

Análisis Documental de Caso: transformaciones en los contenidos del discurso institucional de la promoción de la salud escolar en desarrollo del programa salud al colegio en la localidad de Fontibón durante el año 2011.

Línea Proyecto de Investigación Institucional de Educación

CINDE

Alex García Sarria

Asesora

Luz Dary Carmona Moreno

CINDE

MAESTRIA EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO

Agosto 2012

Contenido

1.	CAPITULO I.....	5
	1.1 Introducción.....	5
	1.1.1 Construcción del Problema y Fenómeno de Investigación	5
	1.2.1 Objetivo general:	7
	1.2.2 Objetivos específicos:	7
2.	CAPITULO II.....	9
	2.1.1 Promoción de la Salud y Educación para la Salud en el Modelo Escuelas Promotoras de Salud.	9
3.	CAPÍTULO IV	44
	3.1 Metodología.....	44
	3.1.1 Conformación de la estructura metodológica a partir del sistema conceptual	44
	3.2. Justificación y Selección de caso	49
	3.3 Justificación y Selección de documentos:	51
4.	CAPÍTULO IV	53
	4.1 RESULTADOS	53
5.	CAPITULO VI.....	87
	5.1 Discusión.....	87
6.	REFERENCIAS	89
7.	ANEXOS	91

Resumen Analítico - RAES

Tipo de documento: Tesis de Grado

Acceso al documento: Universidad Pedagógica Nacional

Título del documento: Transformaciones en los contenidos del discurso institucional de la promoción de la salud escolar en desarrollo del programa salud al colegio en la localidad de Fontibón durante el año 2011.

Autor(s): GARCÍA SARRIA, Alex Herney

Publicación: Bogota, 2012, 135 p.

Unidad Patrocinante: Universidad Pedagógica Nacional

Palabras Claves: Politización, practicas de salud, discursos de salud, promoción de la salud, Programa Salud al Colegio.

Descripción: Mediante la metodología de análisis documental de caso, la investigación busca una aproximación al fenómeno de la promoción de la salud con enfoque de derechos y sus posibilidades de facilitar la emergencia de sujetos con una comprensión amplia, reflexiva, política de sus problemas y necesidades en términos de calidad de vida y de salud. Se toman como fuentes, los lineamientos distritales del programa salud al colegio del año 2011, así como el Análisis de la Situación de Salud Escolar de la localidad de Fontibón, en que se presentan los resultados de las acciones desarrolladas por el equipo local del Programa Salud al Colegio. Las unidades de análisis documental corresponden a las categorías propuestas por la epidemiología crítica latinoamericana y son orientados a la comprensión de la promoción de la salud escolar desde un paradigma que plantea formas de relacionamiento entre las comunidades educativas y los equipos locales de salud, conceptual y metodológicamente distintos de aquellos que guiaron las prácticas del sector salud desde el paradigma biomédico o el preventivo.

Fuentes:

Para la elaboración del estado del arte se tomaron principalmente los trabajos de Quevedo (1990) para documentar la historia del concepto de salud en la modernidad; Davó (2009) y los documentos de la OMS (2003, 2004, 2009) y de la OPS (1995, 1996, 2007) permitieron hacer el recorrido por el proceso de constitución de los modelos de

salud escolar más representativos en Europa y la Región de las Américas durante los últimos 40 años. En cuanto a la lectura crítica de los modelos preventivos de salud escolar y de las líneas de trabajo que propone el modelo de Escuela Promotora de Salud se trabajaron los textos de Tedesco (1986), Jensen (1997), Di Leo (2009) e Illich (1978). La aproximación al concepto de subjetividad se logra a partir de las obras de Foucault (1976, 1998), Negri y Hardt (2001), entre otras que se citan en las referencias. Para la elaboración del sistema conceptual y del marco metodológico se tomaron principalmente las obras de Breihl (1997, 2010).

Contenidos:

A. La investigación se desarrollo con base en la siguiente estructura:

Promoción de la Salud y Educación para la Salud en el Modelo Escuelas Promotoras de Salud: se identifican las diferentes acepciones y tránsitos que el concepto de salud ha tenido durante la modernidad y en el marco de las corrientes epistemológicas surgidas en los años 70 en reacción al pensamiento moderno. Se busca comprender los modelos de salud escolar que corresponden a los supuestos conceptuales y teóricos de cada definición de salud y el lugar que en ellos ocupan la promoción y la educación en salud. El capítulo termina con la reflexión sobre las condiciones teóricas y técnicas que están a la base de la concepción de la salud escolar desde la perspectiva de la determinación social de la salud, es decir, la epidemiología crítica.

B. Análisis documental de los lineamientos distritales del programa salud al colegio durante la vigencia 2011 y del Análisis de situación de salud de la localidad de Fontibón:

Se estructura el sistema conceptual con base en las categorías de la epidemiología crítica latinoamericana, con el fin de identificar los supuestos teóricos y conceptuales de los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud que buscan recoger la iniciativa de las Escuelas Promotoras de Salud, así como la manera en que estos lineamientos son interpretados y orientan las prácticas del equipos de la localidad de Fontibón.

Metodología:

La metodología empleada para abordar el problema planteado es el análisis de caso porque permite describir, comprender, establecer los tránsitos del paradigma de salud, de la concepción de escuela que tiene el sector salud y de la promoción de la salud ligada al desarrollo de subjetividades críticas y reflexivas, basados en las fuentes documentales de

la Secretaría Distrital de Salud y del Hospital de la localidad de Fontibón. Para tal efecto la investigación se aproxima a la perspectiva ideográfica, circunscribiéndose al caso particular de la localidad de Fontibón a través del sistema conceptual estructurado a partir de las categorías propias del realismo dialéctico de Jaime Breilh.

Conclusiones:

Los modelos de promoción de la salud que superan la lógica de la prevención de la enfermedad, deben estar apoyados en las dinámicas propias de la comunidad educativa más que en las del sector salud, lo cual implica que los equipos de salud y los promotores de salud deben aproximarse al ámbito escolar teniendo en cuenta que su función no es solo técnica sino además y fundamentalmente política. La lógica institucional de los sectores de salud y educación siempre van a tender a favorecer modelos de salud escolar de corte asistencial sin profundizar en la complejidad de las determinaciones sociales y culturales que están a la base de las problemáticas sentidas por los adolescentes y jóvenes escolarizados. La propuesta de Escuelas Promotoras de Salud consigue a través de algunas de sus iniciativas generar la reflexión en torno al derecho, a la relación escuela entorno comunitario y a la incidencia de niños, niñas y adolescentes en la transformación de situaciones adversas desde una perspectiva de futuros posibles y deseables.

Fecha Elaboración resumen

Día: 29

Mes: Agosto

Año: 2012

1. CAPITULO I

1.1 Introducción

1.1.1 Construcción del Problema y Fenómeno de Investigación

Durante los años 2004 a 2012 la ciudad de Bogotá, después de haber elegido por primera vez en la historia candidatos de la izquierda democrática como alcaldes mayores, comenzó la ejecución de los planes distritales de desarrollo: “Bogotá Sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión” vigente los años 2004 2008 y “Bogotá Positiva para vivir mejor” ejecutado en el período 2008-2012. Estos planes tenían como fundamento la construcción de las condiciones para el ejercicio efectivo de los derechos humanos integrales y la disminución de las desigualdades injustas y evitables.

Por estar enfocados en la perspectiva de reconocer, garantizar y restituir derechos de manera integral estos planes de desarrollo plantean al marco institucional de la ciudad el reto de formular políticas públicas orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante la recuperación del papel del Estado como principal garante de los derechos de los ciudadanos y ciudadanas, en consecuencia, el reconocimiento de éstos como sujetos de derecho con capacidad de incidir de manera autónoma en la producción de las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales que afectan su calidad de vida.

Este planteamiento entra en contradicción con la concepción del sector salud que se rige por una Ley de orden estatutaria como es la Ley 100 de 1993, que instituye el Sistema General de Seguridad Social y Salud, que organiza un modelo de aseguramiento, convierte a la salud en un bien privado y la pone en la lógica del mercado.

Con el Sistema General emerge un actor preponderante: las Empresas administradoras de riesgo, denominadas empresas Promotoras de Salud (EPS), que tienen la función de administrar Planes de Beneficios contratados con los usuarios de los servicios de salud. Un modelo en que la relación del usuario con los servicios de salud esta mediada por un contrato y en la que la atención depende de la capacidad de pago del usuario, quien ya no es reconocido como un sujeto de derechos sino como un cliente.

Por estar basada en la lógica de planes de beneficios contratados por individuos el concepto de salud que subyace en los planteamientos de la ley 100 es

predominantemente clínico, asistencial y pone particular énfasis en la atención individual de las enfermedades dejando relegados a los procesos colectivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este contexto y con la perspectiva de diseñar y ejecutar un plan sectorial que recupere la salud como un derecho humano fundamental e inalienable la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá se ha empeñado en la tarea de elaborar un modelo de salud que amplíe los límites impuestos por la ley 100 y que, finalmente, cuestiona sus fundamentos.

Desde el punto de vista de las prácticas se propone un modelo de gestión y de atención en salud basado en la promoción, y no exclusiva o predominantemente en la prevención y la atención de la enfermedad. Planteamiento que se inscribe formalmente por la declaración de Alma Ata para la promoción de la salud, en donde se resalta el papel de las comunidades en la construcción de políticas públicas saludables y se concibe la promoción de la salud como una actividad que compete a la sociedad en su conjunto y no exclusivamente al sector salud.

En el terreno epistemológico se cuestiona la perspectiva exclusivamente biologicista en que se funda el SGSSS y su base teórica, el positivismo y la visión del riesgo; en contraste se propone el Enfoque de Determinación Social de la Salud como fundamento para la comprensión del proceso salud enfermedad. Este enfoque tiene su base en la corriente latinoamericana de medicina social y sus desarrollos (epidemiología crítica y salud colectiva para el caso de Brasil) que consideran la salud como proceso dialéctico que se produce en la relación salud- enfermedad y que incorpora en el marco de análisis: el plano general (la sociedad, el modelo de desarrollo, y las políticas), el plano particular que se refiere a los modos de vida y el plano singular en el que se consideran los hábitos y estilos de vida.

La determinación social reconoce el proceso salud- enfermedad de forma compleja, interdisciplinar que orienta los esfuerzos de la ciencia a mejorar las condiciones estructurales (políticas, sociales y económicas) que inciden en la producción de la salud. Como condición para superar el sesgo eurocéntrico desde el que se ha construido históricamente el concepto de salud en la modernidad, el modelo de determinación social propone la reelaboración de este campo disciplinar desde una perspectiva de reconocimiento de las diversidades culturales que den paso desde la multiplicidad de

saberes y prácticas a un concepto de salud que responda a la complejidad de la vida misma, sin perder de vista la necesidad de construir un proyecto histórico común.

Es en este contexto se inició el diseño del programa de salud escolar que responde a estas apuestas y expectativas, centrando sus acciones en la promoción de la calidad de vida y la salud de las comunidades educativas, incluyendo a los actores sociales y comunitarios que hacen parte del territorio en donde se ubica el ámbito escolar. Este programa se denominó Salud al Colegio y el modelo de salud escolar en que se apoyo fue Escuelas Promotoras de Salud.

El fenómeno que se aborda identifica la manera como la promoción de la salud -desde la perspectiva de derechos- permite la politización de las subjetividades de los miembros de las comunidades educativas dentro del ámbito escolar.

El problema de investigación es la tensión que se da en el plano del discurso y de las prácticas institucionales cuando se plantea el reto político de implementar procesos de promoción de la salud basados en el enfoque de derechos, que obligan a redefinir los conceptos de escuela, salud escolar, subjetividad y las prácticas de salud escolar.

1.2. *Objetivos E Hipótesis*

1.2.1 Objetivo general:

Identificar los tránsitos, interpretaciones y modificaciones en la implementación del programa promoción de la salud con enfoque de derechos en el discurso institucional del Programa Salud al Colegio en tres respuestas integradoras de salud escolar desarrolladas por el Hospital de Fontibón durante el año 2011.

Hipótesis general: la promoción de la salud con enfoque de derechos es un proyecto que promueve la salud contando con la participación y la incidencia política de los sujetos en un proceso de retroalimentación continúa.

1.2.2 Objetivos específicos:

1. Reconocer los discursos de promoción de la salud en la escuela que subyacen en los lineamientos distritales del programa salud al colegio, en la perspectiva de

identificar su capacidad de relacionar las manifestaciones singulares del proceso salud enfermedad con los contextos sociales, económicos y culturales macro.

Hipótesis 1. Lo promocional es el acto de promover o perfeccionar socialmente procesos protectores que van desde lo macro (los modelos económicos, por ejemplo), a lo particular (relación clase social y estilo de vida) y a lo singular (efectos que tiene las condiciones de vida construidas social e individualmente en la salud de las personas). (Breilh 2012)

2. Identificar los usos del discurso de la promoción de la salud, la manera como fueron interpretados o modificados los lineamientos para adaptarlos a las prácticas de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Ambiente en el programa salud al colegio de la localidad de Fontibón.

Hipótesis 2. El reconocimiento de lo diverso permite la transformación de los discursos instituidos a favor de las necesidades particulares de las comunidades: la salud es entendida como la relación dialéctica entre las condiciones socio estructurales y las experiencias personales de las comunidades educativas que inciden activamente en su continua transformación.

2. CAPITULO II

2.1 Estado del Arte

2.1.1 Promoción de la Salud y Educación para la Salud en el Modelo Escuelas Promotoras de Salud.

2.1.1.1 Determinación Social de la Vida y Escuelas Promotoras de Salud. Contexto

El programa salud al colegio toma como fundamento teórico – metodológico el modelo de Escuelas Promotoras de Salud que aparece en los años 80 en Norte América y Europa y que se caracteriza por fomentar la participación de los escolares y su iniciativa para emprender acciones promotoras de la salud con las comunidades dentro y fuera del contexto escolar (Davó 2009 p.36) superando la visión orientada a intervenir las conductas individuales de los escolares. La Escuela Promotora de Salud es un proyecto que relaciona de manera directa y permanente la educación, como hacer fundamental de la escuela, y la promoción de la salud en una perspectiva amplia que, propone tener en cuenta los factores que determina la calidad de vida y el bienestar en la escuela como condición para generar procesos educativos de calidad. A diferencia de otros modelos de salud escolar, no circunscribe sus acciones a los límites físicos de la escuela, evita reducirla a un espacio cerrado que provee población cautiva para el cumplimiento de los programas de interés para el sector salud (Davó 2006 p.7).

“Este modelo propone que la intervención de salud escolar, además del currículum escolar, tenga en cuenta también aquellos otros factores de la escolarización que impactan favorablemente en la mejora de la salud de la población infantil, como el ambiente escolar físico y social, las políticas de salud en colaboración con los servicios escolares, la comunidad escolar y la comunidad local”. (Davó 2006 p.36)

El programa Salud al Colegio adopta el modelo de Escuelas Promotoras de Salud por su cercanía al enfoque de Determinación Social de la Salud en sus planteamientos fundamentales:

- Aborda la salud desde una perspectiva colectiva y relacionada con el contexto social con una intención transformadora.
- La relación disciplinar entre las ciencias de la salud y las ciencias de la educación es horizontal y democrática, se funda en la concertación de acuerdos.
- Se basa en principios de equidad y de rechazo a relaciones basadas en la dominación.
- Por tratarse de una escuela promotora de salud centra su accionar en la producción de una cultura social de la salud y no tanto en las respuestas individuales a la enfermedad.

Estos planteamientos de la Escuela Promotora de Salud la acercan a la tradición de pensamiento contra-hegemónico en salud que para el caso de Bogotá en el momento del diseño e implementación del programa Salud al Colegio tiene como referente teórico el enfoque de Determinación Social de calidad de Vida y la Salud (Molina, De Negri 2007)

Este enfoque hace parte de un campo de conocimiento denominado la Medicina Social con sus desarrollos a través de la epidemiología crítica, y la salud colectiva que se caracteriza por ser un fuerte movimiento académico y social alternativo al empirismo analítico de la medicina y de la epidemiología clásica. Este enfoque tiene sus raíces en la medicina social que surgió en Alemania en 1848 en el marco de los movimientos sociales por la conquista efectiva de los derechos humanos que traducían los principios de la revolución francesa y la promesa moderna. Igualdad, fraternidad y libertad.

La Medicina Social propone el debate con base en dos tesis nodales:

El papel de la ciencia no es hacerse representaciones neutras del mundo, el conocimiento es necesariamente transformación de lo que se conoce. La praxis no es externa y posterior al conocimiento, investigar la realidad es incidir sobre ella, y hay una implicación entre teoría y praxis:

“Hay una interdependencia entre cómo ‘miramos’ la realidad, cómo la ‘pensamos’ y como ‘actuamos’ en ella. Pensar el objeto epidemiológico es atribuirle características y relaciones, es comprender su movimiento y desentrañar su complejidad, sus dimensiones. Al pensar científicamente en los objetos de la vida y la salud, se aplica una matriz disciplinar y

una metodología, pero a la vez aplicamos – sepámoslo o no – una perspectiva ética y un conjunto de valores” (Breilh 2010 p. 45).

En este contexto el programa Salud al Colegio asume una disputa teórica que históricamente se ha planteado sobre el significado, los alcances y limitaciones del campo disciplinar y las implicaciones sociales y políticas de las ciencias de la salud, en donde la visión positivista y el enfoque de determinación social, de acuerdo con sus planteamientos conceptuales y metodológicos, así como a las prácticas que instauran, proponen maneras muy distintas de entender la salud en la escuela.

La pregunta es entonces ¿Cuáles son las comprensiones de la escuela, la salud, la educación para la salud y la promoción de la salud que se derivan de los planteamientos de cada una de las tradiciones teóricas mencionadas?

2.1.2 El concepto de salud en la modernidad campo de debate técnico y político: La perspectiva empírico positivista

En la historia de la medicina moderna el concepto de salud ha tenido diferentes acepciones que corresponden al grado de desarrollo del conocimiento científico técnico, así como de los modos de producción y al tipo de relaciones sociales que se desarrollan como consecuencia de estos. Desde comienzos de la modernidad el enfoque predominante fue el empirista que tiene sus orígenes en la obra de Francis Bacon.

“La inducción baconiana parte de los datos recogidos por la observación sensorial y, apoyada en ellos, aspira a inferir las formas de la naturaleza. Experiencia y razón, obviamente, pero experiencia es lo que los ojos ven, y razón, no-actitud contemplativa y especulativa, sino actividad mental con la cual es posible combinar y ordenar aquello que los ojos ven. Esta posición será reforzada, sistematizado y extremada por el empirismo de John Locke, quien afirma que la mente es cual tabula rasa y que los conocimientos penetran por los sentidos”. (Quevedo 1990 p. 5)

A diferencia de los modelos clásicos que pretendían describir la salud y la enfermedad a partir de interpretaciones de las alteraciones físicas del paciente con base en los paradigmas gnoseológicos de la antigüedad (la salud y la enfermedad dependían del equilibrio de los elementos básicos tierra, aire, agua y fuego, correspondientes al mismo orden de la Polis en la cultura griega), el empirismo se limita a la descripción, no añade ninguna interpretación a los datos simples de los sentidos.

La expresión histórica de esta concepción en la medicina fue el empirismo clínico cuya propuesta consiste en hacer descripciones de las enfermedades, clasificarlas teniendo en

cuenta factores ambientales y el comportamiento del individuo y, finalmente dar respuesta curativa a las enfermedades de acuerdo con su clasificación (Quevedo 1990).

Al empirismo clínico también debemos la primera clasificación de las enfermedades en dos grandes tipos: las epidémicas causadas por alteraciones en el ambiente y transmitidas al cuerpo humano, o causadas por la transmisión de agentes patógenos entre cuerpos, y las crónicas que se asocian con el estilo de vida de los individuos.

Así pues, la ciencia desde el campo epistemológico constituido por la tradición empirista tiene la función de **representar** el mundo objetivo - exterior.

A la aplicación de la observación y de empleo riguroso de los datos de los sentidos la tradición empirista en medicina añade el método experimental que permitirá el avance del método inductivo hacia procesos de sistematización de la información que concluyen en la formulación de leyes universales basadas en la evidencia empírica: el positivismo (Quevedo 1990).

Sobre este potente marco epistemológico las ciencias de la salud avanzan en la descripción cada vez más detallada de los signos y síntomas de la enfermedad en el cuerpo dando lugar a la enunciación de los tres grandes hitos de la medicina empirista – positivista:

Concepción Anatomoclínica: la enfermedad no se considera de modo abstracto, hay enfermedad porque hay una lesión en un órgano la realidad de la enfermedad se circunscribe a su manifestación a través de la lesión y como consecuencia se “desarrollará toda una semiología física (palpación, auscultación y percusión) que, siguiendo la propuesta de Laennec de convertir en transparente el cuerpo del paciente por medio de los signos físicos, intentará descubrir las lesiones de los órganos sin tener que esperar a la autopsia postmortem”.

Concepción Fisiopatológica: es el resultado de la aplicación del concepto de función al estudio de la anatomía y de la aplicación del método experimental en nuevas patologías que no tienen su origen en los órganos directamente sino en sus funciones. En lo concerniente al concepto de función se descubre que esta puede existir como realidad independiente a la estructura física, al órgano, por ejemplo, es posible explicar la función respiratoria sin tener que describir físicamente los pulmones, lo cual lleva a la medicina a cualificar su metodología basada en la observación de hechos físicos para ocuparse de realidades igualmente evidentes pero que requieren de conceptos abstractos como el de función.

Concepción Etiopatológica: inaugurada por Louis Pasteur plantea que el origen de la enfermedad pueden ser agentes externos al cuerpo humano e inaugura una línea de trabajo

que centra su atención en las causas externas de los eventos mórbidos, que pueden ser microbiológicas, químicas y físicas.

Estas tres tendencias combinadas van a constituir el cuerpo del paradigma biologicista que será hegemónico durante la mayor parte del siglo XX, y que llegó a hacer pensar a muchos profesionales de la salud, especialmente en los años posteriores a la segunda guerra mundial que la medicina había llegado al límite de sus posibilidades en la comprensión y la explicación del proceso salud enfermedad quedando por delante sólo el avance en el terreno de las tecnologías de diagnóstico y de tratamiento de los eventos mórbidos. Lo anterior lleva a concluir que el paradigma biologicista, “es el reinado del método de la física y de la filosofía natural, en la versión de la filosofía positivista” (Quevedo 1990).

En resumen las principales características del paradigma empirista positivista clínico son:

- Desde el punto de vista empirista radical la validez del discurso científico está dada en su capacidad de representar “objetivamente” los fenómenos “reales” sin añadir interpretaciones.
- Mediante el uso del método experimental es posible construir modelos que además de representar tiene la capacidad de inferir hechos a partir del principio de causalidad.
- Delimitación cerrada de su campo disciplinar circunscrito a la descripción de las patologías centrando su atención en la enfermedad, creando un plano discursivo con referentes semióticos asociados a ella: el hospital, el paciente, la consulta, el diagnóstico, el signo, el síntoma, lo normal, lo patológico, etc.
- La enfermedad es una realidad de modificación estructural y funcional de los órganos, causada por agentes externos, que ahora se intentan controlar.
- Las condiciones ambientales no intervienen sino como, elementos predisponentes para que el agente entre en contacto con el futuro enfermo.
- Tanto las condiciones ambientales como los microorganismos, los signos y los síntomas, los cambios en el cuerpo, etc., pueden ser observados y medidos, si las técnicas son las adecuadas, sus comportamientos pueden ser interpretados en análisis estadísticos y cuantitativos y expresados finalmente en leyes universales.

