que se identifican en el análisis de la situación de salud. El cuadro epidemiológico (mundial, el de las comunidades, localidades, países, grupos) muestra cuál es el comportamiento de los problemas en salud, revelando la incidencia y prevalencia de los mismos no solo para la comunidad universitaria, sino para los seres humanos en general. El análisis de esta información es un llamado de alerta para que los profesionales conozcan cuáles son las prioridades a resolver. También se ejecutan programas, estrategias, convocatorias de proyectos, redes de trabajo que divulgan indicadores de salud y enfermedad que se requieren estudiar sea de forma emergente o urgente por su trascendencia.
- Los problemas de salud propios de los CES. Implica la identificación del estado de salud y carga de enfermedad de los estudiantes y trabajadores de las universidades. Entre ellos se destacan la relación entre problemas de salud y aprendizaje, estrés laboral, enfermedades y riesgos profesionales, accidentes, calidad en el sistema y servicio de salud universitaria, condiciones ambientales, indicadores de salud ante el uso de las nuevas tecnológicas de la informática y la computación en la enseñanza superior, estilo de vida en las universidades, problemas de salud sexual y reproductiva en las universidades, hábitos tóxicos y dependencias en los estudiantes, y particularidades sociopsicopedagógicas de los estudiantes.
- Los problemas prácticos para el desarrollo de la salud univer-

> sitaria. La salud universitaria refleja el empoderamiento de los grupos de salud universitaria, el diseño de programas y estrategias para la promoción de salud universitaria, la elaboración de métodos de trabajo para el abordaje de problemas de salud y prevención de enfermedades, la constitución de grupos multidisciplinarios con la participación de diversas universidades, propuestas teórico-metodológicas para la implementación de los servicios de salud universitaria.

A su vez, el análisis del impacto social de la salud universitaria se establece por ser un eslabón de enlace entre los movimientos Escuelas por la Salud y Centros de Trabajo por la Salud. La enseñanza es un proceso que se realiza en espiral. Se inicia desde la educación infantil, media, media superior y, si el estudiante logra vencer los objetivos de aprendizaje en cada uno de estos niveles, entonces inicia la enseñanza superior. Cabe señalar que no se toman como referentes las condiciones socioeconómicas que limitan la posibilidad de acceso a la enseñanza escolarizada.

La salud escolar se ubica en un período muy importante de la vida, cuando los menores inician su vínculo formal con instituciones sociales. La actividad rectora es el estudio y mediante ella debe lograrse que incorporen hábitos adecuados para su bienestar. Durante la vida universitaria los estudiantes se preparan para su formación técnico-profesional, la que les permitirá un desempeño competente en su vida laboral. Se inicia este período a finales de la adolescencia, que transcurre durante la juventud, la adultez y la edad adulta mayor.

Si se considera que las universidades brindan diferentes tipos de cursos (regular diurno, para trabajadores, a distancia), entonces todas las actividades de promoción de la salud que se realizan en el ámbito universitario fluyen directamente no solo en el ámbito intracomunitario, sino también en diversos centros de trabajo o comunidades.

Al llegar a la universidad el estudiante trae consigo aprendizajes significativos de autocuidado y salud, que se promovieron en el movimiento Escuelas por la Salud, la Red Escuelas Promotoras de Salud (OPS/OMS, 2002). Durante la vida universitaria no debe haber una ruptura con estos procesos, sino lograr mayor interiorización de los riesgos, peligros, accidentes, a la vez que se incorporen gradualmente modos de actuación que potencien la salud desde la mirada

de su profesión.

El movimiento Centros de Trabajo es el eslabón subsiguiente a la vida universitaria durante la formación del profesional. Si la mayor parte de los años útiles de las personas se desarrollan durante la vida laboral, entonces hay interrogantes que deben quedar resueltos durante la formación universitaria. ¿Cómo la profesión ayuda a la salud? ¿Cuál es la responsabilidad profesional ante la salud humana? ¿Cuáles son los riesgos fundamentales que la profesión tiene para la salud personal? Por otra parte, si los profesionales que trabajan se mantienen incorporados a cursos de educación de posgrado, entonces existen el compromiso y la oportunidad para que la salud universitaria no acabe su rol con la titulación de pregrado, sino que en el posgrado se profundice.

La experiencia de Cuba

En Cuba la atención a la salud universitaria ha quedado implícita en las diferentes acciones realizadas para desarrollar un estilo de vida sano por el mejoramiento de la calidad de vida de las universidades. En este sentido han cumplido un rol protagónico el MSP y el Ministerio de Educación Superior (MES).

El MSP, a través del Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud, elaboró en la década del noventa la Carpeta metodológica del movimiento Municipios por la Salud, donde aparece contenido, entre los marcos teóricos, el de Universidad Por la Salud, que tiene el propósito de fomentar una cultura de salud universitaria y la contribución de esta al mejoramiento de las condiciones y estilos de vida en la comunidad. Incluye como términos clave el enfoque social de la salud, la formación de recursos humanos, un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario, la investigación, acción participativa y los estudios socioculturales (MSP, 1999).