Una vez identificadas las líneas esenciales del discurso empirista – positivista de la salud el problema que se plantea es ¿Cuál es la concepción de salud escolar que deriva de este enfoque epistemológico? Y para responderlo es necesario intentar responder a las siguientes preguntas: ¿Qué es la escuela, cual es su función en el contexto de la salud escolar? ¿Qué

idea se tiene de la promoción de la salud escolar y del papel de la educación en esta tarea?,
¿Cuáles son los sujetos a los que se dirigen las acciones?

2.1.3 Concepción de la salud escolar desde la perspectiva empírico positivista.

La escuela del siglo XIX es una institución con fuertes contradicciones respecto del papel que cumple socialmente: teóricamente debe difundir, fortalecer y expandir los valores de la república basados en los principios abstractos de libertad, igualdad y fraternidad, pero en la práctica está formando un sujeto apto para las sociedades industrializadas, para las fábricas en donde los espacios están distribuidos de acuerdo a unas funciones y los tiempos están regulados por el imperativo de la producción a bajo costo y a gran escala. Un sujeto útil y dócil, según Foucault, quien considera la escuela moderna un espacio disciplinario:

“A estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las "disciplinas". (Foucault, 1976 p. 142).

Señalando además,

“La organización de un espacio serial fue una de las grandes mutaciones técnicas de la enseñanza elemental. Permitió sobrepasar el sistema tradicional (un alumno que trabaja unos minutos con el maestro, mientras el grupo confuso de los que esperan permanece ocioso y sin vigilancia). Al asignar lugares individuales, ha hecho posible el control de cada cual y el trabajo simultáneo de todos. Ha organizado una nueva economía del tiempo de aprendizaje. Ha hecho funcionar el espacio escolar como una máquina de aprender, pero también de vigilar, de jerarquizar, de recompensar” (Foucault 1976 p. 152).

La escuela es un espacio densamente normativizado, cuadriculado en lugares y funciones, con una misión bien definida y unos roles y jerarquías claras para cada uno de los miembros de la comunidad educativa atiendo a una lógica vertical de distribución del poder:

“Esta combinación cuidadosamente medida de las fuerzas exige un sistema preciso de mando. Toda la actividad del individuo disciplinado debe ser ritmada y sostenida por órdenes terminantes cuya eficacia reposa en la brevedad y la claridad; la orden no tiene que ser explicada, ni aun formulada; es precisa y basta que provoque el comportamiento deseado. Entre el maestro que impone la disciplina y aquel que le está sometido, la relación es de

señalización: se trata no de comprender la orden, sino de percibir la señal, de reaccionar al punto, de acuerdo con un código más o menos artificial establecido de antemano.” (Foucault 1976 p. 171).

Es en este contexto que se comienzan a desarrollar las acciones de salud en el ámbito de la escuela europea de finales del siglo XIX, desde el punto de vista de la concepción salud enfermedad estuvo influenciada por la clasificación de las enfermedades, agudas producidas por factores ambientales, y crónicas que tienen su origen en el estilo de vida de las personas (Quevedo 1990). Las primeras, planteaban la necesidad de controlar las condiciones ambientales de la escuela como el saneamiento básico y el aseo de las plantas físicas (Higiene Pública), las segundas, estaban orientadas a la educación para el aseo personal muy ligados a la idea de urbanidad (Higiene Privada). Como resultado del avance de la Etiopatología el concepto de Higiene da lugar al de Salud Pública reorientando las prácticas en salud escolar hacia la reducción de enfermedades infectocontagiosas:

“El advenimiento de la teoría microbiana y la idea del origen microbiológico de las enfermedades produjo el cambio desde la higiene hacia la salud pública, entendida ésta como el ejercicio de campañas sanitarias orientadas a la erradicación de los microorganismos causantes de las enfermedades para evitar el esparcimiento público de éstas”. (Quevedo 1990 p. 16)

En este mismo sentido Davó (2009) señala como las primeras intervenciones de salud en la escuela.

“Se produjeron en un contexto científico en el que el objetivo fundamental de la Salud Pública estaba dirigido a reducir las enfermedades infectocontagiosas y la mortalidad infantil. Todo ello, bajo un concepto de salud asociado exclusivamente a determinantes biológicos e interpretados como ausencia de enfermedad” (p. 25)

Enmarcados en la lógica disciplinar y de control social que caracteriza a la escuela de la época las acciones de salud son de carácter preventivo, asistencial y de control de la enfermedad razón por la que se crean los servicios escolares de salud con las que se integran los exámenes médicos y los programas de vacunación. La escuela es una institución cerrada que no tiene contacto con la sociedad, los profesionales de la salud “intervienen” la escuela, la comunidad escolar es “objeto” de sus acciones, el sector salud inspecciona el cumplimiento de los principios de la Higiene Pública (Davó 2009).

Dadas estas premisas se evidencia que no había una idea de la salud escolar como campo de conocimiento y acción, la escuela era vista como un espacio de reproducción social que se interviene con el fin de prevenir la aparición de eventos mórbidos, sin considerar su función de institución que forma sujetos y que produce relaciones entre estos de acuerdo a su rol de docente, estudiante o administrativo.

El saber en salud es ostentado solo por los profesionales de la salud, la participación de los docentes se reduce a la de ser receptores de información que a su vez se encargarán de reproducir en el aula. En la medida en que la educación en salud se centra en la transmisión de información para prevenir la enfermedad, teniendo en cuenta principios básicos de higiene pública y privada es pedagógicamente totalitario, no tiene en cuenta los puntos de vista que sobre la salud y los estilos de vida saludables tengan los niños, niñas y jóvenes con quienes interactúan creando sujetos con una limitada capacidad para tomar decisiones e influir en la vida social de sus comunidades (Davó 2009).

La emergencia del discurso de la prevención de la enfermedad afecta la posibilidad de generar propuestas interdisciplinarias de salud escolar porque se trata de un discurso técnico que pretende tener como lugar de enunciación, como centro de enunciación al profesional de la salud que sabe e interviene sobre una comunidad que no sabe.

2.1.4 El concepto de salud en la modernidad campo de debate técnico y político: La perspectiva ecológica y la epidemiología clásica.

En las décadas del 60 y 70 del siglo XX, en pleno auge de la Guerra Fría y con el triunfo de la Revolución Cubana las agencias internacionales de salud priorizan en sus agendas todas las estrategias que puedan contribuir a ampliar las coberturas de salud y a disminuir los indicadores de morbi-mortalidad especialmente en los países en “vía de desarrollo”. Adicionalmente la disminución de las enfermedades infectocontagiosas y al aumento de las enfermedades crónicas como producto de la creciente industrialización de la sociedad obliga a replantearse desde múltiples perspectivas el concepto mismo de salud. (Davó 2009).

La relación entre las condiciones de vida de las poblaciones y su incidencia en el proceso salud enfermedad es evidente, los enfoques basados en evidencias exclusivamente biológicas pierden legitimidad y en consecuencia la manera de abordar la enfermedad cambia, necesita incorporar los elementos sociales en su etiología porque la prioridad no

está en responder a los problemas de salud de los individuos, sino, en garantizar las condiciones para mejorar la salud de las colectividades. (GGF, 1997)

En esta línea aparece en el año 1974 el texto “Una nueva perspectiva de salud para los canadienses” de Blum - Lalonde quienes introducen varios temas que al ser desarrollados en las dos décadas siguientes contribuyen en la construcción de una posición crítica del paradigma dominante hasta entonces:

Se plantea la ampliación del objeto de estudio de las ciencias de la salud configurando el concepto de “campo de salud” al que divide en cuatro partes o elementos:

- La biología humana.
- El medio ambiente.
- Los estilos de vida.
- La organización de la atención en salud.

Esta división permiten hacer análisis epidemiológicos que demuestran que los factores que más inciden en la aparición de enfermedades están relacionados con los componentes biológicos, medioambientales y los asociados a los estilos de vida, y que el último, la organización de la atención en salud, es el que menos influye pero es el más significativo dentro de los sistemas de salud modernos (Lalonde 1975).

Con base en esta evidencia el texto de Blum -Lalonde propone modificar la planeación dirigida a los servicios de atención sanitaria, para dirigirlos en favor de ejercicios de planificación para lograr una población sana y un entorno y un ambiente sanos.

Se plantea así un debate alrededor de tres tópicos:

- La necesidad de abrir el campo disciplinar de las ciencias de la salud con el fin de recoger otros factores que influyen en las condiciones de salud de las poblaciones.
- El reconocimiento de otros sectores sociales (dentro de los que está incluido el sector educación) como actores importantes para el logro de garantizar salud para todos.
- Finalmente se plantea la importancia de la promoción de la salud aunque relacionándola con los factores de riesgo.

La tesis en la que finalmente se funda esta discusión es que la salud y la enfermedad están determinadas por las condiciones de vida de la población que se expresan en el

acceso a una vivienda digna así como a la alimentación, el vestido, el trabajo, la crianza y la educación. Aparecen así las concepciones multicausales de la enfermedad cuya figura más representativa es Brian MacMahon quién plantea que:

“Los eventos causales o etiológicos, son múltiples y de varios tipos (Biológicos, hereditarios, sociales, culturales, etc.) y su participación en el origen de la enfermedad debe ser estudiado a partir de la identificación de estos, considerándolos como "factores" y encontrando asociaciones estadísticas entre ellos, para elaborar cadenas de eventos asociados con el apareamiento del trastorno”. (Quevedo 1990)

Esta concepción es reforzada por Laevell & Clark, quienes plantean que la enfermedad es un desequilibrio en el que interactúan tres grupos de factores: los del agente, los del huésped y los del medio ambiente. A este triple origen se le denomina la triada ecológica y tiene la siguiente estructura taxonómica:

“Los factores etiológicos propiamente dichos, que son de tipo microorgánico (bacterianos, vitales, parasitarios, etc.), alimenticio (excesos y deficiencias de sustancias nutritivas), químico (tóxicos y alérgenos) y físicos (radiaciones y efectos mecánicos); los factores del huésped (su estructura genética, edad, sexo, raza, condición fisiológica, experiencia inmunológica, enfermedad preexistente y su comportamiento); y los del ambiente, que son los factores del entorno geológico, climático y geográfico, los del ambiente biológico (poblaciones humanas, fauna y flora) y los socio-económicos (que incluyen ocupación, vivienda, salario, vestido, desarrollo económico, urbanización, desastres, etc.)” (Quevedo 1990)

Durante este periodo aparece la denominada revolución epidemiológica que a diferencia de la epidemiología de finales del siglo XIX tiene como objetivo dominar las patologías no infecciosas. Para hacerlo introduce el concepto de factores de riesgo a los que define como las variables socio ambientales causantes de los desequilibrios en la salud de las poblaciones, agrupándolas en dos grandes categorías: Los provenientes del entorno físico, referidas: las radiaciones, las sustancias químicas tóxicas, los agentes cancerígenos, entre otros; y los asociados al entorno social entre los que se encuentran el hábito de fumar, las dietas ricas en grasa, el consumo de alcohol y la insuficiente actividad física. (GGF, 1997.)

“Los factores de riesgo son el producto de un cálculo de probabilidades que permite identificar la posible ocurrencia de eventos o fenómenos ligados a la salud, con mayor

énfasis en aquellos eventos asociados a daño/peligro/amenaza. Sobre este planteamiento se fundamentan los modelos de prevención del riesgo, que permiten al epidemiólogo clásico predecir la ocurrencia de eventos en salud en momentos distintos y en poblaciones ubicadas en lugares distintos, sin que hayan tenido que ser necesariamente observadas". (N. Almeida, 2000).

Por tratarse de inferencias abstractas producto del análisis de factores que se expresan cuantitativamente, la epidemiológica no toma en cuenta las condiciones de vida de poblaciones concretas y la manera como allí influyen aspectos como las condiciones de trabajo, los niveles de alfabetización, las relaciones sociales, entre otros aspectos.

Junto al enfoque de riesgo aparece el concepto de medicina preventiva que introduce el concepto de promoción al que, sin embargo, considera el nivel más general de la prevención de la enfermedad (GGF, 1997). Si se tiene en cuenta que para la medicina preventiva la enfermedad sigue siendo entendida como resultado de la ruptura del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con el que interactúan, es claro que la promoción de la salud no es otra cosa que las acciones que tienen que ver con:

- El fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad.
- La disminución o eliminación del contacto con el agente
- Las intervenciones generales sobre el ambiente (el ambiente incluye lo social).

La aparición en este contexto del concepto de promoción tuvo como consecuencia el uso indistinto por parte de los profesionales de la salud de los conceptos de promoción y de prevención. Un ejemplo de esto son los estilos de vida saludable y las prácticas de autocuidado, que se diseñaron para ejercer control sobre los factores de riesgo asociados al entorno social, pero el concepto de cuidado y de autocuidado mantienen connotaciones más cercanas a la asistencia médica, que a la idea del cuidado autónomo de sí mismo, que realiza un sujeto con capacidad de tomar decisiones. No se hace distinción entre los cuidados de costumbre y los cuidados de curación.

“Los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Para comprender mejor esta influencia es necesario introducir los conceptos que la lengua inglesa desarrolló con relación a la noción de cuidado. Ésta conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza

diferente: denominaron cuidados de costumbre –care– a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación –cure– a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida. Los cuidados de curación son los utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico”. (Uribe 1999 p. 3)

La ambigüedad en el manejo de esta terminología se debe en gran medida a que los conceptos y las prácticas de autocuidado son elaborados por la medicina dentro de la más pura tradición biomédica, y se inscriben en modelos diseñados para curar la enfermedad y no para promover la salud (Uribe 1999):

“Con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos. Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad” (p. 3).

El marco epistemológico en que la medicina multicausal y la epidemiología clásica construyen los conceptos de promoción y autocuidado les impide hacer la diferencia entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En consecuencia la promoción de la salud en este contexto, es de carácter instrumental su tarea es controlar un serie de factores de riesgos y agentes causales de la enfermedad a través del control de epidemias, el ejercicio de estilos de vida saludables por parte de los sujetos y políticas gubernamentales de mejoramientos de servicios públicos.

El enfoque multicausal de interpretación del proceso salud enfermedad así como los modelos epidemiológicos derivados de este tienen el merito de haber ampliado el marco de análisis mediante la incorporación de variables de orden social, cultural y del comportamiento, pero de otra parte no trascienden el paradigma positivista porque

consideran estas variables como elementos etiológicos, variables independientes, fragmentadas, que están a la base de la enfermedad en un análisis que termina siendo unicausal.

En síntesis las líneas características de este paradigma son:

- Incluye nuevas dimensiones a la explicación del procesos salud enfermedad pero dentro del modelo empírico positivista de causa efecto.
- Aborda los factores externos que afectan la relación salud enfermedad desde una perspectiva ecológica que incluye indistintamente los factores ambientales y los que son atribuibles a los contextos sociales.
- Asociado con esta concepción ecológica de la realidad aparecen la epidemiología clásica y el enfoque de riesgo.
- Introduce el concepto de promoción de la salud asociado a los factores de riesgo de origen social, impulsando la estrategia Estilos de Vida Saludable y las prácticas de autocuidado.

En relación con la salud escolar ¿estas premisas implican cambios en la manera de concebir la relación salud enfermedad y en las concepciones que desde el paradigma positivista se tenían de escuela, salud escolar, promoción de la salud?

2.1.5 Concepción de la salud escolar desde la perspectiva ecológica y de la epidemiología clásica.

El diseño de los modelos de salud escolar en el marco del modelo paradigma multicausal está fuertemente ligado a las tensiones y contradicciones que vivió la salud pública en la segunda mitad del siglo XX en su intento por abrir el debate sobre el proceso salud enfermedad a otros planos de la vida social.

La primera tensión se da entre la pretensión de acercar los servicios de salud a las comunidades con el fin de realizar actividades colectivas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad desde un marco de participación social amplia y de apertura al trabajo intersectorial, frente a las estrategias que reducen el acercamiento a las comunidades y en particular a las comunidades educativas a la oferta de paquetes de servicios de interés para el sector salud y con una concepción de prevención de la enfermedad y de asistencia médica

Este debate tiene su origen en el año 1978 en un documento firmado por 134 países y que constituye un hito en la historia de la salud pública, la declaración de Alma Ata. En ella se define la salud como:

“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental ya que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud” (OMS 1978).

A diferencia de las acciones clásicas de salud centradas en la prevención y en curación de las enfermedades se exige aquí la participación de toda la sociedad en la creación de condiciones que garanticen el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Por tal razón, el núcleo de la Declaración de Alma Ata propone acercar los servicios de salud a las comunidades mediante el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) a la que define como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria” (OMS 1978).

El concepto de Atención Primaria en Salud (APS) amplía el campo disciplinar y las prácticas asociadas a la salud porque dentro de las condiciones que enuncia para su desarrollo plantea como condición necesaria estrategias amplias que no son responsabilidad directa del sector salud, por ejemplo: atender a las condiciones diferenciales de cada población desde una perspectiva de trabajo intersectorial (dentro del que incluye al sector educación), o la importancia de la participación comunitaria para el diseño e implementación de las acciones de APS.

La Declaración de Alma Ata se hace atendiendo a una lógica de promoción de la salud que desafortunadamente queda oculta al traducirse la idea original de Primary Health Care

como Atención Primaria en Salud, siendo más exacto traducirla como Cuidado Esencial de la Salud. Atención es asociada generalmente a servicios asistenciales y primaria remite a la idea de baja complejidad o atención médica básica, con lo cual no se logra expresar el espíritu de la estrategia que intenta proponer a la sociedad un sentido de salud que va más allá de la práctica clínica, en donde “el cuidado de la salud significa que se ofrece cuidar deliberadamente de ella en vez de esperar pasivamente que alguien demande ser atendido” (Echeverri 2011 p.4)

Sin embargo, la tendencia de pensamiento trazada por la Declaración de Alma Ata encuentra resistencias. El concepto de Atención Primaria en Salud es atacado en sus puntos estratégicos: la propuesta de cambiar el enfoque de factores de riesgo individual a determinantes lo que implica el trabajo intersectorial, el cambio de la curación a la prevención, el cambio de los servicios centrados en la atención hospitalaria al trabajo con la comunidad en los territorios (Echeverri 2011). La UNICEF termina proponiendo un modelo de Atención Primaria Selectiva que priva al modelo inicial de su propuesta de trabajo intersectorial para afectar los determinantes sociales del proceso salud enfermedad y reduce el alcance de la APS a sólo cuatro intervenciones dirigidas a población materno- infantil: crecimiento y desarrollo, hidratación oral, lactancia materna, e inmunizaciones.

Desde el punto de vista del diseño de los modelos de salud escolar esta tendencia se expresa en la oferta de paquetes de servicios que pretenden atender a las necesidades priorizadas por el sector salud, sin incluir realmente al sector educación, ni a las comunidades, en los procesos de planeación.

La segunda tensión que influye en el diseño de los modelos de salud escolar de la época consiste en la introducción del concepto de promoción de la salud en un contexto epistemológico que no permite superar la lógica de prevención de la enfermedad. En la Carta de Ottawa, que es el Resultado de la Primera Conferencia Mundial Sobre Promoción de la Salud celebrada en el año 1986, se plantea que:

“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. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto 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” (OMS 1986).

De acuerdo con esta concepción, la promoción de la salud como práctica se diferencia de las acciones de prevención de la enfermedad. La promoción es entendida, en la Carta de Ottawa en sentido positivo como mejoramiento de la calidad de vida y se convierte en estrategia de intervención por sí misma que desarrolla cinco líneas estratégicas: construcción de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables para la salud, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud.

Sin embargo, esta propuesta de reorientar la concepción de la salud desde la perspectiva amplia de promoción de la calidad de vida es leída desde el campo disciplinar de la salud a partir del paradigma multicausal que toma la enfermedad como punto de partida y asigna a la promoción la función de controlar los factores de riesgo (Davó 2009). En consecuencia, se desarrollan dos tendencias en el discurso de la promoción de la salud: i) asociada a la idea de prevención de la enfermedad en la que el sector salud asume la función de prescribir desde su saber las prácticas que considera saludables y las que no; ii) la que sigue la línea de la Carta de Ottawa que concibe la promoción como responsabilidad del conjunto de la sociedad y la asocia con el mejoramiento de la calidad de vida.

Para los trabajadores de la salud es difícil establecer las diferencias concretas entre la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud porque en la práctica ambas tienen como objetivo la salud, sin embargo, la prevención lo hace “situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite la muerte” mientras que la promoción se orienta a la “optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final (...) la promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo (...) hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud”. (Uribe 1999 p.4).

Sin embargo, esta distinción entre prevención de la enfermedad y promoción de la salud no siempre se ha tomado en cuenta, y su uso indiscriminado ha llevado a que los modelos de salud escolar diseñados con énfasis en la promoción de la salud terminen adoptando prácticas y asumiendo posturas teóricas que en nada los diferencian de los modelos

orientados a la prevención de la enfermedad, un ejemplo de esto, es la asimilación que se hace del modelo de Escuelas Promotoras de Salud al de Escuelas Saludables.

El modelo de Escuela Saludable es la expresión que en términos de salud escolar asume la corriente del modelo multicausal. La Escuela Saludable es un lugar en la que no hay enfermedad y esto se logra mediante un modelo preventivo que controla los factores de riesgo en tres puntos clave:

El discurso pedagógico centrado en los estilos de vida saludables y en la modificación de conductas. El entorno escolar garantizando el saneamiento básico y las buenas condiciones de infraestructura de la institución educativa.

Los servicios de salud y alimentación que se plantean en las primeras versiones del modelo con la misma lógica de la Atención Primaria Selectiva, es decir paquetes de servicios que se llevan a la escuela de acuerdo a las prioridades del sector salud.

El concepto de educación para la salud de Escuelas Saludables se concentra en campañas informativas sobre hábitos saludables y en estrategias de divulgación con temáticas diversas que van desde la socialización sobre el funcionamiento del sistema de salud, hasta la revisión de los esquemas de vacunación, o el seguimiento a adolescentes gestantes para que cumplan con los protocolos de control médico. (Davó 2009)

La escuela es concebida como un espacio estratégico para el desarrollo de paquetes de atención a la primera infancia como la vacunación, suplementación, prácticas de cepillado, prevención de enfermedades respiratorias y transmisibles así como para influir en los estilos de vida de los jóvenes, lo que implicó la incorporación progresiva de temas que respondieran a las realidades sociales en que viven los jóvenes dándose énfasis a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado de adolescentes y la salud mental entre otras. Pero como señala Davó (2009):

“La finalidad era proporcionar a los estudiantes conocimientos básicos de salud, sin embargo, esta estrategia se vio limitada, entre otros factores, por la falta de experiencia y formación del profesorado para desarrollar actividades de salud y porque, como se demostró más tarde, la información por sí misma no es suficiente para motivar la modificación de comportamientos”. (p. 27)

El modelo de Escuelas Saludables significó un avance en su momento, porque dio un salto de la curación y de las prácticas higienista de principio del siglo XX a un diseño basado

en la prevención y la motivación de cambios de conducta individual para la adopción de comportamientos saludables, sin embargo, sigue estando limitada a los intereses del sector salud y de los sistemas de salud basados en la enfermedad. En consecuencia, es escasa la participación de las comunidades educativas y es liderada casi exclusivamente por los profesionales de la salud (Davó 2009).

2.1.6 El concepto de salud en la modernidad campo de debate técnico y político: La perspectiva de la determinación social de la vida y la salud.

El enfoque de determinación social de la salud representado por figuras como Jaime Breilh, Assa Cristina Laurell, Nahomar de Almeida Filho, entre los más destacados, debe ser abordado teniendo en cuenta de una parte su posición radicalmente crítica al modelo epistemológico imperante en las ciencias de la salud y, de otra, sus propuestas de reelaboración de un marco teórico metodológico que permita la emergencia de modelos alternativos de explicación y de transformación de las condiciones que inciden en el desarrollo del proceso salud - enfermedad

La crítica del paradigma empirista positivista imperante en las ciencias de la salud se centra en dos líneas de argumentación: la primera, cuestiona la idea de objetividad pura del empirismo y la pretensión de fundar leyes generales a partir de la evidencia empírica como propone el pensamiento positivista; la segunda, muestra las insuficiencias teóricas de la mirada de los determinantes del proceso salud enfermedad fundada en una concepción ecológica que no toma en cuenta las relaciones sociales de producción, es decir la relación ser humano - naturaleza.

La idea de objetividad pura del empirismo consiste en asociar el acto de conocer al modelo sujeto objeto. La realidad está afuera del sujeto que conoce, quien se relaciona con ella a través de los sentidos. “La imagen o la idea que el sujeto se forma del objeto en su mente es simplemente un reflejo de la realidad y cuando este reflejo corresponde exactamente con esa realidad la imagen o la idea son verdaderas” (Quevedo 1990 p. 6)

El enfoque de determinación social considera que esta postura aparentemente práctica es en realidad abstracta porque reduce el conocimiento a puro reflejo de la realidad en la mente de un sujeto, sin considerar que necesariamente estas ideas que se forman en la mente del sujeto están mediadas por el lenguaje, por el contexto cultural de que hace parte, por la interacción concreta que tiene con los fenómenos y son producto de una construcción teórica en la que el sujeto juega un papel activo y no de mero receptor. En este proceso, la

imagen sensorial, “es una reelaboración de la realidad a partir de elementos que el sujeto tiene en su mente, que están mediados por la cultura y que es relativa al punto de vista y a los métodos que se utilicen” (Quevedo 1990 p.6)

Como consecuencia de la fe en la objetividad pura las relaciones entre fenómenos se reducen al principio de causalidad, los fenómenos se producen de manera regular y pueden llegar a ser predichos y matematizados mediante el principio de la inducción. Jaime Breilh plantea cómo para la doctrina empirista el mundo es visto de manera mecánica y simple como una máquina regida por leyes causales, condiciones necesarias y suficientes para producir efectos y estas relaciones causales son formas de conexión, o relación necesaria, constante y unívoca en el ámbito natural o social de los fenómenos (Breilh 2004)

Según esta imagen mecánica del mundo los fenómenos observables pueden ser reducidos, para ser explicados, a los principios de identidad, contradicción simple y tercero excluido, que al ser aplicados a las ciencias de la salud dieron origen a la epidemiología que tiene por objeto el estudio de los fenómenos en salud a través de la asociación de variables. (De Almeida 2000).

En cuanto a la manera como los principios del empirismo –positivismo se aplican a la dimensión ambiental e intenta explicar su influencia en el proceso salud enfermedad, el enfoque de determinación social cuestiona, en primer lugar, el hecho de que la asociación del ambiente con la aparición de fenómenos mórbidos sea una reminiscencia de las antiguas teorías de Hipócrates. Los alimentos y la meteorología eran a juicio de éste los dos elementos del ambiente que más contribuían a la etiología de la enfermedad. La lógica empirista toma de este razonamiento la idea de que estos factores son causas externas que hay que estudiar como variables independientes para llegar a la explicación de gran parte de los fenómenos mórbidos. (Quevedo 1990)

En segundo lugar, se muestra como este punto de vista por su insistencia en abordar los factores externos que afectan la relación salud enfermedad desde una perspectiva puramente ecológica dificulta la diferenciación clara entre lo que es atribuible al ambiente y lo que es atribuible a los contextos sociales que son factores determinantes muy distintos que requieren ser abordados de manera particular y que aquí quedan reducidos a una “visión ecologista de la realidad” (Quevedo 1990). La actividad humana, la relación transformadora del hombre y la naturaleza, las relaciones concretas de producción que permiten esta transformación son pasadas por alto.

Como consecuencia de la concepción ecológica de la realidad aparecen desde los años 70 tres vertientes de pensamiento en salud que refuerzan el enfoque epistemológico dominante en las ciencias de la salud: la denominada revolución epidemiológica, el enfoque de riesgos y el enfoque de determinantes sociales de salud de la OMS (Cáliz, 2011).

Como se menciona anteriormente la disciplina de la epidemiología es heredera directa del paradigma positivista de investigación en salud basada en el casualismo y el concepto de riesgo como categorías fundamentales y estructurantes del proceso salud enfermedad. La epidemiología tiene la pretensión de diseñar métodos y herramientas para la recolección, procesamiento y análisis de información que posibiliten establecer un raciocinio inferencial predictivo (De Almeida 2000; Breilh, 2004).

Con la lógica inferencial de la epidemiología la mayor incidencia que se tiene en el campo de las dinámicas sociales es la contribución en la elaboración de políticas públicas que controlen los factores de riesgo en grupos poblacionales para disminuir o erradicar brotes epidémicos, aunque sin tener en cuenta el contexto histórico y social de estas poblaciones por las limitaciones mismas del enfoque.

La otra concepción que hereda la perspectiva hegemónica del empirismo – positivismo clásico presentando una versión más elaborada del denominado “Mito Ecológico” según el cual el proceso salud enfermedad se explica ante todo por la relación del organismo humano con el medio y con los agentes patógenos o variaciones climáticas con que entre en contacto.

Por su parte, la organización Mundial de la Salud (OMS 2009) a través de la Comisión de Determinantes hace el esfuerzo de identificar las causas de la salud-enfermedad en la estructura social, política y económica de la sociedad, pero al hacer su análisis desde el marco epistemológico imperante, queda atrapado en una concepción causalista en que los “determinantes sociales” se presentan como “factores” independientes que tienen una relación externa entre sí.

El ejercicio de análisis del modelo propuesto por la OMS no profundiza en los procesos generadores de inequidad que inciden negativamente en la salud de la población como el modelo de producción fundado en la lógica del libre mercado, limitándose a presentar las dificultades del actual modelo de desarrollo y las acciones que deben emprender los Estados para contrarrestar los efectos que tienen sobre las condiciones de vida de la población. (Cáliz 2011)

De otra parte, el enfoque de determinantes de la OMS queda circunscrito a la dimensión del consumo, soslayando el tema de los modos de producción y de las relaciones de producción en el mundo globalizado. Al ocuparse de la educación, de la ocupación y del ingreso como variables que determinan el proceso salud enfermedad, el modelo de análisis propuesto por la OMS deja de lado “el problema de los factores estructurales que generan inequidad en el mundo y que están ligados al modo de producción y a la distribución inequitativa de las oportunidades, de la riqueza y del poder. (Cáliz 2011)

En conclusión el marco epistemológico que sirve de fundamento al causalismo, al enfoque de riesgo y al enfoque de determinantes sociales es la falta de profundidad para abordar la realidad social y en consecuencia su incapacidad para comprender la complejidad, el carácter integrador y procesual, los diferentes niveles en los que la vida tiene lugar, el movimiento dialéctico e histórico de la realidad social y la estrecha relación entre la sociedad y la naturaleza, que para este último aspecto la máxima relación que está pensada es la triada ecológica donde el ambiente es asumido como un factor externo a la explicación de algunos eventos relacionados con la salud (Breilh 2004)

El movimiento de la Medicina Social Latinoamericana no se limita a develar críticamente las insuficiencias del enfoque epistemológico dominante se propone la tarea de construir un campo de conocimiento que sin perder en rigor científico, amplíe la comprensión del proceso salud enfermedad acercándolo más a la vida, que es compleja, dinámica, contradictoria, integral y es parte del devenir histórico de los pueblos y de las culturas. Con este propósito propone el desarrollo de un campo de conocimiento teórico, conceptual y metodológico con una perspectiva interdisciplinar, intercultural y, siguiendo el concepto de Gramsci, contra-hegemónica. Este incipiente campo de conocimiento es denominado Epidemiología Crítica y busca, en sus procesos de producción de conocimiento, trascender el ámbito de lo académico, ampliar el debate sobre la salud a los movimientos sociales y crear alternativas teóricas y prácticas a la hegemonía del empirismo analítico, de la epidemiología clásica y del modelo de determinantes de la OMS.

El objetivo de la epidemiología crítica es la comprensión de la salud como objeto, como concepto y como campo de acción práctica, desde una perspectiva que le permita integrar este flujo en un campo interpretativo multidimensional pero unificador.

Para hacerlo incorpora nuevas categorías que permiten enriquecer la epidemiología tomada en sentido amplio en tanto que disciplina que se ocupa de la explicación del proceso salud enfermedad.

A la visión limitada de los llamados factores de riesgo se oponen las categorías de perfil epidemiológico, determinación social y clase social que contextualizan la idea aislada de “factores de enfermedad” dándoles un marco interpretativo de la realidad en que no solamente se trata de minimizar o eliminar los riesgos, para restituir un supuesto equilibrio perdido; se propone un nivel de análisis que involucra las condiciones estructurales de las sociedades que explican el procesos salud enfermedad en un nivel más profundo que el del riesgo, al que hay que darle la dimensión real de ser solo manifestación o síntoma. (Breilh 2004)

A la noción de desigualdad se le enriquece introduciendo la categoría de inequidad que no se limita a dar cuenta de una realidad aparentemente simple (desigualdad) y avanza en la interpretación de las razones de las desigualdades injustas como la concentración del poder en unos grupos sociales de acuerdo a su etnia, su posición social o su género. Las implicaciones que esto tiene en los modos de vida y la necesidad de introducir metodologías que tengan en cuenta estos fenómenos que determinan la calidad de vida de las poblaciones y por tanto inciden en sus formas de enfermar y de morir. (Breilh 2004)

Como consecuencia de las anteriores consideraciones, la epidemiología crítica plantea la necesidad de superar el enfoque de los derechos humanos, sin negarlos. Superarlos significa recuperar su poder movilizador y transformador que le es negado cuando se plantean de manera puramente formal, mediado por el aparato jurídico, como plantea la doctrina del liberalismo político; la reclamación del derecho se hace desde el reconocimiento de las necesidades sociales y la lucha por equilibrar las determinaciones sociales que llevan a la inequidad, a la pobreza a la precarización de la vida y en últimas a la negación del derecho fundamental, el derecho a vivir. (Foucault 1976, Breilh 2004)

En esta perspectiva de ampliación del marco disciplinar de la salud, la epidemiología crítica plantea la necesidad de romper con la idea de la ciencia vista como fenómeno unicultural, como había ocurrido durante la modernidad en la que el paradigma era el racionalismo y los intentos de explicación de los fenómenos naturales se cerraban en sistemas lógicamente autoconsistentes. Se plantea la necesidad de tener en cuenta la función de lo subjetivo dentro del conocimiento científico y más específicamente de una subjetividad crítica que permita tener una mirada intercultural y multicultural del mundo. (Breilh 1997)

Mediante estas apuestas metodológicas y conceptuales la epidemiología crítica busca superar la fragmentación de la epidemiología clásica que actúa sobre factores individuales, separa mecánicamente el objeto de los sujetos de conocimiento, funda la idea de conocimiento legítimo en un sujeto unicultural y se relaciona con la práctica desde una perspectiva funcionalista que inmoviliza la realidad y la reduce a la dimensión del espacio, de los fenómenos medibles, calculables, y a las relaciones entre ellos. Se propone ir hacia una epidemiología que integra la realidad de manera dialéctica y crítica, a la vez que reivindica la importancia de las subjetividades en el proceso de producción del conocimiento.

Para la epidemiología crítica la salud es un campo disciplinar complejo que tiene lógica de proceso, como la realidad misma se despliega en las dimensiones del espacio y del tiempo, es decir del movimiento, en un flujo continuo que recoge una dimensión ontológica (la del ser que se inscribe en un campo de conocimiento y está sujeto a sus condiciones), una dimensión epistemológica (en que actúan los sujetos que construyen conocimiento) y la dimensión praxiológica (el campo de la acción transformadora).

En la dimensión ontológica la epidemiología crítica explicita las condiciones que permiten incluir la salud como objeto de conocimiento en la complejidad de la vida social; la categoría que orienta la construcción del modelo es el movimiento en sus dimensiones espacial y temporal.

Desde el punto de vista del espacio las dimensiones que plantea son: lo general, lo particular y lo singular:

“El plano general que corresponde al orden estructural y que organiza las relaciones macro, el modelo de producción, las políticas, el plano particular que funge un papel de mediación y corresponde a las oportunidades o posibilidades que tienen los grupos humanos de acuerdo con el lugar que ocupan en la sociedad, la clase social es un determinante de los modos de vida de los grupos sociales; y el plano singular que corresponde al individuo en donde se ubica el genotipo y fenotipo de manera vinculante con los dos anteriores determinando los estilos de vida. (Breilh, 2004 p. 47)

En cuanto al carácter del movimiento de lo social y de sus implicaciones en salud se proponen las categorías de reproducción que corresponde al movimiento en el plano de lo general y la categoría de generación que a su vez la expresión del movimiento en el plano de lo particular.

Este movimiento no es caótico, es multidimensional pero se organiza jerárquicamente, para explicarlo se propone la categoría de subsunción: subsunción de lo particular en lo

general y de lo singular en lo particular. Es decir que lo más simple se explica por lo más complejo.

Sin embargo, para no caer en discursos totalizantes la epidemiología crítica plantea la necesidad de establecer equilibrios entre la pretensión de lo objetivo “puro” factual y lo subjetivo abstracto que lleva al relativismo.

Desde la dimensión epistemológica este equilibrio se logra integrando las dimensiones subjetivas y objetivas del proceso de conocimiento a partir del realismo dialéctico que permite de una parte reconocer a los sujetos históricos concretos -que son negados en la perspectiva inductiva del positivismo- en su diversidad, y superar el reduccionismo de los sistemas cerrados y de los valores que encierra, (supremacía de la racionalidad lógica sobre los saberes populares, dominio del hombre sobre la mujer, discriminación por razones étnicas, por ejemplo). (Breilh, 2004)

Desde la dimensión praxiológica el campo disciplinar de la salud se abre entonces a la multidisciplinariedad en la que se requiere la elaboración de un discurso que articule múltiples discursos diversos. El sujeto es múltiple y para comprender e interpretar el mundo requiere de una lógica comunicacional intersubjetiva que reconozca la diversidad pero que construya una lectura de conjunto que le permita orientar la acción hacia una transformación estructural de la sociedad recogiendo las inequidades de clases, género y etnia.

La promoción y la prevención son definidas en este marco amplio como procesos que implican concepciones teóricas y acciones prácticas que afectan la vida en sus múltiples dimensiones políticas, económicas y culturales. Cuando los procesos de relacionamiento del hombre con su entorno natural y social están basados en una contradicción con este medio entonces es necesario generar acciones de prevención que tienen como fin evitar o contrarrestar los efectos destructivos de estas relaciones en todas sus dimensiones. Las acciones de promoción se dan cuando se actúa para ampliar, potenciar o promover los procesos sociales protectores en todas las dimensiones de este relacionamiento. (Breilh, 2004)

En la experiencia de Bogotá el enfoque de determinación social de la salud se operó a través de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida (EPCV) que es definida como un proceso social que tiene como objetivo “preservar y desarrollar la autonomía de los sujetos individuales y colectivos con el fin de hacer efectivos sus derechos” (Molina, De Negri 2007) Mediante el principio de la autonomía se aborda la construcción de las subjetividades libres desde varios planos: El plano funcional que le permite al individuo realizar las actividades básicas para el desarrollo de la vida social y productiva (caminar, percibir y sentir); El plano

socio – económico que considera la necesidad de tener condiciones de vida digna para poder desarrollar las potencialidades de los individuos; El plano político que “permite al sujeto la relación con otros en un plano de justicia, igualdad y democracia, tomando parte activa de las decisiones que afectan su vida y su futuro, es decir afirmarse como ciudadano sujeto de derechos”. (Molina, De Negri 2007 p.32)

Sin embargo:

“la tarea de construir la autonomía tiene un énfasis inicial en la construcción de la emancipación política como una forma de ganar conciencia sobre la protección de su independencia funcional, como patrimonio individual y social; así como para el desarrollo de capacidades de organización y abogacía orientadas a la construcción de poder transformador de las condiciones sociales y económicas que limiten o afecten su desarrollo pleno. Por esta razón, la preocupación por desarrollar participación y organización social es central, pues busca construir espacios públicos emancipatorios de participación, donde se desarrollen las capacidades de autonomía política de los individuos” (p. 32).

En correspondencia con el principio del enfoque de determinación social según el cual la salud es un concepto positivo y no solo el reverso de la enfermedad, la promoción de la salud en la EPCV es asociado con el de calidad de vida que es definido así:

“Es un concepto integrador de las necesidades humanas, que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social. Desde la estrategia promocional, se orienta el abordaje de la calidad de vida como un continuo a lo largo del ciclo vital y de sus determinaciones sociales en todas sus etapas, procesos y contextos” (Molina, De Negri 2007 p.32)

En concordancia con la lógica de la determinación social de proponer planos de explicación del proceso salud enfermedad que van de lo general, a lo particular y a lo singular, la EPCV distingue varias esferas necesarias para la calidad de vida:

La esfera individual: “capacidad de los sujetos de responder y de satisfacer sus necesidades dentro de un marco social y con concurso de su propia capacidad de acción” (Molina, De Negri 2007 p.33)

Como señalan Molina y De Negri, “La esfera colectiva ubica como el concepto fundamental la equidad, como la necesidad de construir respuestas que reconozcan la existencia de diferencias injustas y evitables en términos de oportunidades y posibilidades de ejercer plenamente la autonomía entre grupos, entre los estamentos sociales y los distintos grupos humanos” (p. 33)

La esfera institucional: “La trans-sectorialidad se ubica como un mecanismo de construcción de integralidad en las políticas públicas que inciden en la calidad de vida. Esto implica procesos amplios de participación social, que abran las puertas para que los mismos ciudadanos y ciudadanas puedan expresar, dialogar y tomar decisiones que sean efectivas en esta dirección” (p. 33).

La esfera ambiental: “Ésta es clave en el sentido de pensar la sostenibilidad como concepto central de todo el proceso, en su relación con el ambiente y con su capacidad de generar otro tipo de orientación dentro de la sociedad” (p. 33).

La esfera subjetiva: “Para construir una estrategia promocional de calidad de vida potencialmente se debe trabajar todo un conjunto de nuevos patrones de subjetivación, de representación de la realidad y de su transformación. Dentro de esta perspectiva, la construcción de nuevos caminos para la promoción de calidad de vida y salud, pasa por valores propios de la estrategia, tales como autonomía, equidad, participación, ciudadanía, entre otros” (p. 33).

En consecuencia, y a manera de resumen, se podría decir que la EPCV asume como puntos estratégicos de sus planteamientos dos elementos centrales del enfoque de determinación social. En lo concerniente a la reivindicación de sujetos diversos en razón de las identidades culturales que demandan una ampliación de los estrechos márgenes de los discursos de saber centrados en la razón, la EPCV propone el concepto de autonomía considerada desde múltiples ángulos (funcional, económica y política) pero que finalmente pone el énfasis en el sujeto con capacidad de incidencia a través del dialogo y la concertación de alternativas de transformación de las realidades sociales adversas en contextos democráticos con espacios de participación social. Frente al imperativo del enfoque de determinación social, en el sentido de afirmar la salud es resultado de las condiciones de vida de las poblaciones y por tanto de las opciones materiales concretas que la sociedad ofrece a los sujetos individuales y colectivos tener estilos de vida que favorecen la salud en el plano laboral, de las relaciones sociales, de la calidad de la alimentación, del acceso a bienes y servicios, etc., la EPCV

plantea el enfoque de derechos que por plantear la integralidad de estos, lleva necesariamente a la idea de calidad de vida definida como proceso integrador de necesidades que “rompe las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social”. (p. 32)

En conclusión, la perspectiva de la determinación social de la salud como resultado de su posición crítica de los enfoques clásicos de abordaje del proceso salud enfermedad, así como de su esfuerzo por crear un campo teórico, conceptual y práctico desde el cual construir discurso y prácticas contrahegemónicas, desarrolla las siguientes líneas estratégicas de trabajo:

- Opone la noción dialéctica de proceso y movimiento, a la visión estática y fragmentaria de los factores de riesgo propios de la epidemiológica clásica.
- Reivindica la importancia de la interculturalidad en la construcción del conocimiento transformador de las realidades sociales.
- Se define lo promocional como el acto de promover o perfeccionar socialmente procesos protectores que van desde lo macro (los modelos económicos, por ejemplo), a lo particular (relación clase social y estilo de vida) y a lo singular (efectos que tiene las condiciones de vida construidas social e individualmente en la salud de las personas).
- El concepto positivo de salud es definido como calidad de vida y se basa en la autonomía individual y colectiva.

De acuerdo con lo anterior y frente a su relación con la salud escolar las preguntas que se plantean al enfoque de determinación social son: ¿Cuál es la concepción salud enfermedad en que se funda y cuáles son las prácticas de salud escolar que derivan de esto?, ¿Cómo es entendida la escuela y cuál es su función en la perspectiva de la salud escolar?, ¿Qué idea se tiene de la promoción de la salud escolar y del papel de la educación en esta tarea?, ¿Cuáles son los sujetos a los que se dirigen las acciones?

i. Concepción de la salud escolar desde la perspectiva de la determinación social de la salud

El modelo de salud escolar que se acerca más claramente a los planteamientos de la Medicina Social y de la epidemiológica crítica es, como se ha señalado anteriormente, la Escuela Promotora de Salud. (OMS 2003, 2004, 2006 OPS 1995,1996, 2007). Se debe señalar que este modelo no ha logrado desarrollarse plenamente y que a pesar de haber sido propuesto hace ya tres décadas sigue implementándose a través de proyectos experimentales y de pilotajes sin que haya logrado, ni en Europa, ni en América Latina el objetivo de institucionalizar la relación de los sectores salud y educación alrededor de una comprensión de la salud como derecho y de la promoción de la salud como proceso de construcción de subjetividades democráticas, críticas y transformadoras (Di Leo 2009).

En este sentido, el modelo de Escuelas Promotoras de Salud se inscribe dentro de la tradición crítica de la medicalización de la salud y de la imposición de un discurso hegemónico que basado en la autoridad de la ciencia como saber racional y objetivo prescribe a la sociedad que debe y que no debe hacer con su cuerpo, con su entorno, con su capacidad de decisión y de incidencia en el ejercicio de lo público.

Esta tradición remonta a la década de los 70 con los aportes de Iván Illich (1978) para quién la medicina institucionalizada es un dispositivo de control de los profesionales de la salud sobre los individuos y sobre la sociedad, que tiene como propósito resolver los problemas de control higiénico - sanitario que plantean los vastos núcleos poblacionales formados en las grandes ciudades industrializadas, y tiene como consecuencia la imposición de una lógica medicalizada que opera como un discurso de verdad y de control que impide la autonomía del individuo en tres niveles: clínico (las nuevas tecnológicas de la salud y los avances de la industria farmacéutica frecuentemente generan más y más potentes enfermedades), social (creciente dependencia de la población de las prescripciones médicas de medicamentos y conductas), cultural (subordinación de la autonomía de los individuos y las sociedades en su manera de encarar el sufrimiento, el dolor y la muerte, a las técnicas profesionales del sector salud). (Di Leo 2009).