El MES, creado en 1976, es considerado el núcleo de la Red Universitaria que abarca 65 universidades a las que se vinculan directamente 3150 Sedes Universitarias Municipales (SUM) ubicadas en todos los municipios del país. Esto ofrece una cobertura de acceso a la educación superior de más de 743.900 estudiantes y la posibilidad de empleo a 151.151 profesionales (MES, 2008).

Teniendo en cuenta que las CES en Cuba pertenecen a diferentes Órganos de la Administración Central del Estado (OACE), han exis-

tido diferentes modos de asumir el trabajo de la salud universitaria, lo que permite apreciar la riqueza de la unidad y las diferencias en la consecución de este empeño. Por una parte, los Centros de Educación Médica Superior (CEMS), que pertenecen al MSP, forman a los profesionales propios del sector salud en las carreras de medicina, enfermería, estomatología, tecnologías de la salud y psicología de la salud. De forma curricular se imparte el sistema de conocimientos necesarios para el desempeño de las especialidades sanitarias. Sin embargo, estas instituciones de modo extracurricular realizan un conjunto de acciones para el cuidado del entorno y el ambiente universitario. La constitución de distintas cátedras, como las de sexualidad, medioambiente y salud, y bioética médica, expresa el propósito de este organismo de instar la promoción de la salud no solo como una labor profesional, sino como un encargo conscientemente regulado desde el sí mismo y todo el mundo que lo rodea.

Para los Institutos Superiores Pedagógicos (ISP), universidades que se regulan administrativamente por el ME, el trabajo se ha nutrido por la experiencia realizada en los departamentos de salud escolar, los que existen en los diferentes niveles (municipal, provincial y nacional) (MINED, 2003).

Metodológicamente, la práctica de higiene escolar ha estado respaldada por la Dirección Nacional de Higiene y Epidemiología del MSP. La inclusión en el currículo de las carreras de pedagógicas de la asignatura Salud e Higiene Escolar instó significativamente a la realización de acciones extracurriculares (programas, estrategias y proyectos) que contribuyeran a la promoción de la salud en la institución universitaria.

Otro ejemplo es el programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación, el cual incorpora los conocimientos y habilidades básicas que debe conocer el estudiante de formación y perfeccionamiento de personal pedagógico (Carvajal Rodríguez et al., 2000).

Los Institutos Superiores de Cultura Física y el Deporte (ISCF) son monitoreados desde el Instituto Nacional de Deporte y Recreación (INDER). En estas universidades encontramos la formación de los atletas y de los profesores de educación física, quienes contemplan en su plan de ciencia el proyecto ramal Actividad Física y Calidad de Vida, y el de Servicio a la Salud Humana. Estos se concretan en la práctica mediante los programas de cultura física (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma, embarazo, círculo de abuelos y rehabilitación a domicilio) y atención a los discapacitados

(INDER, 2004).

En el caso de las instituciones adscriptas al MES, las experiencias han estado centradas básicamente en las actividades realizadas en las Direcciones de Recursos Humanos (DRH) y de Extensión Universitaria (DEU).

En el área de recursos humanos se destaca el Reglamento Organizativo de Seguridad y Salud Ocupacional, donde se aboga por el mejoramiento de las condiciones laborales y docentes, a través de la gestión en Seguridad y Salud del trabajador (formación e información, prevención integral de los riesgos, prevención de incendios, salud laboral, medioambiente) (MES, 2002).

En el área de extensión universitaria, con un enfoque sociocultural comunitario, se promueven diferentes programas que responden a la salud, incluso la prevención de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, droga), calidad de vida, educación sexual y prevención de ITS/VIH/sida, atención a los adultos mayores mediante las cátedras tercera edad, y desarrollo de la educación y cultural física (MES, 2004).

Las acciones de salud universitaria en todos los CES (independientemente del organismo al cual pertenezcan) parten de las orientaciones emitidas por el MES, ya que este es considerado el núcleo metodológico y científico de la educación superior. Como resultados de esta integración, se creó el grupo de investigación y desarrollo Universidad: Comunidad Saludable (UCOMSA), en el cual participan estudiantes y trabajadores de diferentes instituciones universitarias (Figueroa Verdecia et al., 2008). Este grupo investigador muestra como resultados acreditados más importantes:

- Formación profesional
  - Curricular: carpeta docente metodológica de la disciplina integradora salud universitaria
  - Extracurricular: constitución de los grupos de investigación estudiantil Salud Universitaria
- Formación de postgrado
  - Estrategia de superación profesional sobre salud universitaria que incluye talleres, cursos, entrenamientos, diplomaturas, conferencias.
  - Estrategia de formación académica para la investigación en salud universitaria.
- Extensión Universitaria
  - Cátedras estudiantiles UPS.