Como consecuencia de esta posición, durante los años 90, se replantea el sentido de la salud y en particular de la salud escolar y se hace énfasis en la promoción bajo el influjo de la Carta de Ottawa. Se cuestionan los modelos institucionales basados en la transmisión de información, mostrando que existe una ruptura entre los discursos instituidos de salud y de educación por un lado, y las experiencias múltiples de socialización y de construcción de subjetividad de los niños, adolescentes y jóvenes.

La promoción de la salud escolar según autores como Tedesco (1986), Mogensen (1997) y Jensen (1997), entre otros debe asumirse desde una dimensión política porque la mayor dificultad que plantean los discursos institucionales es la naturalización del proceso salud enfermedad y la comprensión de los individuos como seres constituidos de acuerdo con valores racionales y morales funcionales a los modelos de producción social vigentes. La promoción de la salud en la escuela debe repolitizar el discurso de la salud en sus diferentes dimensiones: la sexualidad, las violencias, el consumo de sustancias que generan dependencia, el derecho a la alimentación, por ejemplo.

La base sobre la cual se puede reconstruir socialmente el discurso de la promoción de la salud es el discurso de derechos porque plantea desde la idea de integralidad el derecho a la construcción de subjetividades libres. La promoción de la salud es una dimensión más en la cual se concreta la libertad en el espacio de lo público a través del reconocimiento de la diversidad en el diálogo intersubjetivo. Es así como frente al individualismo, la indiferencia y la falta de horizonte de las sociedades actuales se propone a la Escuela como un espacio contracultural en que se promueven la solidaridad, el reconocimiento de lo diverso, los sujetos activos y la concreción de un pensamiento utópico como visión de futuro. (Tedesco 1986).

La promoción de la salud no necesariamente tiene que estar referido a temas propios de este sector, es posible promover la salud desde el trabajo académico mismo, orientando el proceso formativo en dirección a desarrollar habilidades y compromisos de los estudiantes para enfrentar problemas, relacionándolos con su modo de vida personal y con su contexto social y político (Mogesen 1997)

La Escuela Promotora de Salud, es un modelo de salud escolar que tiene diferencias profundas con el de Escuelas Saludables, sin embargo desde la segunda parte de la década de los 90 los documentos de la OMS sobre el tema no marcan con suficiente claridad sus diferencias epistemológicas, lo que plantea dificultades en los procesos de planeación y de implementación de política pública de salud escolar (OMS 2004). El modelo de Escuela Promotora de Salud requiere de un marco teórico conceptual potente que exprese su postura sobre la manera como entiende la salud y las prácticas que pretende instaurar de acuerdo con la comprensión que tiene de la escuela y de los sujetos con los que interactúa. Un marco teórico conceptual y operativo que potencie su vocación promocional de la calidad de vida y la salud porque, como señala Davó, aunque desarrolladas bajo el paradigma de la Promoción de la salud, tanto la Escuela Saludable como en ocasiones la Promoción de salud

en la escuela, mantienen algunos rasgos que responden a una orientación tradicional de enfocar la salud en el contexto escolar (2009). Estos rasgos característicos son: las actividades tienen lugar dentro de la escuela y van dirigidas de manera exclusiva a la comunidad educativa y, además se mantienen dentro de la perspectiva preventiva porque las intervenciones están diseñadas para responder a problemas de salud, a cambios en la conducta y a los estilos de vida individuales.

Particularmente útil para marcar estas diferencias son los análisis comparativos de las experiencias de promoción de la salud bajo el modelo de Escuelas Promotoras de BB Jensen (1997) que llega a proponer dos paradigmas en la implementación de los programas de salud escolar: el moralista y el democrático.

El paradigma moralista está basado en el modelo de salud biomédico que concibe la salud como un problema individual sin tener en cuenta las condiciones políticas y sociales en se enmarca, contribuyendo así a mantener las relaciones de inequidad y la necesidad de reivindicar los derechos a través de ejercicios legítimos de empoderamiento individual y colectivo.

Desde el punto de vista pedagógico el modelo moralista se inscribe en la clásica concepción de la escuela como lugar de reproducción de saberes y de control de los sujetos. Sus contenidos se basan en la transmisión de normas y de valores instituidos, que luego son evaluados por medio de los dispositivos institucionales propios de la escuela y cuyo resultado esperado es lograr cambios en la conducta que permitan normativizar a los niños, las niñas y los jóvenes, de acuerdo con lo que se considera que es el bienestar y la buena conducta.

Los resultados se miden por datos objetivos obtenidos mediante el análisis de factores de riesgo, grupos de riesgo, conductas de riesgo que obedecen a una comprensión de la subjetividad totalitaria (racional, auto centrada, moral) que supone que los patrones de conducta de los individuos, así como las elecciones que hace son elegidas individualmente. (Di Leo 2009).

Al paradigma moralista se opone el democrático que en las experiencias analizadas por Jensen no es un modelo constante, que se manifiesta de manera intermitente en contextos dominados por el paradigma moralista. Las prácticas democráticas de promoción de la salud escolar se basan en una comprensión holística, multidisciplinaria y abierta del concepto de

salud que es entendida como la relación dialéctica entre las condiciones socio estructurales y las experiencias personales de individuos que inciden activamente en su continua transformación. Las manifestaciones del proceso salud enfermedad o de los problemas de interés para la salud colectiva no son exclusivamente naturales, es posible la reflexión acerca de los procesos que determinan su aparición. (Di Leo 2009)

Desde el punto de vista pedagógico se sitúa en el campo de las pedagogías críticas y de la educación popular que sustituye la educación basada en la transmisión de saberes por espacios dialógicos de producción colectiva de saberes en las que la relación maestro alumno es dialéctica, es de negociación permanente de sentidos: se desnaturalizan las normas, los saberes y los rituales instituidos. Se produce así el encuentro de las pedagogías críticas que desescolarizan el saber y los ponen a circular en todos los espacios de la vida comunitaria dentro y fuera de la escuela, con la promoción de la salud que desmedicaliza la salud y la pone al servicio de la construcción de una subjetividad individual y colectiva transformadora de las condiciones destructoras de la salud y el bienestar. (Di Leo 2009).

Bajo esta perspectiva las características del modelo de escuelas promotoras de salud son:

1. Democracia: La escuela promotora de salud se basa en los principios democráticos conducentes a la promoción del aprendizaje personal, de desarrollo social y de salud.

2. Equidad: El principio de equidad debe estar enraizado en la experiencia educativa, evitando opresiones y miedos dentro de la escuela. Debe proporcionar igualdad de acceso para todas las oportunidades educativas y tener como objetivo fomentar el desarrollo emocional y social de cada individuo, para que pueda desarrollar su máximo potencial libre de discriminación.

3. Empoderamiento y competencia para actuar: La escuela promotora de salud suministra habilidades a los jóvenes para actuar y generar cambios. Estas habilidades junto al trabajo que realizan con sus profesores u otras personas, aumenta en ellos la sensación de realización personal. El dar poder a la gente joven, a sus propias ideas y puntos de vista les facilita influenciar sus vidas y condiciones de vida. Todo esto puede llevarse a cabo mediante políticas y métodos educativos que ofrezcan oportunidades para la participación en la toma crítica de decisiones.

4. Ambiente escolar: La escuela promotora de salud pone especial énfasis en el ambiente escolar, tanto en el físico como en el social.

Lo considera un factor crucial para la promoción y la sostenibilidad de la salud. El ambiente se ha convertido en un recurso valioso para la promoción de la salud efectiva, a través del apoyo a políticas que promueven el bienestar. Esto incluye tanto la formulación de medidas de seguridad y medidas preventivas para la salud como la introducción de estructuras administrativas adecuadas.

5. Currículum: El currículum de las escuelas promotoras de salud proporciona a los y las jóvenes oportunidades de adquirir conocimientos en profundidad y de desarrollar las habilidades esenciales para la vida. Para ello, el currículum ha de conectar con las necesidades presentes y futuras de los jóvenes. Debe estimular su creatividad, animarles a aprender y suministrarles las habilidades necesarias de aprendizaje. El currículum de la escuela promotora de salud ha de ser una aspiración de los profesores y otras personas que trabajan en la escuela porque supone un estímulo también para ellos mismos y para su desarrollo profesional.

6. La formación del profesorado: La formación del profesorado es una inversión tanto en salud como en educación. La legislación, debe guiar la estructura de la formación del profesorado, tanto en su formación inicial como en su práctica profesional, utilizando el marco conceptual de la escuela promotora de la salud.

7. Valoración de los éxitos: La escuela promotora de salud valora la eficacia de sus acciones sobre la escuela y la comunidad. Esta valoración es considerada como el proceso que da soporte a la aplicación de los principios de la escuela promotora de salud.

8. Colaboración: En las estrategias de planificación para la promoción de salud en la escuela es un prerequisite esencial que se asuman responsabilidades y se concreten colaboraciones interministeriales, particularmente entre los ministros de salud y educación. Dicha colaboración, establecida a nivel nacional, se refleja después a nivel regional y local.

9. Comunidad: Los padres y la comunidad escolar juegan un importante papel en el liderazgo, apoyo y refuerzo de los conceptos de la escuela promotora de salud. La colaboración entre la escuela, los padres, las organizaciones no gubernamentales y los representantes locales de la comunidad, representa una fuerza poderosa para generar cambios positivos en la escuela. Además, los jóvenes junto con ellos pueden llegar a

desarrollar actuaciones ciudadanas en su comunidad. La unión entre la escuela y su comunidad, tendrá un impacto positivo en la creación de un ambiente físico y social conducente a mejorar la salud.

10. Sostenibilidad: Todos los niveles de gobierno deben proporcionar recursos para promover la salud en las escuelas. Esta inversión contribuirá a largo plazo, a sostener su desarrollo en todas las comunidades. Como respuesta, las comunidades también incrementarán recursos para sus escuelas. Stewart-Brown S (2006)

Con base en estos criterios se intenta instaurar la lógica del paradigma democrático a partir de modelos de salud escolar que, a pesar de lo que muestran los análisis en el sentido de no lograr institucionalizarse, plantean alternativas de promoción de la salud desde un perspectiva política de construcción de nuevas subjetividades y de afirmación de las diferencias étnicas y culturales.

El modelo de escuela promotora permite de manera sistemática diseñar políticas orientadas a la consecución de un doble objetivo: fortalecer la promoción de la salud a partir del reconocimiento de las necesidades y de las subjetividades de quienes habitan el ámbito escolar y, fortalecer la relación de la escuela con la comunidad, para que exista un mayor reconocimiento de los contextos sociales y políticos y por tanto una mejor comprensión de la salud como producto de determinantes que es necesario identificar y transformar para mejorar la calidad de vida de las personas y de las colectividades.

Un concepto central es, entonces, el de empoderamiento de la comunidad que se construye a partir de la toma de decisiones de abajo a arriba, en donde la comunidad educativa participa en la definición de los planes de respuesta a través de los cuales se responde a las necesidades identificadas, así como en las fases de balance y ajuste de los planes de acuerdo con los resultados que espere del proceso. En lo pedagógico, los modelos de empoderamiento se centran en el individuo, fundados en las pedagogías críticas y en las propuestas que manifiestan interés por las características emocionales y afectivas de los y las escolares así como en el desarrollo de habilidades para el ejercicio de la autonomía en contextos de presión colectiva. (Hagquist y Starrin, 1997, citado por Davó 2009)

La estructura conceptual que permite armonizar los temas de interés para el sector salud y las estrategias que permitan contextualizar estos con el plano de lo social y lo político

consta de cuatro pilares: 1. Los principios definidos por la carta de Ottawa para la promoción de la salud; 2. Las recomendaciones de la OMS para introducir la promoción de la salud escolar y definir los programas de la escuelas promotora; 3. Definición de los componentes que permiten el desarrollo de Capacidades para la Acción, y 4. Los criterios sobre los cuales se emprende la transformación de las relaciones escuela y sociedad.

1. Principios derivados de la carta de Ottawa.

Construcción de políticas escolares saludables: se implica a toda la comunidad en la elaboración de políticas, planes, programas, proyectos y estratégicas de salud, no se hace planeación pensando sólo en la enfermedad sino en la población sana.

Promoción de ambientes saludables: afecta positivamente los determinantes sociales del proceso salud enfermedad en un plano en que la acción individual no incide.

Fortalecimiento de la acción comunitaria: acercamiento de los servicios de salud a las comunidades y fortalecimiento de la acción comunitaria a partir de métodos diversos (Comunicación, información, educación, gestión transectorial, entre otras)

Desarrollo de habilidades personales: creación de estrategias para que la comunidad promueva la salud a partir de iniciativas propias, como los grupos gestores de salud, los proyectos para la transformación de imaginarios y prácticas, entre otros.

Reorientación de los servicios de salud: los servicios de salud deben estar cerca de las comunidades y las causas de los problemas de salud deben ser resueltos mediante acciones de promoción, prevención y asistencia básica, antes de llegar a requerir atención hospitalaria de alta complejidad. (OPS1996)

2. Recomendaciones de la OMS para introducir la promoción y los programas de las escuelas promotoras de salud.

El ambiente escolar: Facilitar un entorno de aprendizaje y trabajo seguro para los estudiantes y el profesorado; **El currículum escolar:** Facilitar la entrada de la Promoción de la Salud y de las intervenciones de salud; **Las relaciones de la escuela con los padres y comunidad:** Promover en la población infantil y juvenil habilidades básicas para la vida y un aprendizaje crítico en salud.

3. Componente de competencias para la acción.

a) Lectura de necesidades o reconocimiento de la situación de salud en la escuela para la elaboración de planes de respuesta orientados a transformar las causas de las problemáticas identificadas; b) Crear colectivamente imágenes sobre el futuro, sobre el tipo de vida que se quiere, sobre el tipo de sociedad con que se sueña; c) Promover una actitud de compromiso de los estudiantes que les permita sentirse partícipes de los procesos de transformación hacia el tipo de realidad deseado; d) Desarrollar experiencias concretas de acción durante el periodo escolar y hacer balance participativo de los resultados.

4. Transformación de la relación sociedad escuela:

De acuerdo con los análisis de Jensen existen al menos cuatro formas de aproximación de la escuela con la comunidad: a) la relación no es directa, esta mediada por los medios de comunicación; b) relación permite un pequeño acercamiento a la realidad social mediante la invitación de padres o de figuras representativas de la vida social a la escuela; c) la aproximación se da cuando los estudiantes realizan trabajos con la comunidad en desarrollo de temáticas trabajadas previamente en clase; d) finalmente Jensen propone como relación ideal la que permite que el ámbito de lo social, de lo comunitario sea parte del aula, sea parte del trabajo pedagógico permitiendo un conocimiento directo de la realidad social, y la mutua influencia de la escuela en la comunidad y de esta sobre la escuela. (Davó 2009)

En conclusión la Escuela Promotora de Salud es la expresión en términos de salud escolar del enfoque de determinación social por las siguientes razones:

- Ontológicamente comprende el campo disciplinar de la salud de manera compleja e interdisciplinar, yendo más allá del hospital y de la medicalización de la vida.
- Epistemológicamente se aparta de la concepción moderna del sujeto racional de conocimiento pasando a una posición de reconocimiento de los saberes diversos propios de sujetos constituidos desde prácticas y experiencias particulares.
- Desde el punto de vista de las prácticas ubica a la escuela en un lugar distinto al de receptora de los programas de salud, reconociéndola como un ámbito con capacidad de incidencia en los procesos sociales y comunitarios de transformación de los determinantes productores de enfermedad.

3. CAPÍTULO IV

3.1 Metodología

3.1.1 Conformación de la estructura metodológica a partir del sistema conceptual

Para los propósitos de la investigación se construyó una matriz de análisis documental de contenido que concentró sus esfuerzos en la observación de los tránsitos, interpretaciones y modificaciones en la implementación del programa de promoción de la salud, y más específicamente hablando, de cómo esta promoción configura los dominios de escuela y/o sujeto, configurados en la misma práctica de la promoción de la salud.

Esta observación se centro en tres respuestas integradoras: salud sexual y reproductiva, Salud mental y ambiente. Las dos primeras, responden a la totalidad de respuestas pensadas para el primer objetivo del programa de promoción de la salud, referido a la transformación de prácticas e imaginarios sociales y culturales y la tercera corresponde, a una de las 7 implementaciones de las prácticas saludables. Se prioriza estos tipos de respuestas, ya que tuvieron mayor facilidad de implementación en tanto que estaban posicionadas por norma, dentro de las instituciones, desde los lineamientos gubernamentales de educación. Esto permitió que se pueda dar cuenta de cómo se configuran las subjetividades, desde los dominios más generales, como es la formulación de una política pública, en relación al trabajo de estas tres respuestas integradoras en conjunción con los espacios y tiempos dispuestos para ellas dentro de las instituciones educativas, hasta ver como estas son acogidas en los dominios más particulares y singulares del aspecto local de cada joven y niño, niña. Todo lo anterior, permite una dinámica más fluida y abarcadora de análisis, para caracterizar el objetivo y referirse a los tránsitos, interpretaciones y modificaciones en la implementación del programa de promoción de la salud.

Justificados así los focos de análisis de esta investigación, en el cumplimiento del objetivo general, es posible pasar a explicar cómo se modelizó lo que en el objetivo se nombra como tránsitos, interpretaciones y modificaciones en la implementación del programa de promoción de la salud. Así pues, se entiende que el objetivo central del análisis fue caracterizar el movimiento social que definen las coherencias y contradicciones dentro de las

prácticas del programa de promoción de la salud que construye o deconstruye las subjetividades, este modelo analítico es presentado en el sistema conceptual en los resultados.

De los tres dominios nombrados por Breilh, que ayudaron a caracterizar esta dinámica, el plano ontológico es donde se concentró la mirada, ya que es definido por este autor donde se hace explícita una relación de determinación social entre los procesos políticos, macroeconómicos y sociales dominantes, y las formas de enfermar y de morir de la gente; y de cómo esta misma dinámica reivindica un movimiento en sentido inverso que permite a los sujetos desarrollar discursos y prácticas alternativos que contradicen el dominio de lo general, y amenazan con romper su hegemonía, a través de los movimientos generativos y reproductivos.

Estos movimientos son observados en los contenidos del discurso a partir de su caracterización como ofertas y declaraciones. Donde ofertas son una vía de apertura directa a las promesas y permiten la consolidación de compromisos en la acción para la creación de posibilidades. Las declaraciones están fundamentadas sobre el poder, ya que es a través de la capacidad que tengamos para hacerlas cumplir, que las declaraciones cobran importancia en la transformación y creación de nuevas realidades. Este énfasis en el lenguaje como fenómeno social, permite ver la dinámica de construcción social y va acorde a uno de los supuestos centrales dentro del determinismo social, cuya premisa fundamental reconoce al lenguaje como creador de realidades en salud.

Por otro lado, se toman los otros planos de análisis de la construcción del saber a los que hace referencia Breilh, para continuar con el análisis del discurso: El plano epistemológico hace referencia a la coexistencia de disciplinas, saberes y prácticas en los distintos sistemas donde operan lo epidisciplinar/epicultural, lo multidisciplinar/multicultural, lo interdisciplinar/intercultural, lo transdisciplinas/transcultural y lo pluridisciplinar/pluricultural, características que a continuación se definen:

- Pluri- disciplinaridad: coparticipación en un escenario académico de quehaceres de diversas disciplinas.
- Interdisciplinaridad: relación simétrica, activa de colaboración sistemática entre disciplinas alrededor de una construcción /deconstrucción / contracostrucción de objetos de estudio.

- **Multidisciplinaridad:** integración de disciplinas a través del análisis interdisciplinario en un proceso científico solidario para la construcción de un proyectos común.
- **Epidisciplinario:** Coparticipación en un espacio donde una disciplina tiene mayor estatuto explicativo o epistemológico.
- **Meta disciplinario:** un nuevo campo explicativo surgido de la colaboración multidisciplinaria de disciplinas.
- **Transdisciplinario:** Elemento común a varias disciplinas. (Breilh 2004 p. 293)
- **Pluriculturalismo:** Es una posibilidad histórica que resultaría de la superación del reconocimiento de la diversidad cultural a la coexistencia de diferentes culturas en un escenario social común.
- **Interculturalidad:** Relación estratégica o dialógica entre culturas que supone el reconocimiento de características sociales y metas estratégicas socialmente compaginadas.
- **Multiculturalismo:** forma de Pluriculturalismo que involucra un programa, políticas y movimiento nacido del reconocimiento de la diversidad y derechos culturales, es la integración de varias culturas a través del análisis intercultural y en medio de una visión cultural solidaria para la construcción de un proyecto común.
- **Epiculturalidad:** La cultura, visión y proyecto de un grupo poderoso alcanza preeminencia sobre los de los grupos subordinados, tendiendo a la inclusión o fusión de las otras culturas en el marco de la cultura hegemónica.
- **Transcultural:** proceso o característica común a varias culturas. (Breilh 2004 p. 294)

En última instancia, pero no menos importante, esta el plano práctico cuyos componentes apenas nombrados por Breilh (2004), se definen de manera metodológica, de la siguiente forma:

Rescate de la memoria colectiva: Narrativa del reconocimiento de los acontecimientos vividos que otorgan la posibilidad de nuevas maneras de ver los acontecimientos.

Sujeto histórico: Sujeto que tiene consciencia de las formas de reproducción social que lo definen.

Relatos de futuro: Proyecto de futuro que propende por el bienestar colectivo.

Prácticas colaborativas: Formas de acción colectiva que concretan los proyectos conjuntos.

Así pues los movimientos generativos y reproductivos que caracterizan los dominios particulares, singulares y generales y la interacción recíproca entre ellos, son descritos en el plano ontológico para ver al detalle sus implicaciones en términos de saber y práctica en el plano epistemológico y práxico.

Todo lo anterior, permite ver como durante las tres respuestas integradoras, (salud mental, salud sexual y reproductiva y ambiente), se dan los tránsitos, transformaciones y modificaciones en las interacciones de poder que identificó la praxis del programa de la promoción de la salud y que caracterizó la emergencia de las subjetividades adscritas solo a los límites de su individualidad, o sí por el contrario, se promovió un sujeto político como escuela. Así las categorías designadas transversales a la caracterización de los planos ontológicos, epistemológicos y práxico son:

Promoción: Praxis social más general que se caracterizó a partir, de elementos observables en el texto, referentes a las características de la interacción social. Estos fueron: el involucramiento en la práctica de unas u otras personas concretas y específicas (actores); la plasmación a través de formas de hacer de un contenido propio (prácticas); el desenvolvimiento en ciertos lugares concretos y específicos (espacios), el desenvolvimiento en ciertos momentos concretos y específicos (periodos), el desenvolvimiento con vistas a ciertos fines concretos y específicos (objetivos), el desenvolvimiento a partir de ciertas circunstancias o consideraciones concretas y específicas (problematizaciones), y el desenvolvimiento a través de ciertos modos o maneras concretos y específicos (estrategias).

Sujeto: Construcción social de sujeto que caracteriza las respuestas salud sexual y reproductiva, salud mental y ambiente en términos de dominios particulares y singulares para la comprensión de las situaciones estructurales que lo definen a él y su estado de salud, en términos de su conceptualización y praxis.