- Ciencia y técnica
  - Orientaciones metodológicas para el funcionamiento de los grupos de investigación UCOMSA.
  - Orientaciones metodológicas para el funcionamiento de las Redes Universidades Promotoras de Salud (RUPS).
  - Diseño del Centro de Estudio en Salud Universitaria (CESU).
  - Programa Integral de Salud Universitaria (PISU).
  - Metodología para la implementación del movimiento Universidades Promotoras de Salud.
- Recursos humanos
  - Diseño teórico-metodológico de una Guía para las buenas prácticas en salud universitaria.
- Relaciones internacionales
  - Cursos de capacitación sobre salud universitaria con la participación de especialistas de diferentes países (dos ediciones).
  - Encuentros para intercambios de experiencias (dos ediciones con la participación de docentes de universidades colombianas, mexicanas, y especialistas de la OPS).

Consideraciones finales

Teniendo en cuenta lo expuesto, la salud universitaria deja de ser una opción o una invitación particular de grupos o redes que trabajan en la promoción de la salud en las universidades. La salud universitaria se convierte en una urgencia reclamada por el planeta Tierra.

No son los organismos ni las instituciones aisladas, ni las organizaciones, gubernamentales o no, las que hacen el llamado al desarrollo de la salud universitaria para que asuma su inevitable compromiso social con el bienestar de la humanidad. Quienes tocan a las puertas de las casas de altos estudios en busca de esperanza y solución son el llanto de niños discapacitados, enfermos de VIH/sida, enfermos de desnutrición, familias víctimas de desastres naturales, guerras, epidemias; jóvenes que buscan el verdadero sentido de la vida para evitar el suicidio, la frustración ante el trabajo, el estrés, la droga; son además los adultos que se preparan para envejecer con la menos carga de enfermedad para su familiares y la sociedad.

No hay que perder la oportunidad de preparar a los promotores universitarios de salud desde los primeros momentos de la formación. Allí es donde está el terreno fértil para estimular el sentido de la responsabilidad y el comportamiento ético ante la prevención de

enfermedades y la promoción de la salud.

Quienes de una u otra forma han abordado los problemas de salud, en y desde las universidades, perciben que en la última década, en forma vertiginosa, las demandas en este tema se han diversificado, lo cual solo se resolverá en la medida en que en el nivel teórico y metodológico se logren mejores resultados en la integración, la calidad y el amor a la profesión.

Cada universidad tiene en sí misma la oportunidad de potenciar proyectos de salud universitaria, y de este modo erige el sistema de actividades a ejecutar de forma consciente, objetiva y en correspondencia con los intereses, motivaciones y necesidades de sus estudiantes y trabajadores. Este será un proceso de todos y para todos, donde participen y se vinculen las carreras, los departamentos docentes y no docentes, y las áreas de servicios y administrativas.

Entendido de este modo, el motor impulsor de la salud universitaria proviene del desarrollo integral de los recursos materiales y del capital humano perteneciente a los CES. En cada centro las acciones de promoción de salud quedarán asentadas en las áreas de resultados clave básicas de la enseñanza superior, es decir, en la formación profesional, educación de posgrado, ciencia y técnica, extensión universitaria, recursos humanos y relaciones internacionales (MES, 2002).

No es suficiente que el trabajo en pos de la salud universitaria sea realizado por facilitadores esforzados por vocación profesional y/o motivación colectiva en esta área de trabajo. Se requiere que en cada universidad, junto a los promotores de salud, exista el empoderamiento administrativo especializado para regular la planificación, la ejecución y el control en salud e higiene de la comunidad universitaria, lo cual viabiliza la metodología adecuada en el fortalecimiento del movimiento Universidad por la Salud.

Bibliografía

Carvajal Rodríguez, C., Castellanos Simons, B., González Hernández, A., Rodríguez-Mena García, M., Sanabria Ramos, G., Sánchez Rodríguez, M. y Valdespino Brito, F. (2000): Educación para la Salud en la Escuela, La Habana, Editorial Pueblo y Educación.

Figueroa Verdecia, D. (2007): Carpeta docente metodológica: universidades promotoras de salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas

de Villa Clara, Cuba.
Figueroa Verdecia, D. et al. (2008): Evaluación integral del funcionamiento del Grupo de Salud Universitaria, Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba.
Instituto Nacional de Deporte y Recreación (2004): Programas directores, La Habana.
Ippolito-Shepherd, J. (2003): Desde escuelas saludables a universidades saludables (ponencia), I Reunión de Universidades Promotoras de la Salud "Construyendo Universidades Saludables", Santiago de Chile, 2-3 octubre.
— (2005): Presentación plenaria, II Reunión de Universidades Promotoras de la Salud / Universidades Saludables, Edmonton, Alberta, Canadá.
— (2007): Presentación plenaria, Clausura III Reunión de la Red Latinoamericana de Universidades Promotoras de la Salud, Ciudad Juárez, México.
Ippolito-Shepherd, J. y Cerqueira, M.T. (2005): "Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud", Revista Aragonesa de Promoción y Educación para la Salud, nº 9, junio-julio, pp. 49-53.
Ministerio de Educación (MINED) (2003): Programa Director de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Nacional de Educación, La Habana.
Ministerio de Educación Superior (2002): Sistema de Evaluación y Acreditación de Carreras Universitarias, La Habana.
— (2004): Programa Nacional de Extensión Universitaria, La Habana.
— (2008): Información estadística año 2008, La Habana.
Ministerio de Salud Pública, Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (1999). Carpeta metodológica movimiento Municipios por la Salud, La Habana.
OPS/OMS (2002): Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud. Manual del educador, Washington DC, OPS/OMS.
— (2005): Las escuelas promotoras de la salud en América Latina. Resultados de la Primera Encuesta Regional. Iniciativa regional Escuelas Promotoras de la Salud, Serie Promocion de la Salud nº 3. Unidad de Entornos Saludables. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Washington DC, OPS/OMS.