Escuela: En la localidad el equipo de salud aplicó un instrumento que tenía la intención de identificar las condiciones, la disposición y las prácticas propias de la institución educativa, tendientes a favorecer la promoción, la prevención y la relación intersectorial con salud, en ejercicio de sus funciones de educación y formación.

La praxis social fue definida en términos patrones de interacción y la caracterización del contenido del lenguaje en términos de oferta y declaración, en tanto que son una forma útil para entender y caracterizar las prácticas sociales de una comunidad:

- por un lado el concepto de patrón interaccional permite volver sobre las formas de comportamiento colectivo, que han sido construidas a lo largo del tiempo y que están fundamentadas, en esas normas, formas de poder y discurso que regulan y consolidan, en el ejercicio de la cotidianidad, las prácticas (Sotolongo y Delgado, 2006). Esto permite rastrear de manera concreta las dinámicas de conformación de las prácticas que definen su objeto/actor de intervención.
- Y por otro, la caracterización del contenido del lenguaje, observado en los textos, permite caracterizar la dinámica generativa y reproductiva localizando esas aperturas que permiten comprender como se dan los distintos tipos de acciones dentro del programa, desentrañando nuevas formas de co-construcción de la realidad de la promoción de la salud en la escuela, a través de cada nueva red de interacción gestada en el intercambio de los sistemas e instituciones sociales implicadas.

En el plano del análisis práctico se toman dos fuentes de información: los lineamientos y guías de la Secretaria Distrital de Salud para orientar las acciones de los equipos del programa Salud al Colegio y el análisis de la situación de salud de la ESE Fontibón que consigna los resultados de la operación de este programa en el año 2011, el procesamiento de esta información para cada uno de los documentos es presentado en el capítulo de ANEXOS y las matrices de análisis resultantes son presentadas en los resultados .

4.2. Diseño

El método de investigación que se considero pertinente para abordar el problema planteado es el análisis de caso porque el interés no es evaluar los resultados del Programa Salud al Colegio- en el Distrito, sino describir, comprender, establecer los tránsitos del paradigma de salud, de la concepción de escuela que tiene el sector salud y de la promoción de la salud ligada al desarrollo de subjetividades críticas y reflexivas, para tal efecto la investigación se aproxima a la perspectiva ideográfica, de los estudios de caso, porque permiten aproximar al fenómeno de la promoción de la salud con enfoque de derechos y sus posibilidades de facilitar la emergencia de sujetos con una comprensión amplia, reflexiva,

política de sus problemas y necesidades en términos de calidad de vida y de salud, circunscribiéndose al caso particular de la localidad de Fontibón.

La perspectiva ideográfica permite dar cuenta de acontecimientos, entendidos como hechos históricos, sociales y culturales localizados que afectan la imagen o imágenes colectivas y demarcan transformaciones permitiendo la descripción de trayectos y relaciones que los producen, en una lógica dinámica

La intención del análisis es hacer que este fenómeno se exprese como objeto de interrogación en la localidad de Fontibón y permita su abordaje desde categorías que los sinteticen y develen sus significados y, para tal fin, se constituyeron un conjunto de conceptos guía, explicados en la anterior sección.

En consecuencia, se propone un modelo de estudio de caso simple cuya unidad de análisis es el contenido lingüístico o de significado en tres documentos institucionales. Los documentos a trabajar son de dos tipos, en primer lugar, los que expresan los contenidos del discurso institucional de la Secretaría Distrital de Salud, esto es lineamientos y guías técnicas. En segundo lugar, el Análisis de la Situación de Salud Escolar de la localidad de Fontibón, en que se presentan los resultados de las acciones desarrolladas en las 28 sedes de Colegios Distritales, por el equipo local del Programa Salud al Colegio, pertenecientes al Hospital de Fontibón en el año 2011.

3.2. Justificación y Selección de caso

Se escoge el caso de Fontibón debido a que el equipo del Hospital de esta localidad tuvo poca rotación de profesionales, logró desarrollar las estrategias propias del programa de manera sostenida todo el año y realizó uno de los mejores ejercicios de Análisis de Situación de Salud Escolar (ASIS) de todo el Distrito. Este documento se presenta al final de cada año y es un informe analítico de la operación de los equipos, que describe las actividades realizadas durante en cada fase de operación:

- a) Fase de Identificación integral de necesidades: en esta fase se recogen i) la entrada al derecho a través de las necesidades que requieren ser satisfechas, y ii) el reconocimiento de los saberes de las comunidades educativas, como base para la identificación de estas necesidades, así como la elaboración de narrativas que acercan a la realidad de los territorios sociales desde la mirada de quienes lo habitan. En desarrollo de esta fase los equipos de salud del Hospital de Fontibón realizan el

acercamiento a las comunidades ubicadas en el ámbito escolar, realizan acciones de caracterización y de identificación participativa de los principales problemas y necesidades de las instituciones educativas y posteriormente hacen el análisis del contexto social e institucional con el fin de ubicar los puntos estratégicos a los cuales se deben dirigir las acciones de gestión interinstitucional y sectorial, bajo la premisa de que no se atacan las manifestaciones del problema sino sus causas, cuando es posible identificarlas.

- b) Fase de Construcción de respuestas sociales a las necesidades identificadas: como resultado de una lectura de necesidades que toma como punto de referencia el sentir de las comunidades y que intenta hacer un diagnostico midiendo la necesidad real y no solo la oferta institucional disponible. De acuerdo con las necesidades identificadas y atendiendo a las condiciones diferenciales se planean de manera participativa planes de respuesta que buscan la promoción de la salud como objetivo fundamental, también se desarrollan procesos de prevención de la enfermedad y de facilitación del acceso a los servicios de salud y de bienestar social a las niñas, los niños y los jóvenes.
- c) Fase de Gestión pública basada en la intersectorialidad: en este componente se ponen en práctica los principios de interdisciplinaridad e intersectorialidad porque se parte del reconocimiento de que la mayor parte de los problemas identificados no pueden ser resueltos de manera exclusiva por el sector salud, sino que es necesario el trabajo intersectorial y la participación de varias disciplinas.
- d) Fase de Seguimiento y monitoreo: el equipo del Hospital de Fontibón diseño e implemento estrategias participativas de monitoreo a los procesos y, resultados logrados con el desarrollo de las acciones.

Instrumento

El instrumento utilizado fue el análisis documental de contenido, ya que permite observar los cambios producidos en la trama social, al tener "...en cuenta los canales y las limitaciones de los flujos de información los procesos de comunicación y sus funciones y efectos en la sociedad..." (Pinto y Galvez, 1999).

En la siguiente tabla se expone el plan de acción donde se enmarcan las estrategias que conforman el proceso de comprensión, interpretación y producción, procesos realizados en los documentos analizados.

Tipo de Análisis	Acciones
1) Representación proposicional	Representación proposicional de las ideas más importantes agrupadas por títulos, subtítulos y párrafos. (Véase apéndice A y B)
2) Conceptualización	Confección del mapa cognitivo a partir de la matriz categorial con el cual se leyó el documento. (Véase apéndice C)
3) Valoración	Determinación de la información principal (Veáse apéndice D y E)
4) Reducción del contenido	Macroestrategias Omisión – Selección, Macroestrategías Generalización- Integración (Véase apéndice A y B)

Se estructuro de esta forma el análisis debido a que permitió: a) incrementar la probabilidad de encontrar la información apropiada y suficiente, b) disminuir el esfuerzo implicado en la asimilación de información y c) controlar y reducir el grado de riesgo para desarrollar y facilitar proceso analíticos.

3.3 Justificación y Selección de documentos:

Para la realización de la investigación se analizaron dos tipos de documentos:

- a) Los lineamientos técnicos y las guías operativas de la Secretaría Distrital de Salud diseñadas para orientar las acciones de los equipos locales del Programa Salud al Colegio, se consideraron importantes como fuente porque es a través de ellos que las decisiones de política pública tomados por la administración distrital, llegan al operador local. Los lineamientos y guías del Programa Salud al Colegio tienen particular interés ya que son al mismo tiempo la expresión del discurso institucional y la línea técnica para el desarrollo de acciones de salud escolar, alternativas a los discursos y las prácticas hegemónicas. Los documentos seleccionados fueron:

Lineamiento General del Ámbito Escolar, Guía de políticas escolares saludables, Guía de mejoramiento del ambiente social, Guía de mejoramiento del ambiente físico y Guía de facilitación del acceso a servicios de salud y redes de bienestar. (2011)

- b) El Análisis de Situación de Salud Escolar de la localidad de Fontibón 2011, se escogió por ser el informe analítico de la operación de los equipos durante las fases de desarrollo del programa y ofrecer el siguiente mapa:

Definición del Ámbito Escolar, Objetivos del Ámbito Escolar

Caracterización de la localidad: Pirámide Poblacional (organizar por grupos de edad quincenales) / Características socio - demográficas de la localidad / Características geográficas / Zonas de Riesgo y de Protección (otras características de tipo ambiental)

Numero de Colegios Públicos / Población discriminada por genero.

Problematización: General de la localidad / Particular de la población escolarizada /Singular: Problematización en relación con los indicadores epidemiológicos trazadores de la localidad.

Análisis de las respuestas /Relación de las acciones del programa con la problematización planteada en los dominios: general, particular y singular /Respuestas de gestión /Respuestas por PDA y TVS promocionales /Respuestas por PDA y TVS restitutivas

3.4. Fases del proceso de investigación

Fase de Planeación: se decide hacer un estudio de caso con base en las categorías de la epidemiología crítica con el propósito de comprender a través del análisis documental la lógica discursiva de quienes planean y administran, en contraste con la lógica discursiva y práctica de quienes implementan las acciones en el marco del Programa Salud al Colegio. La intención es obtener un mapa de estas lógicas cruzadas para poder describir en los discursos y en las prácticas los elementos generadores, transformadores, así como los que institucionalizan y reproducen. Se optó por hacer la investigación con las fuentes de un solo hospital puesto que se busca una aproximación comprensiva a un acontecimiento social y no establecer regularidades empíricas entre múltiples casos mediante criterios epistemológicos explicativos.

Fase de desarrollo metodológico: en esta fase se trabajó en distintos planos, a) definición de una metodología acorde con la intención comprensiva de la investigación, b) elaboración de un estado del arte que relacionara los conceptos de salud, promoción, escuela y sujeto en diferentes momentos históricos, situados en 3 paradigmas epistemológicos, c) profundizar en las categorías de análisis propias de la epidemiología crítica: Ontología, epistemología y praxis de la salud / Dominios general, particular y singular / movimiento reproductivo y generativo, d) relacionar estas categorías con las estrategias de promoción de Salud al Colegio vistas desde dos ángulos: el diseño y la operación. Como resultado de estos cruces se diseñaron las matrices anexas, que se usaron como rejillas de análisis para el cruce de variables cualitativas.

Fase de resultados: el cruce de variables produjo flujos o series discursivas que dejan ver los movimientos bien de reproducción, bien de génesis de los sujetos con quienes salud al colegio desarrollo acciones promocionales en salud sexual, salud mental y ambiente, por ejemplo, pero además estos flujos permiten ver como se manifiestan la diversidad cultural o su ausencia, la multidisciplinaridad si la hay y las prácticas de estos mismos sujetos.

4. CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

4.1.1 Sistema Conceptual

En este capítulo se especifican los conceptos que ofrece el enfoque de determinación social de la salud para el abordaje del fenómeno que nos ocupa a saber, la manera como la promoción de la salud desde la perspectiva de derechos permite la politización de las subjetividades de los miembros de las comunidades educativas dentro del ámbito escolar.

Los dos referentes conceptuales que se presentan a continuación son: a) El concepto de subjetividad, política y derechos, (aproximación desde la perspectiva del filósofo francés Michel Foucault y del investigador ecuatoriano Jaime Breilh); b) Los conceptos centrales desde los que la epidemiología crítica aborda el concepto de salud.

3.1 Subjetividad y derecho.

Cuando se plantea la intención de aproximarse a una experiencia de promoción de la salud desde la perspectiva de derechos con el fin de identificar la manera en que permite la politización de las subjetividades de los miembros de las comunidades educativas dentro del

ámbito escolar, la pregunta que se plantea de entrada es: ¿Cuál es la relación entre la promoción de la salud, los derechos y la politización de subjetividades?

En primer lugar es necesario definir lo que entendemos por subjetividad. De acuerdo con el diccionario de José Ferrater Mora los conceptos de sujeto y subjetividad se definen así:

Subjetivo. En relación con el vocablo "sujeto" (v) pueden usarse en filosofía adjetivos como "subjetivo" y nombres como "subjetividad". (...) Recordaremos aquí dos significaciones básicas. Por un lado subjetivo ha sido usado especialmente en la literatura escolástica, para designar el ser del sujeto en una proposición. El ser de S en la proposición "S es P". Cuando S se ha referido a una substancia, subjetivo ha significado lo mismo que substancia. El ser subjetivo ha sido, pues, el ser real en contraposición con el ser simplemente representado. Por otro lado, subjetivo ha sido usado, y es todavía usado, para designar lo que se halla en el sujeto como sujeto cognoscente. En este caso, lo subjetivo es lo representado y no lo real o substancial". (Ferrater 1981 p. 393)

De acuerdo con esta definición, continua Ferrater Mora, la subjetividad puede ser entendida como la característica del ser del cual se afirma algo o la característica del ser que afirma algo, dependiendo de si se está haciendo referencia a la relación sujeto predicado, en el primer caso, o al sujeto en la relación de conocimiento con el objeto, en el segundo caso. En su uso gramatical la palabra subjetividad tiende a ser homologada con la idea de un ser existente por sí mismo, o lo que los escolásticos denominaban una sustancia; sin embargo en la historia de la filosofía el concepto de subjetividad se ha definido al menos de tres maneras (Baracaldo 2011):

La primera, como se acaba de señalar, la identifica con la esencia de los seres humanos, con su conciencia o interioridad, idea que comienza con los griegos (P.ej. el Fedón de Platón en donde se aborda el tema de la inmortalidad del alma), pero en la modernidad es introducida por René Descartes quién hace del sujeto el centro del mundo, el lugar donde se ubica la conciencia como posibilidad de conocimiento de sí y del mundo.

Una segunda línea de pensamiento define la subjetividad en relación con los contextos colectivos que influyen en los individuos y contribuyen a moldearlos de acuerdo con ciertas

características culturales o sociales propias del entorno, sin dejar de percibir la subjetividad como esencialidad (P. ej. A. Touraine, L. Wittgenstein).

Finalmente, se plantea por parte de filósofos como Michel Foucault y Gilles Deleuze, entre otros, que la subjetividad es un concepto complejo que no puede inscribirse en el campo de las esencias, del alma o del trascendentalismo místico; por el contrario se concibe la subjetividad en el campo de lo inmanente, no existe el sujeto separado de la vida entendida como hecho factico, existen subjetividades producidas y modeladas por relaciones de poder, por ejercicios del poder sobre la vida.

En esta última definición el concepto de sujeto está asociado con el de política. Dicho de otro modo no hay sujetos ahistóricos, existen subjetividades producidas históricamente al calor de relaciones de poder, de ejercicios de dominación y de sometimiento, de disputas por el control de los sentidos. Gran parte de la obra de Michel Foucault está dedicada a estudiar estas relaciones; sin embargo no lo hace desde la óptica de una teoría del poder, sino desde la perspectiva de una analítica del poder, es decir desde un lugar que permite plantearse las preguntas sobre las dinámicas del poder ejercido y no de un supuesto poder establecido e institucionalizado: ¿Dónde está localizado? ¿Cuáles son las formas en que se ejerce?, ¿Cuáles las relaciones que produce?, ¿Cómo están configurados los dominios que crea? y ¿Cuáles son las tecnologías de que dispone? (Garcés, 2005)

Como resultado de este ejercicio analítico del poder Foucault plantea que la forma en que la sociedad occidental moderna modela las subjetividades individuales y colectivas se funda en el control sobre la vida misma de los seres humanos (Garcés 2005). A esta expresión de las relaciones del poder político en los cuerpos, la denomina el Biopoder:

“El control de la sociedad sobre los individuos no sólo se lleva a cabo mediante la conciencia o la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante es la biopolítica, lo biológico, lo somático, lo corporal” (Foucault citado por Negri, Hardt 2001 pagina 70).

¿Cómo se constituyo históricamente el Biopoder? Foucault responde a este interrogante formulando las tesis que se resumen a continuación:

Existe un momento histórico de pasaje del poder de soberanía al Biopoder: El poder de soberanía que se ejerce mediante la espada, la amenaza constante de muerte y la implementación de regímenes disciplinarios sobre el cuerpo cede su hegemonía a otras

formas de poder más sutiles que, lejos de negar el poder de soberanía, lo complementan añadiendo tecnologías de control sobre el organismo y sus mecanismos a través de regímenes disciplinarios, (Anatomopolítica), así como sobre los seres vivos constituidos en población: natalidad, mortalidad, higiene, sistemas de seguridad social, entre otros, que resultan de la concentración de grandes masas de población propio del advenimiento de la sociedad capitalista en el siglo XVII (Biopoder). (Garcés 2005)

La sociedad disciplinaria da paso a modelos de sociedad normalizadas: Las sociedades disciplinarias se centran en el cuerpo maquina, se lo apropian y lo ponen al servicio de los aparatos productivos en las grandes ciudades capitalistas o los llevan a morir en la guerra. La sociedad normalizada no se interesa por los lugares ni por los procedimientos del poder disciplinario sobre los individuos, su preocupación es el control sobre el ser humano abordado como especie. Supedita la disciplina a los controles reguladores para gestionar la vida mediante sus herramientas de cálculo: la estadística, la epidemiología, las tasas de control de la natalidad y de la morbilidad, las acciones de salud pública, ente otras. (Garcés 2005)

La sociedad normalizada es totalitaria: El control de los sujetos requiere de la aprobación de los sujetos, tarea que se hace sin necesidad de usar la violencia física. Para el poder biopolítico los procesos propios de la vida pueden ser capturados mediante los discurso de saber y de poder que se naturalizan en las instituciones. El individuo normalizado y la sociedad son uno. (Garcés 2005)

A estas tres tesis que corresponden a la descripción del campo de dominio del Biopoder, siguen dos tesis que plantean la relación con el derecho, es decir, con el sistema de normas estructuradas para garantizar al ciudadano la protección de su vida y el ejercicio de sus libertades:

El poder normalizador se oculta tras los aparatos jurídicos: La ley que dicta justicia no es el resultado de un contrato social, de un acuerdo de voluntades libres, es producto de la cesión de la libertad y de la autonomía del individuo al poderoso, motivada por el miedo a morir. La ley es entonces la forma en que se presenta eufemísticamente la violencia de la norma impuesta por el más fuerte. La vida esta capturada porque no es suficiente con el sometimiento del sujeto ante el argumento de la violencia y la arbitrariedad, se le pide además que declare legítimo al poder que lo oprime. (Garcés 2005)

La exigencia del derecho a la vida no se plantea desde el orden de lo jurídico: Para los sujetos en que el cuerpo esta sujetado por los regímenes disciplinarios y la vida gestionada por la sociedad de control, la relación con el derecho se presenta de manera ambigua. El orden jurídico no es legítimo, luego la exigencia del derecho no es la reclamación de algo que es propio naturalmente, es la reivindicación de lo fundamental para un ser vivo: escapar de los aparatos de captura. Como se venía planteando desde los tiempos del joven Marx el sistema jurídico lejos de garantizar el derecho crea la ilusión siempre postergada de que este será cumplido; la verdadera potencia del derecho como herramienta política es que permite tener un horizonte y una meta, que para ser lograda debe ganarse por fuera del orden institucional. El derecho a la vida es afirmación de las diferencias, es invención de realidades que discutan el orden de lo legítimo, de lo normal, de lo aceptado por la sociedad (Foucault 1976).

Se plantea así la necesidad de una reapropiación del derecho, de una repolitización del derecho a partir de la cual el sujeto no puede esperar salir de los aparatos de control apelando a los tribunales. El individuo debe ejercer el poder de escapar, de resistir al orden hegemónico, mediante la afirmación de la diferencia y la elaboración de discursos contrahegemónicos que tengan como proyecto la construcción de alternativas de vida distintas, construida desde fuera de las instituciones.

Por su parte Breilh (2004) plantea que los derechos humanos han sufrido tres derrotas, la primera cuando se rompió el espíritu colectivo de las sociedades y se naturalizó la lógica del lucro privado; la segunda con la aparición de la gran empresa capitalista desde el siglo XVII que arrebató a la mayor parte de la población de las ciudades industrializadas el derecho a ser dueño de los medios sociales de producción y por el contrario fue puesto a su servicio; finalmente en los años 80 los derechos sufren su última derrota con la radicalización del modelo económico neoclásico o neoliberal, que desconoce los derechos adquiridos por las clases trabajadoras y precariza aún más las condiciones de trabajo. El potencial político para este autor, no está en la exigencia del cumplimiento del derecho, está en la reivindicación y el reconocimiento de las necesidades individuales y colectivas.

“La construcción de necesidades como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro (génesis) y se reproduce desde el orden social o macro (reproducción social). En el orden individual priman los procesos fenotípicos básicos es decir, las necesidades fisiológicas y psicológicas, en otras palabras son las personas y las familias en su cotidianidad las que las determinan los movimientos detallados del consumo, con sus preferencias y de acuerdo a sus obstáculos (estilos posibles y deseables de vida), pero

dichos estilos (preferencias y obstáculos) no operan en un vacío social, sino que se desarrollan en espacios sociales concretos, enmarcados en los condicionamientos económicos, culturales y políticos (modos de vida típicos) que en cada clase social y de acuerdo a las relaciones étnicas y de género que las caracterizan son factibles y probables, también en relación con las determinaciones sociales más amplias” (Breilh 2004 p. 177)

Entonces, si las necesidades no se construyen individualmente como resultado de las presiones sociales y culturales sino colectivamente e históricamente abarcando todas las dimensiones del consumo, es necesaria una clasificación de estas necesidades y reconocer que son resultado de los procesos de reproducción social y que por tanto no se resuelven individualmente sino de manera colectiva. Para Breilh son las colectividades organizadas las que definen de acuerdo con las necesidades cuáles son sus derechos y como desarrollarlos, sin depender para su cumplimiento de sus condiciones de clase, género, etnia. (Breilh 2004). Dentro de las necesidades que clasifica Breilh como producto de los procesos de reproducción social tenemos: necesidades humanas del proceso de trabajo, del consumo cotidiano, de la vida organizativa, de la subjetividad, la conciencia y la vida cultural y las que derivan de las condiciones culturales del entorno. (Breilh 2004)

En conclusión, la promoción de la salud con enfoque de derechos visto en la perspectiva que se acaba de esquematizar corresponde a un discurso que busca romper con la hegemonía de los discursos científicos en medicina centrados en el control de las enfermedades, para proponer un discurso de afirmación de la salud como derecho. Se constituye en elemento politizador de subjetividades desde el momento en que se plantea la salud y la vida como derechos, es decir como reconocimiento de necesidades históricas propias de la reproducción social que requieren de la movilización individual y colectiva para ser conquistados.

b) Para la epidemiológica crítica, de la cual se ha extraído el enfoque de determinación social de la salud, la reconceptualización del concepto de salud como fenómeno complejo y multidimensional se da en tres dominios que constituyen el sistema conceptual sobre el cual se hace el análisis de caso: dominio ontológico, dominio epistemológico y dominio de las prácticas (Breilh 2004).