CAPÍTULO 11

Universidades promotoras de la salud. Un reto que abre posibilidades para el desarrollo humano. Experiencias en la Pontificia Universidad Javeriana

María Constanza Granados Mendoza

Introducción

El objetivo de este capítulo es compartir el proceso seguido en la PUJ de Bogotá, Colombia, desde su opción por fortalecerse como una universidad saludable en el año 2003 (Remolina, 2003). Se espera que este análisis del proceso y los aprendizajes que deja haberlos vivido aporten algunos elementos orientadores a quienes estén interesados en liderar proyectos de este tipo. Se recuperan las etapas del proceso, los ejes metodológicos en los que se ha organizado el mismo y los aprendizajes derivados de la puesta en marcha de esta experiencia.

Pensar en describir el proceso como universidad que opta institucionalmente por fortalecerse como universidad saludable es pensar en un sueño de muchos, construido en diversos espacios y contextos que unen esfuerzos para favorecer en sus instituciones condiciones posibilitadoras de calidad de vida y de desarrollo humano para quienes las habitan (Ippolito-Shepherd, Cerqueira y Ortega, 2005; Ippolito-Shepherd, Cimmino, y Cerqueira, 2005; Cerqueira, Conti, De La Torre, e Ippolito-Shepherd, 2003; Ippolito-Shepherd, Nederveen, y Cerqueira, 2003; Ippolito-Shepherd y Cimmino, 2002; Ippolito-Shepherd y Molina, 2002; Muñoz y Cabieses, 2008; OPS/OMS, 2002 y 2003; Lange et al., 2006; Epp, 1996; Restrepo y Málaga, 2001).

El trabajo desarrollado ha implicado una actitud permanente de apertura a aprender de otras experiencias y de los caminos recorridos por otros y reconocer los aportes que surgen de experiencias de implementación de escuelas saludables (ES) / EPS y municipios

y otros entornos saludables. Ha implicado además la sensibilización para comprender las especificidades del propio contexto y lograr favorecer, en el interior de él, reflexiones que permitieran plantear claridades conceptuales y metodológicas con capacidad de contener el proceso, concretar estructuras que lo hagan posible y potenciar condiciones para que, en esta institución, este proyecto haya pasado de ser una opción y un sueño de algunos, a ser un proyecto importante para todos los miembros de la comunidad educativa.

A la PUJ, en aplicación de sus políticas organizacionales como comunidad educativa, le corresponde la creación del medio universitario propicio para la formación integral de las personas que forman parte de ella. La promoción y el fomento de ese medio universitario se ha encomendado a esta instancia buscando favorecer que todos los procesos en la universidad estén acordes con los principios educativos de la Compañía de Jesús, así como a propiciar la conformación y el desarrollo de la comunidad educativa y a promover, dentro de las posibilidades, el bienestar integral de cada una de las personas que la componen.

Universidad saludable (US) / UPS

El concepto de universidad saludable, con el criterio de salud como estado de bienestar que trasciende el simple concepto de ausencia de enfermedad, se hace totalmente compatible con la responsabilidad de la vicerrectoría del medio universitario. Si bien el cumplimiento de todas las actividades y tareas del medio logran el bienestar de la comunidad educativa y por lo tanto contribuyen en la generación y preservación del estado de salud, se implementó desde esta vicerrectoría, como una línea de trabajo específica, el programa de universidad saludable, para gestionar de manera más concreta sus componentes.

El proceso se ha movilizado con un enfoque participativo dinamizado desde el programa Universidad Saludable, una instancia de esta vicerrectoría que favorece dinámicas y comunicaciones transversales, de tal manera que progresivamente se ha ido posicionando este objetivo institucional como un asunto de todos, en el que se ha favorecido además la participación colectiva en la opción institucional por ampliar el concepto de salud y movilizar imaginarios hacia lecturas cada vez más integrales de esta.

Uno de los retos planteados por la institución, como faro orientador, ha sido avanzar en la visibilización de los recursos con los que cuenta la universidad y que aportan o podrían aportar a la salud integral de sus miembros (Remolina, 2003). La universidad tiene una población de alrededor de 32.000 personas, 22.000 de las cuales son estudiantes que están en la universidad un promedio de cinco años. Se asume, en la relación con todos ellos, que estar en la universidad no es solamente una oportunidad para desarrollarse profesionalmente y prepararse para ejercer una profesión o ejercer un oficio, sino una oportunidad para continuar el proceso de desarrollo humano y ampliar posibilidades de bienestar individual y colectivo como estudiantes, empleados, profesores o directivos.

Para dinamizar el proceso, se organizó la gestión en tres etapas. La primera, apoyada en la decisión institucional que plantea este como un reto institucional y que fue asumida como una fase para la preparación y la organización de una estructura favorable para un abordaje participativo e interdisciplinario. Se planteó lo que debería ser la base de esta etapa y los canales de comunicación efectivos, sólidos y bidireccionales, gracias a los cuales se recuperara información desde diferentes lugares de lectura y se enviará información que socializará reflexiones y ampliará la conciencia de recursos existentes a favor de la salud y el bienestar (Granados et al., 2006-2008).

En esta etapa se ha logrado la conformación de un equipo asesor del programa Universidad Saludable, que incluye miembros interesados en el tema de salud con capacidad de tomar decisiones o manejar procesos en sus facultades, centros de la vicerrectoría del medio universitario o en la Dirección General de Recursos Humanos, garantizando así la representatividad, participación y posibilidades de construcción con el aporte de diferentes lugares de lectura de las realidades existentes.

Una vez fortalecido este espacio, se ha contado con un equipo consolidado que ha crecido en estabilidad y motivación, y simultáneamente en la solidez con las reflexiones de base, en la realización, evaluación de acciones y los aprendizajes derivados de la puesta en práctica de las opciones hechas. Desde ese equipo, primero en un proceso interno y luego en un proceso proyectado hacia la universidad, se ha trabajado por la ampliación del concepto de salud de tal forma que las acciones mismas dan cuenta de un concepto integral de salud y el seguimiento a los avances y retos que alimentan permanentemente el proceso, planteando nuevas metas desde los

logros y dificultades encontrados en el camino.

Desde el año 2007 se desarrolló la segunda fase denominada Etapa de operativización, que implica la implementación del Programa de Mantenimiento de la Salud; la realización de estudios e investigaciones que orienten, cualifiquen y articulen las intervenciones y la realización de cambios estructurales y movilización de sinergias empoderadoras del abordaje del tema de salud de todos los miembros de la comunidad educativa. Es así como se ha ido posicionando el programa Universidad Saludable como una instancia favorecedora de procesos de articulación de esfuerzos y de la ampliación de la caracterización de necesidades en salud de los miembros de la comunidad educativa.

Otro logro importante lo ha constituido el esfuerzo para incentivar la permanencia de la vigencia en la afiliación al Plan Obligatorio de Salud y el complemento de este requisito con la compra de una póliza de accidentes para estudiantes, procurando así su cobertura en salud. Se cree en la importancia de que en una cultura de la salud se desarrolle como posibilidad real la anticipación del riesgo y la protección de derechos de acceso a condiciones de atención que den respuesta efectiva y oportuna a necesidades individuales y colectivas.

La tercera fase de consolidación se ha trabajado desde 2008 y apunta a la formulación de políticas saludables sustentadas en procesos de investigación acción y en una caracterización de las necesidades en salud de los miembros de la comunidad educativa. En esta etapa pasaremos de una evaluación de logros (objetivos logrados por etapa, eje y estrategias versus objetivos alcanzados) a una evaluación de resultados e impacto. Metodológicamente esperamos afinar el proceso evaluativo de tal manera que periódicamente podamos tomar el pulso a nuestra comunidad educativa evaluando con criterios claros cómo han mejorado sus condiciones de salud.

Ejes dinamizadores del proceso

Todo el proceso se ha organizado metodológicamente en tres ejes que se complementan, potencian entre sí y crecen en profundidad en el avance de una etapa a la siguiente. Se sintetizan a continuación los logros en cada uno de los ejes hasta la fecha.

- Articulación y divulgación de acciones que aporten a la construcción de comunidad. Desde este eje se ha trabajado específicamente en la opción por ampliar el concepto de salud, movilizar imaginarios hacia lecturas cada vez más integrales de esta y favorecer sinergias en pro de la salud de todos los miembros de la comunidad educativa javeriana. Se ha realizado la divulgación de acciones y se ha favorecido el reconocimiento de las diferentes iniciativas a favor de la promoción de la salud integral de los miembros de la comunidad educativa.

  Vale la pena resaltar el potencial del evento Semanas de la vida saludable, que ha movilizado amplia participación y generado dinámicas de reconocimiento potenciadoras de sinergias. Se destaca además el valor del directorio de servicios que aporta a la salud y al bienestar en versiones física y virtual que permiten visibilizar y reconocer iniciativas y rápidamente acceder a ellas a través de contactos claramente descriptos. Al ser una estrategia anualmente actualizable se espera que genere, desde la sensación de ser un documento permanentemente vigente y útil, el interés por estar presentes en él, darse a conocer y hacer difusión de servicios y abrir canales de comunicación efectivos con los miembros de la comunidad educativa.