4.1.2 Dimensión ontológica del proceso salud enfermedad

La salud, es vista por la epidemiología crítica como un objeto de conocimiento multidimensional y complejo como la sociedad misma en la cual se encuentra, para

demarcarlo como campo de conocimiento se requiere mantener una mirada equilibrada entre el todo y las partes, en el sentido de afirmar que existe una relación de determinación social entre los procesos políticos, macroeconómicos y sociales dominantes, y las formas de enfermar y de morir de la gente; pero a la vez reivindicar un movimiento en sentido inverso que permite a los sujetos desarrollar discursos y prácticas alternativos que contradicen el dominio de lo general, y amenazan con romper su hegemonía. Tal es la perspectiva ontológica que asume Breilh, cuando afirma:

“lo ontológico en la salud colectiva muestra ese dinamismo del todo y las partes; un movimiento en que la historia del todo depende de la historia de las partes y viceversa. La determinación de los fenómenos de salud de una colectividad son la expresión de los procesos o modos de devenir de los hechos clave de la grana sociedad, como aquellos que corresponden a los modos de vida específicos de los grupos (Clases, etnias, géneros) y también los que forman parte del movimiento de las personas y sus familias con sus estilos de vida. En este proceso de determinación (...) la determinación se mueve en dos direcciones: de génesis (que va de lo particular a lo general); y de reproducción (que va de lo general a lo particular)”.

La salud tiene dimensiones espaciales que buscan ser captadas junto con sus respectivos movimientos y así tener una imagen aproximada de dinámica de la realidad. Las dimensiones o dominios que propone Breilh son:

Dominio de lo general:

En el dominio general se ubicarían la estructura económica, la productividad, la distribución del ingreso, las políticas estatales, las políticas salariales y otras políticas que afectarán las condiciones de vida de la población, y, por tanto su salud. (Molina, De Negri 2007)

Dominio particular:

Se encuentran los procesos de determinación que influyen en los patrones de vida de grupos socio-económicos concretos que se relacionan con el ambiente y las condiciones singulares. Se ubican en este dominio el consumo básico, es decir, el acceso y la disponibilidad de alimentos, la vivienda y los servicios públicos; y, el consumo ampliado, entendido como el nivel de educación formal e informal, la estructura y la dinámica familiar. (Molina, De Negri 2007)

El dominio singular o individual:

Subraya los procesos que ocurren en la cotidianidad de los individuos y, que en parte están determinados por sus características biológicas genotípicas y fenotípicas. Los procesos que se dan en el contexto singular están conectados a los dominios particular y general.

Dentro de estos dominios se generan dos tipos de movimientos: Los de reproducción que corresponden a los procesos macro o generales del proceso, en particular el de los modos de producción social y el de las relaciones de producción; y los movimientos que generan salud desde los dominios particular y singular. (Molina, De Negri 2007)

Adicionalmente estos movimientos, dependiendo del dominio en que se encuentren, se pueden clasificar jerárquicamente, desde el punto de vista de la reproducción tenemos que lo particular se subsume o subordina a lo general y, a su vez, lo singular se subsume en lo particular. Desde el punto de vista de la generación se plantea la idea de autonomía relativa que permite que desde los espacios más particulares se generen incidencias en los generales y se influya en ellos. Estos procesos son homogéneos, tienden a ser hegemónicos en los espacios generales; pero tienden a ser diversos en los dominios singular y particular (Breilh 2004).

“Vistos estos dominios/órdenes y formas de movimiento que participan en la determinación social, reconocemos que son procesos complejos (es decir multidimensionales, contradictorios, jerárquicos, tienen aspectos comunes pero a la vez son diversos, y operan unas veces como sistemas regulares y en otros como sistemas irregulares) y que no deben ser reducidos a un paquete de factores empíricos (variables) apenas asociados linealmente” (Breilh 2010 p. 89)

Estos dominios y movimientos hacen de la salud un objeto complejo que involucra múltiples disciplinas, que reconoce las miradas culturales particulares y que busca comprender el movimiento dialéctico que lleva de los movimientos de reproducción de arriba hacia abajo a los de generación de abajo a arriba, para construir una narrativa común de futuro.

4.1.3 El plano epistemológico del proceso salud enfermedad:

La salud se define entonces de manera multicultural, interdisciplinaria y transdisciplinaria, por considerarse el resultado de la relación dialéctica entre las condiciones socio - estructurales y las experiencias individuales que inciden activamente en su continua transformación. En consecuencia el sujeto que produce saber es múltiple, tiene orígenes culturales diversos y

comprende e interpreta el mundo a partir de miradas y vivencias que requieren de un proceso dialógico, de una relación intersubjetiva, que reconozca esta diversidad al tiempo que construye una lectura común y una perspectiva de futuro sin caer en el totalitarismo de la verdad absoluta.

Como consecuencia de lo anterior, Breilh señala las siguientes categorías como necesaria para la comprensión de la interdisciplinariedad:

- Pluri- disciplinaridad: coparticipación en un escenario académico de quehaceres de diversas disciplinas.
- Interdisciplinaridad: relación simétrica, activa de colaboración sistemática entre disciplinas alrededor de una construcción /deconstrucción / contracostrucción de objetos de estudio.
- Multidisciplinaridad: integración de disciplinas a través del análisis interdisciplinario en un proceso científico solidario para la construcción de un proyectos común.
- Epidisciplinario: Coparticipación en un espacio donde una disciplina tiene mayor estatuto explicativo o epistemológico.
- Meta disciplinario: un nuevo campo explicativo surgido de la colaboración multidisciplinaria de disciplinas.
- Transdisciplinario: Elemento común a varias disciplinas. (Breilh 2004 p. 293)

De igual manera las categorías que según Breilh permiten abordar la interculturalidad como condición para la existencia de relaciones auténticamente intersubjetivas, son:

- Pluriculturalismo: Es una posibilidad histórica que resultaría de la superación del reconocimiento de la diversidad cultural a la coexistencia de diferentes culturas en un escenario social común.
- Interculturalidad: Relación estratégica o dialógica entre culturas que supone el reconocimiento de características sociales y metas estratégicas socialmente compaginadas.
- Multiculturalismo: forma de Pluriculturalismo que involucra un programa, políticas y movimiento nacido del reconocimiento de la diversidad y derechos culturales, es la

integración de varias culturas a través del análisis intercultural y en medio de una visión cultural solidaria para la construcción de un proyecto común.

- **Epiculturalidad:** La cultura, visión y proyecto de un grupo poderoso alcanza preeminencia sobre los de los grupos subordinados, tendiendo a la inclusión o fusión de las otras culturas en el marco de la cultura hegemónica.
- **Transcultural:** proceso o característica común a varias culturas. (Breilh 2004 p. 294)

4.1.4 El plano de las prácticas

La epidemiología crítica propone al realismo dialéctico como el método más adecuado para acercarse a la realidad siempre cambiante de los fenómenos sociales. Mediante la dialéctica se busca entrar en el debate entre lo simple y lo complejo reconociendo la necesidad de superar la idea de lo simple como criterio fundacional del saber científico. (Breilh 2004 p. 119)

Para el proyecto alternativo de salud, Breilh propone pasar por tres dimensiones de análisis: el rescate de la memoria colectiva, la reconstrucción del sujeto histórico y el fortalecimiento de una imagen de futuro solidario y protector de la salud y de la vida; (Breilh 2004) se considera, sin embargo que las posiciones relativistas en el saber filosófico y científico conspiran contra este propósito al impedir la construcción de un horizonte común de acción interdisciplinaria y multicultural. Se hace necesario un proyecto que permita abarcar la dialéctica diversidad – unidad desde un saber praxiológico con clara intencionalidad emancipatoria.

Esta intencionalidad de abordar dialécticamente lo diverso y lo unitario lleva a Breilh a escoger y clasificar el lugar de la epidemiología crítica dentro de las tres maneras que existen de abordar la realidad,

“Como los objetos de la investigación científica son complejos, fragmentarios aquello plantea un dilema: ¿Cómo se escogen y qué criterios guían los recortes? Para los racionalistas, la explicación es que toda investigación tiene un marco teórico e hipótesis, mientras que para los empiristas surgen de observaciones y experimentos y para otros la explicación es el analogismo” (Breilh 2004 p. 281)

Y define el analogismo como un “camino de proyección de la praxis sobre la teoría en una serie de aproximaciones graduales que se configuran con el saber de cada período de la

praxis social” dentro del que se encuentran las “propuestas dialécticas, estructural constructivistas y evolucionistas” (Breilh 2004 p. 281).

Tomando como base este criterio Breilh pasa a desarrollar la matriz clásica del pensamiento dialéctico: la praxis no es posterior al conocimiento, la praxis es el espacio tiempo del saber, la praxis es el encuentro del sujeto con el mundo objetivo, pero es simultáneamente la transformación de este mundo, la realización de la potencialidad de este mundo a partir del sujeto (Breilh 2004 p.267). En esta misma dirección afirma que la mayor parte de las apuestas epistemológicas terminan siendo inconsistentes y que es necesario:

“un abordaje que no desintegre el objeto del sujeto; que no separe un mundo interior de un mundo exterior; que no divorcie la dinámica de la experiencia y concepciones individuales frente a las colectivas; que articule en la interrelación de deducción e inducción; que no confunda el dominio del microcosmos particular con el movimiento general de una sociedad, ni desplace ninguno de esos dominios por levantar una falsa preeminencia del otro. Una forma de pensar científicamente que, en definitiva, haga posible una praxis integral y emancipadora” (Breilh 2004 p.279)

Para la realización de este proyecto se propone en primer lugar resolver la tensión entre praxis científica y praxis social, (Breilh 2004 p.280) mediante la reivindicación de los saberes populares históricamente menospreciados por el saber científico institucionalizado que los clasifica como sentido común.

Sin embargo, es posible establecer claramente diferencias entre el saber popular y el sentido común: para autores como Nagel a pesar de que el sentido común permitió a los seres humanos de épocas primitivas tener conocimientos prácticos respecto de un buen número de fenómenos, no es producto de la investigación sistemática y adolece de una serie de problemas que le impiden ser confiable, dentro de estos problemas están: la imprecisión, la confusión de fenómenos diferentes, la fragmentariedad de los conocimientos que produce, la ausencia de criterios de valides claros, el utilitarismo, y su tendencia a despreciar posibilidades no tradicionales de enfrentar problemas.

A todas estas críticas Breilh responde mostrando como la mayor parte de los vicios que se achacan al saber popular son compartidos por el saber científico (Breilh 2004 p.270) y otras de las críticas pueden deberse a que los criterios desde los cuales se produce el

conocimiento son distintos de los científicos, en cuyo caso las ideas de precisión, verificabilidad o la confusión a la hora de clasificar fenómenos diversos no son relevantes.

Desde una perspectiva multicultural es concebible un nuevo tipo de subjetividad para el conocimiento que tenga la capacidad de comprender la complejidad del objeto de conocimiento desde múltiples formas de aproximación a lo “real”. Según Breilh, “Levy Strauss desarrollo la teoría de que existen dos modos distintos de pensamiento científico, uno más ligado a la percepción y a la imaginación y otro más alejado de estas a la que denomino `ciencia de lo concreto`. Esta última ligada al pensamiento mítico que permite también arribar a resultados magníficos e imprevistos, y generalizaciones del orden científico” (Breilh 2004 p.272)

Si se parte de la base de que las formas de hacer influyen en las formas de pensar y que este procesos está asociado al tipo de subjetividades que produce una sociedad (Breilh 2004 p.267), la apuesta que se hace desde el enfoque de determinación social apunta al desarrollo de procesos teórico – prácticos que permitan abordar la salud desde una perspectiva crítica, intersubjetiva, interdisciplinaria y multicultural, como base para lograr la recuperación de la memoria popular, la reconstrucción de un sujeto histórico pero plural y la construcción de narrativas de futuro .

4.1.5 Caracterización de los contenidos discursivos de la promoción de la salud en la escuela en el programa Salud al Colegio.

Los núcleos temáticos que se presentan a continuación corresponden a las categorías ya mencionadas de sujeto, escuela y promoción, que caracterizan la construcción de realidades en salud, desde el accionar del programa Salud al colegio.

El sujeto

El contenido del discurso en el texto de lineamientos del Programa Salud al Colegio, se enmarcó en declaraciones que se ubicaron en los “núcleo problematizadores”, en tanto que estos son los que graficaron todo el panorama comprensivo, a partir de identificar los fenómenos críticos en la localidad de Fontibón. Es a partir, de ellos que se estructuran objetivos y demás mecanismos para la modulación de las realidades dentro del programa. Estos “núcleos problematizadores” en el campo epistemológico parecen estar contruidos desde lógicas caracterizadas por lo epidisciplinario, lo pluridisciplinario y lo multidisciplinario, sin llegar aún a evocar ideas, dentro del discurso, que den cuenta de lo transdisciplinario o lo

metadisciplinario. Esto indica que aunque en la forma de conceptualizar los fenómenos se privilegian categorías adscritas que vehiculan el fenómeno a terrenos disciplinares únicos, (donde se corre el riesgo de hegemonías explicativas y poco complejas de los fenómenos que se abordan), también dichas problematizaciones denotan caracteres recursivos del fenómeno, donde se visibilizan factores circunscritos a diferentes niveles de complejidad, lo cual afirma y rescribe la importancia de otras epidemiologías aparte de las que centran su mirada, en el sujeto o su familia. También, desde el mismo campo epistemológico, pero desde la inclusión de los saberes culturales, las ideas que conforman el ejercicio de la problematización para la transformación de realidades, se ubican más en la pluriculturalidad que en la epiculturalidad. Sin embargo, se ve que sí bien, se reconoce el carácter multicultural del sujeto, este reconocimiento lo ubica en su singularidad dentro de un grupo poblacional vulnerable, sin explicitar otras formas de concepción de este sujeto multicultural, tales como dar reconocimiento especial a su saber, dentro de los espacios en que el programa pretende modular el cambio social. Así por ejemplo, cuando se declara como “Los proyectos pedagógicos de las Instituciones Educativas no incluyen de manera integrada la promoción de la salud de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes” (véase apéndice, A). Aquí, no se hace explícito el origen multicultural de estos niños, adolescentes y jóvenes, apoyando los esfuerzos de la construcción de la política dentro de los proyectos pedagógico con un carácter unicultural. Lo cual deja desbalanceada, la posibilidad de generar prácticas de bienestar al común de los sujetos, cuando en su diferencia cultural esta problematizada solo desde el carácter de población vulnerable.

Si bien, existen falencias de énfasis en el carácter multicultural del sujeto, en cuanto estas declaraciones circunscriben la diferencia multicultural en ámbitos de vulneración, y no de empoderamiento, las declaraciones en su mayoría están atravesadas por conceptos e intensiones que denuncian la necesidad del cumplimiento de los derechos, y así direccionan la oferta hacia la estructura de su cumplimiento.

Las ofertas en el contenido del discurso, se identificaron como “elementos esenciales” y “estrategias” dentro de los lineamientos, ya que indican apertura directa al cumplimiento de promesas, que permiten el avance y consolidación de compromisos ante la formulación de problematizaciones. Así pues, cuatro de las siete ofertas que conforman y dan cuerpo a la apertura directa a las promesas, se circunscriben en una concepción de sujeto y no de escuela, que induce el avance en la consolidación de compromisos, dentro de un plano epistemológico inscrito en lo epidisciplinario y lo epicultural. De esto da cuenta, el como “la atención se enmarca en servicios responsables y no co-responsables con el sujeto objeto

de atención,” y donde “El saber cultural sobre salud se restringe a microculturas de expertos (EIPS)” (véase, apéndice A.)

Así pues, dentro del contenido discursivo de los lineamientos se hace evidente que parte de los movimientos reproductivos en términos de declaraciones y ofertas, se inscriben aún en términos en la concepción de salud centrada en el sujeto donde aun la relación comunidad – sujeto emerge en ausencia de un accionar que promueva directa y suficientemente el rescate de la memoria colectiva y en ella su carácter histórico y su posibilidad de futuro compartido.

Escuela

Se identificaron tres tipos de ofertas ubicadas dentro del movimiento reproductivo que están caracterizadas en el campo epistemológico de una forma pluridisciplinar e interdisciplinar, aunque no deja de haber rasgos que presumen una tendencia epidisciplinaria referida específicamente a las políticas Escolares Saludables definidas en términos de habilidades y competencias, categorías atadas a lecturas psicologizantes. Sin embargo salva el hecho de que, la existencia de ofertas interesadas por trabajar de manera intersectorial sobre las políticas escolares, permita a los actores posicionarse de manera más activas sobre las formas como se crean estas, dentro de la escuela. Este tipo de ofertas abre espacios contextuales importantes de convergencia y reflexión, estableciendo canales de acción donde se repiensen las coordinaciones sobre el futuro compartido como comunidad. En tanto, otras ofertas como el trabajo en lo social y los vínculos con la comunidad, resalta la importancia de focos de trabajo interdisciplinario que permiten fundar escenarios para prácticas pluriculturales. Esto da cuenta de potencialidades en los contextos para la construcción los sujetos en su historia y memoria colectiva, a partir de la construcción de relatos de futuro en prácticas compartidas, aunque aún no se viabilice directamente en dichas ofertas. En contraste, los objetivos del programa, entendidos como las declaraciones que guían la creación de entornos y prácticas del programa, fueron enfáticos en exponer su posición pluridisciplinar, interdisciplinar y pluricultural.

Así pues se presenta el riesgo de que los énfasis praxicos del determinismo social se pierdan, ya que no existen formas epistémicas de tipo metadisciplinario o si quiera transdisciplinario que establezcan rutas de trabajo reflexivo sobre las prácticas, donde existan objetos claros de conocimiento entre las disciplinas, explicando sus intensiones y modos de abordaje, para así no trasgredir o cambiar el objeto de conocimiento conjuntamente designado, que en el caso de la determinación social es el sujeto histórico, la

memoria colectiva, la construcción de futuro y las prácticas colaborativas desde donde la relación salud- enfermedad es definida.

Promoción de la Salud

La conformación del contenido del discurso que caracteriza la promoción de la salud, se identifica en su carácter indexial, refiriendo con esto a la caracterización del curso de la acción puestas en pautas de interacción, de los actores que ejecutan el programa de Salud al colegio. Así pues, los cursos del accionar de la promoción de la salud se verán en términos de: actores, prácticas, espacios, objetivos y estrategias. A continuación su caracterización específica:

Actores

Los sujetos de intervención son reconocidos de manera detallada y diacrónica, dentro de un contexto ideográfico específico. Lo que deja entre ver, maneras complejas de reconocimiento de unos sujetos históricos.

En relación a los actores interventores, sus funciones no están trazadas de manera general, por niveles comunes y cotidianos, de formación e investigación. Fundamento necesario para alcanzar niveles más exigentes de reflexión, inscritas en epistemologías transdisciplinarias o metadisciplinarias, las cuales focalizan o ponen en dialogo las epístemas disciplinares que caracterizan las prácticas frente a los supuestos importantes dentro del determinismo social de la salud.

La posibilidad de desarrollar niveles de reflexión, parece estar inscritos, más bien a los espacios personalizantes de roles institucionales específicos. Así pues, se encuentran roles como el gestor/a del ámbito, cuyas acciones están más enmarcadas en la vigilancia del cumplimiento, requerimiento y ajuste del programa, que en tener posibilidades de ampliar la potencialidad de las acciones a partir del ejercicio de acciones formativas o investigativas, tales como si las tiene el perfil del coordinador local de la ESE.

Por otro lado, existen espacios que permiten la interrelación entre los componentes PIC, donde se conforman nodos de trabajo conjunto, que pudieran hacer sospechar acciones más comprometidas con el desarrollo de nuevos niveles en el avance del conocimiento, sin embargo el que no se explicita de manera detallada la forma o la metodología como se amplían y homogenizan las ventajas del intercambio del conocimiento, para todos los actores interventores, deja ver que la gestión del conocimiento, referida a epistemologías, de tipo

transdisciplinar, metadisciplinar o pluricultural, es inexistente. Lo que se encuentra son espacios potenciales y gravitatorios puesto de manera azarosa y demasiado general en la vida institucional, que arriesgan el hecho de que tales espacios posibiliten realmente un mayor aprovechamiento de la construcción de un conocimiento transformador que posibilite movimientos generativos, canalizadores y focalizadores de la acción de elementos prácticos identitarios de la promoción de la salud. En tanto el carácter práctico queda circunscrito a espacios no generativos, reproductores de intenciones epidemiológicas acríticas, contrarias a las expectativas de lo que se formula dentro de la promoción social de la salud. En sí existen esfuerzos locales de la gestión del conocimiento de epistemes de mayor complejidad, su existencia queda relegada al cambio de hegemonías políticas, que no siempre visibilizan y permiten su continuación.

En resumen, respecto a la caracterización del cumplimiento práctico que caracteriza la promoción de la salud, se puede decir que de manera directa e intencionada el ejercicio de algunos roles y la existencia de espacios insectoriales permiten presumir apenas contextos de intercambio de saberes de manera local y general, no lo suficientemente estructuradas para dar cuenta de la construcción de memorias colectivas de las comunidades atendidas, que puedan permanecer y desarrollarse en el tiempo y alcanzar movimientos generativos que den mayor eficacia a las prácticas en la promoción de la salud.

Prácticas

Se reseñaron tres tipos de prácticas, de manera que pudieran tomarse de forma detallada dentro del análisis tanto de la estructuración de los lineamientos, en contraste con el documento de evaluación de su aplicación experiencial o ASIS. De las tres prácticas resalta las capacidades para la movilización en el campo práctico de la salud mental donde las metodologías de trabajo con la comunidad incluye de manera central a la comunidad misma, en tanto que se reseña que la “Formación de grupos de pares... promueven la salud mental y los servicios de la línea 106, contando con información producida por el sistema propio de la línea 106”, dando así cuenta de una posición epistemológica caracterizada por la pluridisciplinariedad en el sentido de que esto da cuenta de espacios de convergencia de saberes institucionales y locales entre equipos de pares y la línea 106, e interculturalidad en el sentido de que se incluye y exalta la importancia del accionar y el saber propio de los jóvenes frente a problemáticas que les atañen directamente. Esto facilita la participación multicultural de diferentes jóvenes situados en diversas posiciones sociales que pueden ampliar la visión interdisciplinaria o disciplinaria del profesional para liderar la línea de

atención, contando con la emergencia fresca de los saberes y presencias locales de los jóvenes para los cuales se piensa las formas interventivas con que son abordados los casos de alto riesgo en términos de salud mental.

Las otras dos practicas, referidas a salud sexual y reproductiva y ambiente, en sus elementos diferenciadores se inscriben en epistemologías epiculturales donde sí bien puede haber emergencia de iniciativas que promueven la convergencia de saberes multidisciplinares están paradas en categorías promovidas de forma apenas pragmática o funcionalista que no promueve, al menos de manera directa la praxis en la promoción de la salud.

Espacios

En la concepción y definición de los espacios en los cuales se modelizan las realidades a partir de las practicas, esta se caracterizan por ser en su mayoría epidisciplinarios, multiculturales e interdisciplinares alcanzando posiciones de reconocimiento pluricultural, esto último no presente en todos. Los espacios definidos son los jardines infantiles, los colegios y las universidades. Caracterizándose como espacios facilitadores de la praxis de la promoción social, y que sin embargo el carácter pluricultural debe ser visto con más énfasis para construir elementos facilitadores del aporte a sujetos históricos en la construcción de memoria colectiva y visión de futuro.