  Como logro importante en este eje, se destacan las alianzas estratégicas entre unidades académicas, administrativas y del medio universitario, para la realización de investigaciones y para el diseño de estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades específicas para los miembros de nuestra comunidad educativa.
- Mantenimiento de la salud. En este eje el programa está proyectado para aportar, en forma permanente, perspectivas globales y específicas relacionadas con las necesidades en materia de salud de la comunidad educativa. Se espera generar de este modo reflexiones que orienten la toma de decisiones tendientes a mejorar permanentemente las condiciones de vida en el campus y la calidad de vida de los miembros de la comunidad educativa, orientando así la formulación de políticas saludables que garanticen condiciones de vida acordes con los lineamientos institucionales y con los principios de la promoción de la salud individual y colectiva.

  Desde este eje se proyectó, y se dio origen en el año 2007 (Granados et al., 2007) al consultorio médico PUJ. Con una

apuesta por el mantenimiento de la salud, se implementan estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades específicas para la comunidad educativa y se realizan investigaciones que orienten la toma de decisiones. Así como retroalimentar la información epidemiológica obtenida de la atención de los casos urgentes en la elaboración de mapas de riesgo para accidente o enfermedad en el campus.

Este consultorio cuenta con la orientación académica de la Facultad de Medicina. El personal de salud cuenta con médicos especialistas en medicina familiar y con la rotación de residentes de medicina familiar (Talero, 2007). El liderazgo de este equipo ha permitido que lo asistencial se constituya realmente en la puerta de entrada al programa de Mantenimiento de la Salud, que a la fecha cuenta ya con perfiles de riesgo y priorización de problemas de salud de los miembros de nuestra comunidad educativa, puesta en marcha de acciones que dan respuesta a ellos, entre otras: clínica de acompañamiento para la cesación del hábito de fumar, terraza cóctel (espacio de rumba sana para estudiantes), proyecto de prevención de cáncer de cuello uterino, etc.

Con esta propuesta, pionera en Colombia, se espera que se permita ampliar la oferta de servicios a los miembros de la comunidad educativa en pro de su bienestar y generando una imagen institucional de compromiso con la salud de sus usuarios. El menú de servicios en medicina preventiva incluye las acciones necesarias para el mantenimiento de la salud mediante el asesoramiento médico con técnicas educativas apropiadas, la detección temprana de enfermedades prevalentes, la quimioprofilaxis, las inmunizaciones y la intervención de riesgos ajustada a las necesidades de los individuos, soportada en evidencia científica y en el análisis de costo/eficacia.

Con este proceso, que tiene una puerta de entrada en lo asistencial pero está proyectado desde lo pedagógico, se pretende llevar a la comunidad educativa frente a la salud y desde la salud, y unir los esfuerzos individuales y colectivos a favor de esta, desde una conciencia cada vez mayor de que la salud sí está en manos de todos, y que la vía resolutiva puede constituirse en una entrada en un proceso mucho más potenciador de empoderamiento individual y colectivo frente al cuidado de esta.

Otro insumo interesante para caracterizar necesidades en materia de salud ha sido una encuesta sobre estilos de vida dirigida a todos los estudiantes, que permitió, en el proceso de llenarla y basado en la información dada, recibir retroalimentación sobre los riesgos que pueden afectar la salud y opciones para fortalecer estilos de vida saludables y superar los riesgos específicamente identificados.

La información general sobre los riesgos más frecuentes en los estudiantes sirve de orientación para el ofrecimiento de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a fin de dar respuesta pertinente a las necesidades específicas y ayudar a mantener la salud.

Más que el resultado, o el instrumento mismo, el mayor aporte de la experiencia con este mecanismo lo constituye el proceso de construcción, como lo refleja la experiencia con Vida Chile (Lange et al., 2006), un instrumento que evidencia en sí mismo muchos aprendizajes, incluso información para una lectura integral de la salud, agilidad en el diligenciamiento, posibilidad de recibir retroalimentación, y la posibilidad de hacer lecturas individuales y generales de la información aportada.

La experiencia con Vida Chile inspiró el trabajo y se empezó a partir de él, y recuperando los valiosos aprendizajes para construir un instrumento propio. Un equipo interdisciplinario asesor fue retomando sugerencias y aportes, y los fue integrando, lo que dio lugar a un instrumento propio que ha tomado vida con la colaboración de las facultades y personas que aportaron su sentir frente a cada uno de los subtemas identificados. Una vez finalizado y disponible el instrumento, se optó por promover una aplicación virtual masiva del mismo durante las matrículas académicas. A continuación se presentó la iniciativa a las directivas de la universidad para favorecer que esta recuperación de información sobre los estilos de vida de los estudiantes sea asumida como un objetivo común. Este paso abrió posibilidades no solo para la aplicación, sino para el análisis y aprovechamiento de la información recuperada con miras a fortalecer posibilidades de plantear estrategias que den respuesta a necesidades identificadas con el aporte permanente de la academia y de las diferentes unidades que forman parte de la universidad.

- Eje de educación para la salud. Apoya directamente la in-

corporación de estilos de vida saludables, favoreciendo que los miembros de la comunidad educativa, especialmente los estudiantes, concreten una formación cada vez más integral y reciban dentro de su currículo elementos formativos en torno a la promoción de la salud, tanto en su dimensión individual como colectiva, y fortaleciendo la formación y el desarrollo de las habilidades necesarias para tomar decisiones saludables acerca de su salud y la de sus entornos inmediatos, promoviendo así una responsabilidad social desde la conciencia de ser parte de un entorno vital con el cual es necesario interactuar y convivir con otros en una forma constructiva y respetuosa.

Los logros más importantes en este eje se relacionan con la posibilidad de vincular a la academia en el diseño de alternativas encaminadas a la educación para la salud, el autocuidado y la convivencia. Ejemplo de esto son el posicionamiento de la electiva Apostarle a la vida; la participación de estudiantes de nueve carreras diferentes que encuentran un espacio para fortalecer HpV y la convivencia; la acogida dada a los estudiantes a la electiva virtual Ecología para todos, ofrecida desde la Facultad de Estudios Ambientales y Rurales a la materia Universidad Saludable: Salud Oral, ofrecida desde la Facultad de Odontología (materia cerrada para estudiantes que hayan tomado la formación en comunitaria del octavo al décimo semestre); y la concreción y ofrecimiento de la electiva en Bioseguridad y autocuidado, incluida en el programa de la Facultad de Enfermería, y el proyecto de Alimentación saludable, dirigidos a estudiantes de todas las carreras y semestres que incluyen talleres y una materia electiva ofrecidos desde la carrera de Nutrición.

- Otros espacios importantes para la educación para la salud abiertos a todos los miembros de la comunidad educativa, los constituyen el Proyecto javeriana activa, liderado desde el Centro Javeriano de Formación Deportiva, encaminado a fortalecer la actividad física; la posibilidad de formarse como brigadistas y/o primer respondiente y estar capacitado para apoyar en el caso de una emergencia o aportar a acciones de prevención de estas en eventos o actividades masivas realizadas en el interior de la universidad; la promoción de hábitos de movilidad seguros y la reflexión y generación de estrate-

gias de abordaje del tema sobre seguridad vial; la promoción de espacios encaminados al empoderamiento frente a la propia salud y frente al cuidado de los otros, preparándose para poder aportar lo aprendido al proponer acciones concretas a favor de la salud de los miembros de la comunidad educativa javeriana.

La participación de los diferentes miembros de la comunidad educativa en estos procesos ha resultado importante no solo por tener en el interior del campus estudiantes, empleados y profesores organizados y preparados para actuar en caso de una emergencia –aspecto fundamental considerando el número de personas que habitan diariamente el campus–, sino especialmente por el potencial que representa tener un número de personas en capacidad de realizar actividades de prevención en situaciones concretas que lo ameriten.

Este proceso ha derivado en aprendizajes en términos de la coordinación de esfuerzos y recursos intrainstitucionales e interinstitucionales, y ha evidenciado las bondades de lograr alianzas estratégicas a favor de objetivos comunes. En este punto ha sido realmente valioso el apoyo brindado por facultades, unidades y dependencias, el Hospital Universitario San Ignacio y entidades externas que nos han hecho posible unir esfuerzos que permitan condiciones reales de apoyo mutuo.

Conclusiones

Nuestro proceso y los logros que recogemos después de estos años nos demuestran las bondades de un trabajo participativo, la importancia de asumir un concepto amplio de salud y apuntarle a la promoción de esta, apostándole desde todas las decisiones que se tomen a habilitar y empoderar a los miembros de una comunidad para que asuman el control y mejoren los factores determinantes de su salud. Hemos encontrado también fundamental tener una planificación que marque un horizonte y un camino; plantear el proceso en etapas favorece el logro de metas a corto, mediano y largo plazo, hacerles seguimiento y aprender del proceso y durante el proceso, capitalizando experiencias.

Aprendimos también que plantear ejes sobre los cuales se avanza con el aporte de las diferentes instancias de la comunidad,

favorece la sostenibilidad en el proceso y la claridad orientadora respectiva en términos de focalizar recursos, experiencias y tiempos.

Nuestra opción, por ejemplo, por el eje educación para la salud se enmarcó en la apuesta por incidir desde una perspectiva amplia de la salud en la formación de los miembros de la comunidad educativa, aportando elementos teórico-prácticos que contribuyan a la apropiación de su vida, de sus decisiones y a la coconstrucción de una cultura saludable en la que se promuevan el empoderamiento, la responsabilidad frente a la propia salud y frente al cuidado de los otros. Apostarle al mantenimiento de la salud se enmarcó en nuestra opción por complementar los beneficios del Plan Obligatorio de Salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad específicos para los miembros de nuestra comunidad educativa. Articular acciones se enmarcó en la apuesta institucional de favorecer la identificación de todos los posibles recursos institucionales a favor de la salud, abrir posibilidades de reconocimiento mutuo, favorecer sinergias y potenciar procesos, uniendo recursos y experiencias a favor de un objetivo común, la salud de los miembros de nuestra comunidad educativa.