Objetivos

En su carácter práxico los objetivos, se caracterizan al resaltar una identidad colectiva con la presencia constante de actores interventores representantes de un estado de derechos, que propenden en la movilización de dinámicas adscritas a la superación de problemas, donde también se menciona temas de restitución de derechos que profundizan la visión de futuro colectivo. En el plano epistemológico estos objetivos se calificaron como Epi – pluri y multidisciplinares, lo que indica que si bien hay un convergencia de saberes, no necesariamente estos tienen un compromiso explícito de ver por complementariedades que complejicen los fenómenos de salud que abordan. No en todos los objetivos, se hace presente y central el carácter cultural de la construcción de las subjetividades, pero sí se registran objetivos que dan cuenta de la importancia dada a la acción comunitaria puesta como central en el desarrollo del programa.

Estrategias

La estrategia mencionada como “Transformación de prácticas e imaginarios Sociales y Culturales” presume elementos que permitirían caracterizar el campo praxico de la promoción de la salud con la intención abordar directamente la memoria colectiva circunscrita a la transformación de prácticas saludables. En el campo epistemológico la categoría conceptual de imaginarios sociales y culturales es clasificada como un concepto de interés transdisciplinar en la medida que no se queda en niveles individuales y propios de una sola disciplina, sino que invita el saber de las ciencias sociales en su variedad. También el concepto puede pensarse de manera pluricultural, en tanto evoca la diversidad de mixturas a nivel cultural de esas prácticas y saberes. Sin embargo, faltaría énfasis en, cómo enmarcar y tomar en cuenta, prácticas e imaginarios sociales y culturales de origen local exitosos en el cuidado de la salud.

4.1.6 Matriz Categorial con el cual se leyó los documentos analizados.

		Movimiento Generativo:
	<p>OFERTAS: son una vía de apertura directa a las promesas y permiten el avance en la consolidación de compromisos en la acción que propenden por la creación de posibilidades</p> <p>DECLARACIONES: están fundamentadas sobre el poder, ya que es a través de la capacidad que tenemos para hacerlas cumplir, que las declaraciones cobran importancia en la transformación y creación de nuevas realidades</p>	Movimiento Reproductivo
	ONTOLOGICO	
SUJETO		
ESCUELA		
PROMOCION		
Actores		
prácticas		
Espacios		
Periodos		
Objetivos		
Estrategias		

	Movimiento Generativo:	Movimiento Reproductivo	Epidisciplinario	Pluri-disciplinariedad	Multidisciplinariedad:	Interdisciplinariedad	Transdisciplinario	Metas disciplinaria	Epiculturalidad:	Pluriculturalismo:	Multiculturalismo:	Interculturalidad:	Transcultural:	RESCATE DE LA MEMORIA COLECTIVA HISTÓRICO FUTURO PRACTICAS COLABORATIVAS			
	ONTOLÓGICO		EPISTEMOLÓGICO											PRÁXICO			
	SUJETO																
	Núcleo problematizador: Las comunidades de las Instituciones Educativas tienen dificultades en el conocimiento y el manejo de <u>habilidades y competencias</u> suficientes para resolver adecuadamente situaciones de la vida cotidiana, que reproducen imaginarios culturales y prácticas sociales que inciden en problemas de salud pública, relegando las situaciones problemáticas a otras instituciones, lo que tiene como consecuencia la profundización de los conflictos, la exclusión de los "casos problema" y la escasa contribución de las instituciones educativas en la disminución de brechas de equidad social.		x	x	x	x			x	x				x	x	x	x
	No se garantizan los servicios de detección temprana y protección específica, y los servicios resolutivos resultan inoportunos o inadecuados, generando acumulación negativa en la posibilidad de mejorar la salud de			x		x			x	x						x	x

niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como la pérdida de credibilidad y confianza en los servicios.																	
Escasa movilización de respuestas efectivas que promuevan y restituyan los derechos,				x	x				x			x	x	x	x		
• Los modelos de atención y aseguramiento obstaculizan el acceso de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, •					x				x			x	x	x	x		
• Invisibilización y exclusión de los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes con discapacidad, en situación de desplazamiento, pertenecientes a grupos étnicos y de diversidad sexual		x						x				x	x	x	x		
Los proyectos pedagógicos de las Instituciones Educativas no incluyen de manera integrada la promoción de la salud de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.		x		x				x				x	x	x	x		
	Habilidades de salud individuales y competencias para la acción: Se refiere al programa curricular tanto formal como informal y a las actividades relacionadas con éste, a través de las cuales los alumnos incorporan conocimientos, toman conciencia y realizan experiencias adecuadas a su edad que les permiten adquirir competencias a la hora de actuar para mejorar su salud y su bienestar, los de otras personas en su comunidad y fuera de ella, y mejorar sus resultados académicos.	x					x							x	x		

		Mejoramiento de entorno social de la escuela. Buscar incidir sobre los factores determinantes que afectan las relaciones de los sujetos con el entorno físico y social, generando <u>espacios de relación</u> para la promoción de la salud y la convivencia escolar, a través de procesos de formación de habilidades para la vida y competencias para la acción.	X						X								X
		Mejoramiento de entorno físico de la escuela: La respuesta integradora de Mejoramiento de Entorno Físico de las INSTITUCIONES Educativas Promotoras de salud busca incidir, en el plano de los entornos físicos, en el mejoramiento del área que rodea la escuela, el edificio, las condiciones de las aulas, baños comedores y otros salones.	X						X				X				
		Servicios de salud: Son los servicios de salud locales y regionales, vinculados con la institución educativa o basados en ella, que ostentan la responsabilidad de la atención de salud y de la promoción de la salud de niños y adolescentes, a través de la prestación de servicios directos a los alumnos (incluidos aquellos con necesidades especiales) .	X						X								X
ESCUELA																	
		Políticas Escolares Saludables, habilidades y competencias para la acción: Tiene la finalidad de <u>hacer que las comunidades educativas amplíen sus capacidades y habilidades para responder a los temas priorizados con el sector salud</u>	X	X						X			X	X	X	X	X
		El entorno social de la institución educativa: El entorno social de la institución educativa es una combinación de la calidad de las relaciones del personal y de los estudiantes y de éstos entre sí. Está influida por las relaciones con los padres y con la comunidad más amplia.				X			X			X	X	X	X	X	X

<p>ACTORES</p>	<p>Población Sujeto: Niños y niñas menores de 6 años de jardines infantiles del distrito capital. Que pertenezcan o estén adscritos a la Secretaria de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o jardines privados. Ubicados en los estratos socio económicos 1, 2 y 3, en los que se identifican <u>condiciones de vulnerabilidad social que requieren del desarrollo de acciones promocionales y restituidas en torno al derecho a la salud que favorezcan la calidad de vida e inclusión social.</u></p> <p>Niños y niñas menores de 18 años de las instituciones educativas de Bogotá pertenecientes a los estratos <u>1, 2 y 3 principalmente, que por estar escolarizados hacen parte de relaciones sociales, institucionales, pedagógicas y culturales propias de un espacio para el cuidado, el aprendizaje, el encuentro, la re-producción cultural y la socialización en el que existen jerarquías, control de los tiempos y de los espacios, y la regulación de las conductas a través de sistemas normativos.</u></p> <p>Jóvenes mayores de 16 años ubicados en instituciones de educación superior que tienen <u>diferentes características dependiendo de si son estudiantes diurnos o nocturnos</u></p>																	
	<p>Actores de Gestión del Ámbito: • Formulación anual del Proyecto de Inversión. • <u>Ajuste y actualización de versiones del mismo,</u> requeridas por los diferentes movimientos presupuestales que se generan en el transcurso de la vigencia. • <u>Reporte mensual de seguimiento a los avances,</u> logros y resultados de la ejecución del programa. • Análisis y presentación de <u>informe de balance social</u> y otros informes requeridos por la Administración y por los entes de control. • <u>Planeación y formalización</u> con las ESE de las acciones PIC a contratar, metas y recursos, a</p>																	

	<p>través de la matriz de contratación. • <u>Revisión, análisis y proyección de respuestas ante solicitudes que realizan las ESE</u> en cuanto a la ejecución de metas y acciones contratadas en el marco del PIC.</p>																
	<p>Coordinador del programa Local ESE. • <u>Hacer gestión del programa en la localidad y en los espacios distritales que lo requieran teniendo en cuenta necesidades identificadas.</u> • Análisis de situación de salud del ámbito escolar: • Consolidar e interpretar la información recogida, estableciendo el aporte a las Metas vinculadas al programa (Tablero de indicadores) 20 horas mes. • Elabora módulos de formación y coordina su implementación con el equipo 10 horas mes. • Acompaña y evalúa las estrategias de trabajo propuestas por los equipos territoriales en el marco de los planes de acción (recursos metodológicos, didácticos, comunicacionales, por ejemplo), mediante una metodología de sistematización del proceso. 20 horas mes. • Coordina los equipos, mediante acciones de acompañamiento y asesoría, acordando con cada equipo las estrategias a seguir, conforme a las prioridades definidas con los colegios y sedes abordados 56 horas mes. • Labores administrativas INTERNAS del ámbito, como el suministro de insumos para la facturación (no incluye facturación, y otras actividades propias del coordinador PIC) 20 horas mes.</p>		×								×	×	×	×			

	<p>Interrelaciones entre componentes PIC. El ámbito escolar establece sus procesos de articulación con los diferentes ámbitos y componentes del PIC, entre los cuales se destacan: VSP: articulación con SIVIM en torno a los eventos de violencias. Gestión Local: articulación con procesos de Redes Locales del Buen Trato. Ámbito Laboral: prevención del Trabajo infantil y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Ámbito Comunitario: grupos promotores de línea 106 que dinamizan en su comunidad el proceso en jornada extraescolar. Ámbito Familiar: Remisión de casos identificados en instituciones educativas de embarazos en adolescentes, violencias y conducta suicida. Ámbito IPS: Aplicativos de captura de información de canalización y seguimiento.</p>		×												×	×	×	
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--

	<p>Funciones del gestor territorial por equipo de jardines, escuelas/colegios e IES: • Realiza labores de gestión con comunidad educativa de las instituciones que cubre: directivas, docentes, estudiantes, padres y madres de familia, entre otros. 40 horas mes. • Coordina los procesos de <u>priorización de problemas a ser intervenidos y los acuerdos de intervención, de acuerdo con los criterios definidos por referentes distritales, coordinador del programa de la ESE y los actores de la comunidad educativa.</u> 40 horas • Orientación de los procesos de diseño de acciones pedagógicas que realizan los equipos del programa, para la inserción de temas de interés en Salud Pública en los currículos educativos. • Análisis de situación de salud del ámbito escolar: 1. Identificación de actores sociales de las comunidades educativas y fuentes de información para desarrollo del análisis. 2. Recolección y consolidación de la información propia del ámbito escolar. 3. Divulgación social y retroalimentación del análisis por localidad y por territorio GSI a actores sociales de las comunidades educativas. • Sesiones de trabajo con el objetivo de darle cohesión a los equipos básicos para la operación de las respuestas integradoras, en desarrollo de cada proceso: lectura de necesidades, promoción, rutas de respuesta, entre otras. Reuniones, sesiones de capacitación 20 horas • Alimenta cuadro de indicadores básicos de su unidad territorial. 20 horas mes • Coordina la elaboración (fase I), implementación (Fases II y IV) y seguimiento (Fases III y V) de plan de acción del equipo por institución educativa, y concreta con los actores de la comunidad educativa los procesos a desarrollar para dar respuestas adecuadas, teniendo en cuenta las dinámicas propias de la institución educativa o proponiendo acciones que circulen por ellas. 20</p>		×		×								×		×	×	×	
--	---	--	---	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	---	---	---	--

		<p>horas mes• Es el responsable de consolidar y socializar con los actores de la comunidad educativa las estrategias concertadas, dando identidad a cada territorio. 20 horas mes. • Reuniones de retroalimentación con el coordinador del programa de la ESE. 16 horas mes. • Reuniones generales de la ESE. 8 horas mes.</p>																
<p>PRÁCTICAS</p>		<p>Salud Mental: Aporte Indirecto: Promoción del uso de la línea 106 y perspectiva integral de la salud mental. Formación de grupos de pares, que promueven la salud mental y los servicios de la línea 106, contando con información producida por el sistema propio de la línea 106</p>		<p>×</p>						<p>×</p>		<p>×</p>		<p>×</p>	<p>×</p>	<p>×</p>	<p>×</p>	
		<p>Salud Sexual y Reproductiva: Aporte directo: Acompañamiento y asesoría técnica, a las comunidades educativas para la promoción integral de la SSR que incluyen. Desarrollo de habilidades y competencias específicas para la prevención del embarazo en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. Así como del abuso sexual y las ITS. Grupo de apoyo en SSR como</p>	<p>×</p>					<p>×</p>										

5. CAPITULO VI

5.1 *Discusión*

Los resultados del análisis documental de casos permiten hacer desde el programa Salud al Colegio los siguientes aportes al estado del arte sobre la promoción de la salud escolar con enfoque de derechos en el marco del modelo de Escuelas Promotoras de Salud:

Promoción de la salud: un punto estratégico para la promoción de la salud escolar fue la identificación de necesidades a partir de núcleos problematizadores que permiten ver las múltiples situaciones y condiciones que determinan la aparición del problema o necesidad, e intenta orientar las respuestas institucionales y sociales para abordar de manera integral las causas de los problemas desde sus determinaciones.

En las relaciones prácticas con la comunidad educativa los núcleos problematizadores suscitaron dinámicas complejas. En los lineamientos se propone que la lógica de los núcleos es ver la realidad en movimiento desde un ejercicio de multidisciplinariedad y transdisciplinaridad, pero la manera como se construyeron y las interpretaciones que se les dieron a estos núcleos estaban puestas en una lógica epidisciplinar y por tanto no se logró romper con las hegemonías explicativas ni por parte de quienes construyeron las problematizaciones, ni por parte de quienes diseñaron las respuestas.

Con los núcleos problematizadores se logró mostrar la posibilidad de abordar los problemas de otra manera, pero primero una lógica de respuesta inmediata, asistencial a las necesidades sentidas. Los derechos se identificaron con la oferta institucional.

Subjetividad: el discurso institucional es recurrente al hablar de los enfoques diferenciales que permiten el reconocimiento de diferentes expresiones sociales y culturales, hay un acercamiento especialmente a los y las jóvenes que viven en contextos culturales diversos, sin embargo las diferencias culturales siguen siendo asumidas desde la marginalidad. Un ejemplo claro de esto son las minorías étnicas, se les reconoce, se les menciona desde los discursos institucionales del sector salud y del sector educación pero las propuestas de acercamiento a sus condiciones de vida se hacen desde la idea de vulnerabilidad, de focalización. Son diferencias reconocidas que no han podido ser incluidas.

Escuela: problematizar la escuela tomando como método la identificación de necesidades tiene la ventaja de conectarla con su entorno territorial y social, fortaleciendo sus redes de soporte y permitiendo que se gestionen respuestas a las necesidades de la escuela en los espacios locales pertinentes.

Las acciones de promoción dentro de la escuela se centraron en potenciar la autonomía y la participación por parte de los escolares aplicando los métodos y técnicas que prescribe la OMS para las Escuelas Promotoras de Salud, a saber, políticas escolares saludables, mejoramiento del espacio físico y el espacio social, así como las rutas que facilitan el acceso a los servicios de salud.

El resultado de esta experiencia es significativo. Estas estrategias permiten la generación de prácticas innovadoras de promoción como el uso del arte y la lúdica, la apertura de espacios culturales para la reflexión, los grupos gestores de salud escolar. De otra parte la mayor parte de estas experiencias no logran sostenerse cuando salen los equipos de salud de la institución educativa. Estas expresiones terminan siendo absorbidas por los procesos institucionales establecidos. En el sector educación este movimiento de reproducción se expresa en los rituales de evaluación académica (exámenes, tareas, comportamiento, actividad física competitiva, entre otras), y en los mecanismos de control disciplinar como los manuales de conducta y los Proyectos Educativos Institucionales. En el sector salud este fenómeno se manifiesta en la intermitencia de este tipo de iniciativas, frente a la permanencia de las acciones de salud de corte preventivo y resolutivo.

Se corrobora una vez más el diagnóstico de Jensen, Tedesco y Di Leo cuando plantean que la promoción que promueve calidad de vida, garantía de derechos, reconocimiento de las particularidades hacen parte de un paradigma democrático que es necesario seguir empoderando, pero que hasta el momento no logra permear las prácticas institucionales.

6. REFERENCIAS

- Almeida, N (2000). La Ciencia Tímida: Ensayos Hacia la Deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires. Editorial Lugar
- Baracaldo, M. (2011). La subjetividad en la formación de maestros. *Nómadas* No 34. Bogotá. Jan. 2011.
- Breihl, J. (1997) Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Quito. CEAS
- Breihl J. (2010) La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*. 2010, vol.6, n.1, pp. 83-101.
- Cáliz N (2011) Documento de trabajo. Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Davó Blanes, M. C. (2009). La cultura de salud en las aulas de educación primaria y la incorporación de la escuela promotora de la salud a la salud escolar en España. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante.
- Di Leo, P. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. Buenos Aires, 5(3):377-389, Septiembre - Diciembre,
- Echeverri. O (2011). Atención Primaria de la Salud: Una nueva oportunidad. 5to Foro Atención Primaria en Salud. Universidad del Valle
- Ferrater Mora, José. Diccionario de Filosofía 1981 Editorial Sudamericana Buenos Aires.
- Foucault, M Vigilar y Castigar. (1976). Argentina. Siglo XXI Editores
- Foucault, M (1998). Historia de la sexualidad. La Voluntad de Saber. Siglo XXI de España Editores.
- Garcés, M. (2005). La vida como concepto político: una lectura de Foucault y Deleuze. *Athenea Digital* - num. 7: 87-104

Grupo Guillermo Fergusson (1997). Marco Teórico Promoción de la Salud, Concepto de salud – enfermedad. Bogotá. Documento de trabajo.

Illich Iván. (1978). Némesis Médica. México D.F. Editorial Joaquín Mortiz, S.A.

Jensen, B.B. (1997) A case of two paradigms within health education. Health Education Research - theory and practice, 1997, 12 (4). P. 419 – 428

Lalonde M. (1975) "A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document." Ottawa, Canadá,

Molina N, de Negri A. (2007). La estrategia promocional de calidad de vida y salud, una vía hacia la equidad y el derecho a la salud. Grupo Guillermo Fergusson – Secretaria Distrital de Salud.

Negri T, Hardt (2001) M. Imperio. Bogotá. Ediciones desde abajo.

OMS Declaración de Alma Ata (1978). Recuperado el 3 de agosto de 2012 en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

OMS. Carta de Ottawa (1986). Recuperado de 2012 en <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>

OMS. (2009). Subsanan las desigualdades sociales en una generación. Informe final de la Comisión de determinantes sociales de la OMS.

OMS (2003) Escuelas Promotoras de Salud. Estrategias y líneas de acción.

OMS. (2004) Ippolito-Shepherd, J. Iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud en las Américas.

OPS. 1996. Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción (HSP/SILOS-36). Washington, DC, OPS/OMS.

OPS. 1995. Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral (HSS/SILOS-37). Washington, DC, OPS/OMS.

OPS. 2007. Promoción de salud, escuela y comunidad: el laberinto de la implementación Notas y aprendizajes desde la experiencia Iberoamericana

Pinto M. y Gálvez, (1999). Análisis documental de contenido procesamiento de información. Síntesis.

Quevedo, Emilio (1990). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Ponencia presentada en el seminario permanente "Salud y administración". Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud, Universidad Javeriana, Bogotá. 19 de junio de 1990.

Tedesco, J C. (1986). Los paradigmas de la investigación educativa; FLACSO-Chile -- (FLACSO - Contribuciones (Chile); No.38

Samajá, Juan. (1993). Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica, Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires Sociedad de Economía Mixta.

Stewart-Brown S. (2006). ¿Qué pruebas demuestran que la promoción de la salud en las escuelas mejora la salud o previene las enfermedades y, específicamente, qué tan eficaz es el enfoque de escuelas promotoras de la salud? Copenhague, Oficina Regional Europea de la OMS (informe de la Red de Evidencia en Salud; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, publicado en la web el primero de marzo de 2006).

Uribe Jaramillo, T. (1999). "El Autocuidado y su papel en la Promoción de la Salud" . En: Colombia Investigación y Educación En Enfermería ISSN: 0120-5307 ed.: Universidad De Antioquia v.XVII fasc.2 p.109 - 118 ,1999.