Desde una lectura global del trabajo desarrollado, todo el proceso de fortalecimiento como UPS y motor de desarrollo ha sido un reto de gestión que ha implicado en cada momento actitudes abiertas al reconocimiento mutuo, al aprendizaje permanente, a la dinamización de participación, al favorecimiento de sinergias y a la aceleración de procesos. El aporte como UPS y motor de desarrollo nace en la posibilidad de dinamizar desde la salud integral posibilidades de progreso humano para todos los miembros de la comunidad educativa, favorecer condiciones posibilitadoras de estilos de vida saludables, posicionar reflexiones en torno a la salud que movilicen hacia grados cada vez mayores de empoderamiento en el cuidado de la salud individual y colectiva.

En síntesis, y con el ánimo de recuperar lecciones aprendidas, es fundamental avanzar teniendo como base una planificación específica enmarcada en la planificación institucional y contar con el reconocimiento institucional a un proceso claro y organizado pero flexible; favorecer en todo el proceso un carácter participativo y corresponsable que involucre a la academia, al medio universitario y a instancias administrativas; avanzar priorizando los temas a partir de caracterización permanente de necesidades contextuadas en

procesos dinámicos que llevan hacia mayores comprensiones de las problemáticas de salud específicas; hacer del monitoreo y la evaluación actitudes y acciones permanentes que acompañan y enriquecen el proceso al alimentarlo con aprendizajes derivados del análisis conjunto y sistemático de las experiencias y de las dificultades, y favorecer permanentemente alianzas estratégicas. Unir esfuerzos y saberes nos ha hecho más fuertes y nos ha dado más posibilidades de crecer y desarrollarnos como seres humanos, como profesionales y como ciudadanos.

Sea este espacio una oportunidad para agradecer a todos los que han aportado a esta experiencia con sus publicaciones, orientaciones y experiencias, y a quienes desde nuestra comunidad educativa han tejido, desde los equipos de trabajo y su participación activa en el proceso, y desde su lugar de vinculación a la Universidad Javeriana, oportunidades, para todos los que habitamos el campus, de acceder a mejores condiciones para la salud y la calidad de vida.

Bibliografía

Cerqueira, M.T., Conti, A., De La Torre, A. e Ippolito-Shepherd, J. (2003): "La promoción de la salud y el enfoque de espacios saludables en las Américas", Food Nutrition and Agriculture Journal, pp. 36-44, Roma, FAO.

Epp, J. (1996): "Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud", en OPS, Promoción de la salud: una antología, Washington DC, OPS, pp. 25-36.

Granados, M.C. (2006-2008), Actas equipo interdisciplinario asesor del Programa Universidad Saludable.

Granados, M.C. et al. (2007, 2008), Actas del Comité de Seguimiento e Interventoría del Consultorio Médico PUJ.

— (2007, 2008), Informes presentados por el equipo Médico del Consultorio Médico PUJ.

Ippolito-Shepherd, J., Cerqueira, M.T. y Ortega, D. (2005): Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas, IUHPE – Promotion and Education, vol. XII, nº 3-4, pp. 220-229.

Ippolito-Shepherd, J., Cimmino, K. y Cerqueira, M.T. (2005): Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina - Resultados de la Primera Encuesta Regional, serie Promoción de la Salud nº 3, Washington DC, OPS/OMS.

Ippolito-Shepherd, J., Nederveen, L. y Cerqueira, M.T. (2003): Memoria de la Tercera Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas

Promotoras de la Salud, Quito, Ecuador, 10-13 de septiembre, Washington DC, OPS/OMS.

Ippolito-Shepherd, J. y Cimmino, K. (2002): "La iniciativa regional Escuelas Promotoras de la Salud", Ensayos y Experiencias, Buenos Aires, Edición Novedades Educativas.

Ippolito-Shepherd, J. y Molina, V. (comps.) (2002): Escuelas promotoras de la salud. La experiencia centroamericana, serie Promoción de la Salud nº 1, Washington DC, OPS/INCAP.

Lange, I., Vio, F., Grunpeter, H., Romo, M., Castillo, M. y Vial, B. (2006): Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior, Santiago de Chile, INTA/ Universidad de Chile.

Muñoz, M. y Cabieses, B. (2008): "Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?", Revista Panamericana de Salud Pública, 24(2): 139-146.

OPS/OMS (2003): Escuelas Promotoras de la Salud. Fortalecimiento de la Iniciativa Regional. Estrategias y Líneas de Acción 2003-2012, Serie promoción de la salud, nº 4, Washington DC, OPS/OMS.

Remolina (2003): Carta de Rectoría Pontificia Universidad Javeriana, R-865/2003.

Restrepo, H. y Málaga, H. (2001): Promoción de la salud: cómo construir vida saludable, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, pp. 178-192.

Talero, L.H. (2007): Documento de referencia sobre el Programa de Mantenimiento de la Salud del Consultorio Médico PUJ, de circulación interna en la Pontificia Universidad Javeriana.