7. ANEXOS

NUMERACIÓN	TEXTO
Título	DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA LINEAMIENTO GENERAL AMBITO ESCOLAR – 2011
Subtítulo 1	1. MARCO CONCEPTUAL
Párrafo 1	El ámbito escolar, desarrolla los principios que definen la UNESCO y la OPS para el modelo de Instituciones Educativas Promotoras de Salud, , que se define como el esfuerzo por concertar y desarrollar intersectorialmente procesos fortalecer una cultura de la promoción de la calidad de vida .
Párrafo 2	El modelo Instituciones Educativas Promotoras de Salud se estructura a partir seis elementos esenciales y tres estrategias de acción que garantizan la promoción integral de la salud escolar:

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 92

Párrafo 3	Políticas escolares saludables: Se definen claramente en documentos o en prácticas generalmente aceptadas que promuevan la salud y el bienestar.
Párrafo 4	El entorno físico de la institución educativa: El entorno físico se refiere a los edificios, terrenos, espacios de juego y equipamientos en el recinto de la institución educativa y alrededores.
Párrafo 5	Se refiere también a: las instalaciones básicas, al mantenimiento y las instalaciones sanitarias para impedir la transmisión de enfermedades.
Párrafo 6	El entorno social de la institución educativa: El entorno social de la institución educativa es una combinación de la calidad de las relaciones del personal y de los estudiantes y de éstos entre sí. Está influida por las relaciones con los padres y con la comunidad más amplia.
Párrafo 7	Habilidades de salud individuales y competencias para la acción: Se refiere al programa curricular tanto formal como informal y a las actividades relacionadas con éste.
Párrafo 8	Vínculos con la comunidad: Los vínculos con la comunidad son las relaciones entre la institución educativa y las familias de los alumnos y la escuela con los grupos y personas claves de la comunidad.
Párrafo 9	La consulta adecuada con estos grupos y su participación en apoyo a la escuela mejora la Institución Educativa Promotora de Salud (IEPS) y ofrece a los estudiantes y al personal el entorno y el apoyo necesarios para sus acciones.
Párrafo 10	Servicios de salud: Son los servicios de salud locales y regionales, vinculados con la institución educativa o basados en ella, que ostentan la responsabilidad de la atención de salud y de la promoción de la salud de niños y adolescentes, a través de la prestación de servicios directos a los alumnos (incluidos aquellos con necesidades especiales).
Párrafo 11	En el marco de las acciones del PIC 2011 el ámbito escolar, con la finalidad de facilitar la operación, define cuatro respuestas integradoras que recogen estos elementos esenciales:
Cuadro 1	<p>Elementos Esenciales:</p> <p>Políticas Escolares Saludables</p> <p>Habilidades y competencias para la acción</p> <p>El entorno social de la IE</p> <p>El entorno físico de la IE</p> <p>Servicios de salud</p> <p>Vínculos con la comunidad</p> <p>Respuestas Integradoras</p> <p>Políticas Escolares Saludables y habilidades y competencias para la acción</p> <p>Mejoramiento de entorno social de la IE</p> <p>Mejoramiento el entorno físico de la IE</p> <p>Acceso a redes de servicios de salud y de soporte institucional y comunitario</p> <p>Lineamiento general y de gestión</p>
Párrafo 12	A través de estas respuestas integradoras y de las acciones de gestión, del ámbito escolar, se implementan las acciones de gestión, promoción, protección y restitución de la autonomía de la comunidad educativa del Distrito, y se da cumplimiento a las estrategias que según la OMS y la OPS deben orientar las acciones del modelo de promoción de la salud escolar IEPS en el contexto latinoamericano y del caribe:

	<p>Desarrollo de Políticas: Formación de consensos, alianzas y pactos sociales.</p> <p>Mecanismos de Coordinación: Convenios, Comités intersectoriales, Actividades con padres y madres de familia, y activación de sistemas de información y comunicación.</p> <p>Implementación del Programa: Diagnóstico de necesidades, planes de acción, diseño curricular, capacitación a maestros y personal de ambos sectores, producción de materiales y, seguimiento y evaluación.</p>
Subtítulo 2	2. DEFINICIÓN Y ALCANCES
Párrafo 13	Por ámbito escolar se entienden aquellos espacios sociales institucionalizados que poseen una organización y dinámica propia y que tienen la función social de educar a los ciudadanos y ciudadanas en las diferentes etapas del ciclo vital. el ámbito escolar desarrolla acciones propias del PIC en tres escenarios: jardines infantiles, escuelas/colegios, e instituciones de educación superior.
Párrafo 14	El jardín infantil es considerado un espacio social en el que se promueve el desarrollo armónico e integral de niños y niñas de 0 a menores de 6 años de edad, en donde es posible orientar interacciones tendientes a garantizar las condiciones y medios para estimular la creatividad y permitir el sano y adecuado desarrollo de las capacidades y potencialidades de los niños y niñas, con la participación activa de los cuidadores, docentes, jardineras, madres y padres de familia.
Párrafo 15	Las escuelas y colegios, que hacen parte de la alianza intersectorial Salud al Colegio, liderada por las secretarías de salud y de educación con el propósito de implementar al interior de las instituciones educativas del distrito, procesos de salud escolar que promuevan la participación de las comunidades educativas, potenciando el papel de la escuela como espacio de producción de una cultura de la salud, la convivencia, el autocuidado y el afecto.
Párrafo 16	Las instituciones de educación superior (IES) son lugares en donde transcurre la vida cotidiana de los y las jóvenes, que buscan mejorar su calidad de vida mediante el proceso formativo y la apropiación de competencias, para vivir con mayores niveles de autonomía, individual y colectivamente. En las IES se desarrollan intercambios de carácter académico, cultural y social, permitiendo la promoción integral de la salud y la prevención y generación de respuestas efectivas frente a la incidencia de eventos de interés en salud pública, relacionados con esta etapa de ciclo vital.
Subtítulo 3	Población Sujeto
Párrafo 17	Los procesos desarrollados en el marco del ámbito escolar, están orientados conforme a las características particulares de cada una de las poblaciones abordadas en las unidades de trabajo: Niños, niñas y jóvenes que a pesar de estar escolarizados permanecen expuestos a problemáticas sociales, culturales, económicas y ambientales que es necesario caracterizar teniendo en cuenta las particularidades del barrio, la UPZ o la institución educativa sujeto de la intervención.
Párrafo 18	Atendiendo a los diversos escenarios escolares en los que se opera el ámbito, la población sujeto de las intervenciones es:
Párrafo 19	Niños y niñas menores de 6 años de jardines infantiles del distrito capital. Que pertenezcan o estén adscritos a la Secretaría de Integración Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o jardines privados. Ubicados en los estratos socio económicos 1, 2 y 3, en los que se identifican condiciones de vulnerabilidad social que requieren del desarrollo de acciones promocionales y restitutivas en torno al derecho a la salud que favorezcan la calidad de vida e inclusión social.
Párrafo 20	Niños y niñas menores de 18 años de las instituciones educativas de Bogotá pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 principalmente, que por estar escolarizados hacen parte de relaciones sociales, institucionales, pedagógicas y culturales propias de un espacio para el cuidado, el aprendizaje, el encuentro, la re-producción cultural y la socialización en el que existen jerarquías, control de los tiempos y de los espacios, y la regulación de las conductas a través de sistemas normativos. En escenarios que presentan expresiones de violencia como: matoneo; barras bravas y el abuso sexual, cuya manifestación más preocupante es la explotación sexual comercial infantil.
Párrafo 21	Jóvenes mayores de 16 años ubicados en instituciones de educación superior que tienen diferentes características dependiendo de si son estudiantes diurnos o nocturnos. Los estudiantes nocturnos, son en su

	<p>mayoría trabajadores, están casados, tienen hijos y obligaciones, las dependencias de bienestar universitario no les tienen en cuenta porque generalmente tienen horario de oficina.</p>
Subtítulo 4	METAS DEL PROYECTO DE INVERSIÓN SALUD AL COLEGIO
Párrafo 22	<p>Los procesos del ámbito escolar se desarrollan teniendo como punto de referencia las metas del Plan de Desarrollo Distrital, a través de respuestas integradoras que aportan al cumplimiento de varias metas, agrupadas en dos categorías: 1) Transformación de Prácticas e Imaginarios Sociales y Culturales; 2) Prácticas Escolares Saludables.</p>
Párrafo 23	<p>La primera llamada consiste en acciones de promoción potentes, que permitan cambiar los imaginarios, los comportamientos y las actitudes, e incidir en las prácticas sociales y culturales para cambiar las tendencias negativas para la salud y la calidad de vida de las poblaciones.</p>
Cuadro 2	Transformación de Prácticas e Imaginarios Sociales y Culturales
	<p>Salud Mental</p> <p>A 2012 adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas</p> <p>Aumentar en 10% la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual</p> <p>Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes.</p> <p>Fortalecer la línea amiga</p> <p>de niños, niñas y adolescentes 106.</p> <p>Aporte directo: Acompañamiento y asesoría técnica, a las comunidades educativas para el desarrollo de políticas para la promoción integral de la salud mental. Habilidades y competencias específicas para la prevención y guías para el manejo adecuado de las violencias, el consumo de SPA, y la conducta suicida.</p> <p>Salud Sexual y Reproductiva</p> <p>Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)</p> <p>Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años</p> <p>Aporte directo: Acompañamiento y asesoría técnica, a las comunidades educativas para la promoción integral de la SSR que incluyen.</p>
Párrafo 24	<p>En el segunda grupo de metas se incluyen aquellas a las cuales se aporta a través de prácticas específicas de salud escolar, mediante acciones integrales que aportan a las metas priorizadas en el siguiente orden:</p>
Cuadro 3	Prácticas Escolares Saludables
	<p>Seguridad Alimentaria y Nutricional</p> <p>A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad (mandato del plan de desarrollo aprobado por acuerdo - concejo)</p> <p>A 2012 Monitorear la reducción de desnutrición global en niños menores de 5 años.</p> <p>Aporte directo: En procesos de alimentación saludable se desarrollan políticas con las comunidades educativas, tendientes a mejorar prácticas alimentarias. Suplementación con micronutrientes a niños y niñas menores de 5 años (Jardines) y menores de años 12 (Colegios).</p> <p>AIEPI</p> <p>A 2012 tener implementada en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS las estrategias</p>

	<p>de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI.</p> <p>Aporte directo: Promoción y adaptación de las prácticas de cuidado cotidiano para niños y niñas menores de 6 años, a partir del desarrollo de habilidades y competencias específicas para mejorar el entorno físico y social del jardín.</p> <p>Discapacidad</p> <p>A 2012 lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad, del 30% de las personas con discapacidad, caracterizada en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social.</p> <p>Aporte directo: Se desarrollan políticas para la divulgación e implementación de prácticas escolares saludables e incluyentes mediante procesos integrales con las comunidades educativas. Acciones colectivas lúdicas con saldo pedagógico.</p> <p>Actividad Física</p> <p>A 2012 haber implementado el programa de promoción de actividad física en los ámbitos cotidianos de los jóvenes de 13 a 17 años de las veinte localidades del Distrito Capital.</p> <p>Aporte directo: Se desarrollan políticas para la divulgación e implementación de prácticas escolares saludables e incluyentes mediante procesos integrales con las comunidades educativas. Acciones colectivas lúdicas con saldo pedagógico.</p> <p>Salud Oral</p> <p>Incrementar en un 25% la cobertura del Programa de Salud Oral (flúor, sellantes, control de placa y detartraje) en la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo.</p> <p>Aporte directo: Se desarrollan políticas para la divulgación e implementación de prácticas escolares saludables e incluyentes mediante procesos integrales con las comunidades educativas. Acciones colectivas lúdicas con saldo pedagógico.</p> <p>Ambiente</p> <p>A 2012: Implementar la política de salud ambiental en el 100% de las localidades del Distrito Capital.</p> <p>Aporte directo: Se desarrollan políticas para la divulgación e implementación de prácticas escolares saludables e incluyentes mediante procesos integrales con las comunidades educativas. Acciones colectivas lúdicas con saldo pedagógico.</p>
Subtítulo 5	NÚCLEOS PROBLEMATIZADORES
Párrafo 25	parte del proceso de análisis realizado en la vigencia 2010, acerca de las principales problemáticas identificadas con las comunidades educativa, se definen los núcleos problemáticos que permiten orientar las respuestas integradoras de manera coherente y pertinente a las necesidades de la población sujeto de las intervenciones del PIC 2011 en el ámbito escolar:
Párrafo 26	Las Instituciones Educativas tienen dificultades en el conocimiento y el manejo de habilidades y competencias suficientes para resolver adecuadamente situaciones de la vida cotidiana, que reproducen imaginarios culturales y prácticas sociales que inciden en problemas de salud pública, lo que tiene como consecuencia la profundización de los conflictos, la exclusión de los “casos problema” y la escasa contribución en la disminución de brechas de equidad social.
Párrafo 27	En el quehacer cotidiano de las y los docentes no existe una cultura lo suficientemente arraigada que vincule el proceso pedagógico, con las prácticas cotidianas de fomento de la salud, prevención e identificación de las enfermedades y en el ejercicio del derecho a la salud de la población escolarizada.
Párrafo 28	Los proyectos pedagógicos de las Instituciones Educativas no incluyen de manera integrada la promoción de la salud de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Párrafo 29	Invisibilización y exclusión de los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes con discapacidad, en situación de desplazamiento, pertenecientes a grupos étnicos y de diversidad sexual.
Párrafo 30	Dinámicas sociales propias de las instituciones educativas que no propician el establecimiento de roles, responsabilidades y canales de comunicación enfocadas en la promoción de la calidad de vida y salud, que debilitan las condiciones de las comunidades educativas para el ejercicio de derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
Párrafo 31	Escasa movilización de respuestas efectivas que promuevan y restituyan los derechos del Público Objetivo.
Párrafo 32	Los modelos de atención y aseguramiento obstaculizan el acceso de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes a los servicios de salud.
Párrafo 33	No se garantizan los servicios de detección temprana y protección específica, y los servicios resolutivos resultan inoportunos o inadecuados, generando acumulación negativa en la posibilidad de mejorar la salud de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como la pérdida de credibilidad y confianza en los servicios.
Subtítulo 6	OBJETIVO GENERAL
Párrafo 34	Concertar y desarrollar intersectorialmente acciones que permitan a las comunidades educativas del Distrito establecer una cultura de la promoción de la calidad de vida mediante el modelo de Instituciones Educativas Promotoras de Salud.
Subtítulo 7	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Párrafo 35	Fortalecer las relaciones intersectoriales que permitan al programa ámbito escolar desarrollar acciones promocionales, preventivas y restitutivas de salud escolar.
Párrafo 36	Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación.
Párrafo 37	Desarrollar acciones para la identificación, atención y seguimiento de los problemas de salud.
Cuadro 4	RESPUESTAS INTEGRADORAS
	<p>Políticas Escolares Saludables</p> <p>PDA/TVS: Salud Mental, SSR, AF Ambiente, SO, Discapacidad AIEPI, SVA.</p> <p>Intervenciones: 1. Estrategias Pedagógicas de inserción curricular. 2. Acciones de comunicación formativa.</p> <p>Respuesta: Hacer que las comunidades educativas amplíen y fortalezcan habilidades para responder a temas priorizados.</p> <p>Responde a: Objetivo 1 y 2 del ámbito escolar.</p> <p>Meta: 1. Transformación de los imaginarios sociales y culturales. 2. Prácticas escolares saludables.</p> <p>Mejoramiento del Entorno social de la Escuela</p> <p>PDA/TVS: Salud Mental, AF, Ambiente Discapacidad, Desplazados.</p> <p>Intervenciones: 1. Semilleros para la intervención. 2. Jornadas colectivas con saldo pedagógico.</p> <p>Respuesta: Incidir sobre los factores que afectan las relaciones entre sujetos y el entorno físico.</p> <p>Responde a: Objetivo 1 y 2 del ámbito escolar.</p> <p>Meta: 1. Transformación de los imaginarios sociales y culturales. 2. Prácticas escolares saludables.</p> <p>Mejoramiento del Entorno Físico de la Escuela</p>

	<p>PDA/TVS: Salud Mental, AF, Ambiente Discapacidad.</p> <p>Intervenciones: Mapa de Identificación de Zonas Críticas.</p> <p>Respuesta: La Respuesta Integradora de Mejoramiento del Entorno Físico de las IEPS</p> <p>Responde a: Objetivo 1 y 2 del ámbito escolar.</p> <p>Meta: Prácticas Escolares Saludables.</p> <p>Acceso a Redes de Servicio de Salud y de Soporte Institucional Comunitario.</p> <p>PDA/TVS: Salud Mental, SSR, SO, Discapacidad, AIEPI, SVA.</p> <p>Intervenciones: 1. Redes de soporte social y comunitario para las personas de la IEPS. 2. Instrumento único de canalización a redes de servicio y de Bienestar Social.</p> <p>Respuesta: Disminuir barreras de acceso y estructurar procedimientos de respuesta interna de los equipos del programa.</p> <p>Responde a: Objetivo 3 del ámbito escolar.</p> <p>Meta: 1. Transformación de los imaginarios sociales y culturales. 2. Prácticas escolares saludables.</p>
Párrafo 38	El ámbito escolar desarrolla las respuestas integradoras en cinco fases a través de las que se busca consolidar el trabajo interinstitucional:
Subtítulo 8	Fase I. Apropiación de un pensamiento estratégico
Párrafo 39	Permite la construcción de acuerdos de trabajo en que participan diversos actores y sectores, con el fin de emprender procesos estratégicos, tendientes a cambiar las condiciones que afectan de manera negativa la calidad de vida de la población.
Subtítulo 9	Fase II. Acercamiento a las comunidades del territorio o ámbito de vida cotidiana.
Párrafo 40	Fase de acercamiento y de creación de lazos de trabajo colectivo con las personas que habitan o pasan parte de su vida cotidiana en el ámbito sujeto de la intervención.
Subtítulo 10	Fase III. Lectura compartida de necesidades
Párrafo 41	En este punto se lee el territorio tratando de hacer visibles las complejas condiciones que determinan la aparición de problemáticas negativas para la calidad de vida de la población.
Subtítulo 11	Fase IV. Construcción de planes de respuesta integral
Párrafo 42	Por tratarse de planes que pretenden responder a una lectura compleja y crítica de la realidad, es necesario que aborden los problemas identificados de manera integral, para así tratar de afectar los factores determinantes, gestionando y convocando la participación de múltiples actores y sectores alrededor de una agenda compartida que guíe la implementación de las respuestas.
Subtítulo 12	Fase V. Seguimiento y monitoreo
Párrafo 43	La producción de información útil para evaluar el impacto de los procesos desarrollados y la información, que tiene el papel de explicarnos las condiciones sociales en las cuales se origina el dato.
Subtítulo 13	8. GESTIÓN DE ÁMBITO

Subtítulo 14	Digital
Párrafo 44	El proceso de gestión distrital del ámbito escolar incluye la coordinación técnica y operativa, para la generación de respuestas integrales con las comunidades educativas, frente a las problemáticas y necesidades identificadas de manera conjunta, con base en acuerdos establecidos entre el sector salud y los sectores de Educación, Integración Social y Bienestar Familiar. La concertación con estos sectores en el nivel distrital resulta de vital importancia.
Párrafo 45	La coordinación técnica implica que desde el nivel distrital se realiza la definición de las acciones que desarrollan las ESE en la vigencia, que se realiza de manera conjunta con los referentes distritales de PDA y TVs. Y desarrolla el acompañamiento al proceso que implementa cada ESE.
Párrafo 46	El seguimiento técnico se concreta en la realización de reuniones con los pares referentes del nivel local, la revisión del SISPIC como sistema mensual de reporte de las ESE, la revisión de informes trimestrales de ejecución del PIC e informes de la firma interventora.
Párrafo 47	La dimensión técnica involucra la participación en el ASIS de las comunidades educativas.
Párrafo 48	El proceso de la gestión distrital del ámbito también incluye la coordinación administrativa del Proyecto de Inversión 624 Salud al Colegio, que consiste en: Formulación anual del Proyecto de Inversión. Ajuste y actualización de versiones del mismo. Reporte mensual de seguimiento a los avances, logros y resultados de la ejecución del programa. Análisis y presentación de informe de balance social y otros informes requeridos por la Administración y por los entes de control. Planeación y formalización con las ESE de las acciones PIC a contratar, metas y recursos, a través de la matriz de contratación. Revisión, análisis y proyección de respuestas ante solicitudes que realizan las ESE en cuanto a la ejecución de metas y acciones contratadas en el marco del PIC.
Subtítulo 15	Local
Subtítulo 16	Funciones del coordinador del programa por ESE:
Párrafo 49	Hacer gestión del programa en la localidad y en los espacios distritales que lo requieran teniendo en cuenta necesidades identificadas. Reuniones semanales con la SDS 12 horas mes Reuniones referente de educación de SAC 8 horas mes Sesiones de trabajo con los equipos del ámbito SAC 16 horas mes reuniones gestión local y gestión social integral 10 horas mes reuniones generales de la ESE 8 horas.
Párrafo 50	Análisis de situación de salud del ámbito escolar: Definición de espacios y metodologías para la recolección y análisis de la información. Procesamiento de la información propia del ámbito escolar.

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 99

	<p>Análisis integrado de la información propia del ámbito escolar por localidad y territorio de GSI.</p> <p>Aporte con el análisis territorial para la Construcción de agenda social y plan territorial de salud por territorio GSI.</p> <p>Seguimiento y actualización del análisis.</p>
Párrafo 51	Consolidar e interpretar la información recogida, estableciendo el aporte a las Metas vinculadas al programa (Tablero de indicadores) 20 horas mes.
Párrafo 52	Elabora módulos de formación y coordina su implementación con el equipo 10 horas mes.
Párrafo 53	Acompaña y evalúa las estrategias de trabajo propuestas por los equipos territoriales en el marco de los planes de acción mediante una metodología de sistematización del proceso. 20 horas mes.
Párrafo 54	Coordina los equipos, mediante acciones de acompañamiento y asesoría, conforme a las prioridades definidas con los colegios y sedes abordados. 56 horas mes.
Párrafo 55	Labores administrativas INTERNAS del ámbito, como el suministro de insumos para la facturación. 20 horas mes.
Párrafo 56	Estos tiempos pueden ser redistribuidos de acuerdo con las necesidades de cada equipo territorial siempre y cuando aparezca consignado previamente en los respectivos planes de acción.
Subtítulo 17	Funciones del gestor territorial por equipo de jardines, escuelas/colegios e IES:
Párrafo 57	Realiza labores de gestión con comunidad educativa de las instituciones.
Párrafo 58	Coordina los procesos de priorización de problemas a ser intervenidos y los acuerdos de intervención, de acuerdo con los criterios definidos por referentes distritales, coordinador del programa de la ESE y los actores de la comunidad educativa. 40 horas.
Párrafo 59	Orientación de los procesos de diseño de acciones pedagógicas que realizan los equipos del programa, para la inserción de temas de interés en Salud Pública en los currículos educativos
Párrafo 60	<p>Análisis de situación de salud del ámbito escolar:</p> <p>Identificación de actores sociales de las comunidades educativas y fuentes de información para desarrollo del análisis.</p> <p>Recolección y consolidación de la información propia del ámbito escolar.</p> <p>Divulgación social y retroalimentación del análisis por localidad y por territorio GSI a actores sociales de las comunidades educativas.</p>
Párrafo 61	Sesiones de trabajo con el objetivo de darle cohesión a los equipos básicos para la operación de las respuestas integradoras, en desarrollo de cada proceso.
Párrafo 62	Alimenta cuadro de indicadores básicos de su unidad territorial. 20 horas mes.
Párrafo 63	Coordina la elaboración (fase I), implementación (Fases II y IV) y seguimiento (Fases III y V) de plan de acción del equipo por institución educativa, y concerta con los actores de la comunidad educativa los procesos a desarrollar para dar respuestas adecuadas. 20 horas mes.
Párrafo 63	Es el responsable de consolidar y socializar con los actores de la comunidad educativa las estrategias concertadas, dando identidad a cada territorio. 20 horas mes.
Párrafo 64	Reuniones de retroalimentación con el coordinador del programa de la ESE. 16 horas mes.
Párrafo 65	Reuniones generales de la ESE. 8 horas mes.

Párrafo 66	El tiempo de dedicación de estos será de tiempo completo. Estos profesionales deberán contar con un equipo de cómputo actualizado y de manera permanente para el desarrollo de sus productos.
Subtítulo 18	9. Interrelaciones entre componentes PIC
Párrafo 67	El ámbito escolar establece sus procesos de articulación con los diferentes ámbitos y componentes del PIC, entre los cuales se destacan:
Párrafo 68	<p>VSP: articulación con SIVIM en torno a los eventos de violencias.</p> <p>Gestión Local: articulación con procesos de Redes Locales del Buen Trato.</p> <p>Ámbito Laboral: prevención del Trabajo infantil y la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes.</p> <p>Ámbito Comunitario: grupos promotores de línea 106 que dinamizan en su comunidad el proceso en jornada extraescolar.</p> <p>Ámbito Familiar: Remisión de casos identificados en instituciones educativas de embarazos en adolescentes, violencias y conducta suicida.</p> <p>Ámbito IPS: Aplicativos de captura de información de canalización y seguimiento.</p>

TITULO	PLAN DE TRABAJO PRESENTACION DEL ASIS DEL AMBITO ESCOLAR
Subtítulo 1	Objetivos del Ámbito Escolar
Subtítulo 2	Concepto
Párrafo 1	"... espacios sociales institucionalizados que poseen una organización y dinámica propia y tienen la función social de educar a los ciudadanos en las diferente etapas del ciclo vital. El ámbito escolar es un escenario potencial para la integración de políticas públicas y programas de promoción de la calidad de vida, por tratarse de un espacio social donde confluyen familias, redes de servicios, necesidades sociales y propuestas de desarrollo integral para la infancia y la juventud".
Subtítulo 2	Objetivo
Párrafo 1	Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada del Distrito Capital, mediante la construcción de espacios de <u>comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que responden a las necesidades, expectativas y potencialidades de la población,</u> desde el enfoque promocional de calidad de vida.
Subtítulo 3	<u>Objetivo Políticas Escolares</u>
Párrafo 2	...Política de salud escolar es el medio por el cual se materializa la posición y la voluntad de la institución educativa frente a los temas priorizados de interés en salud pública.
Párrafo 3	...acciones concertadas y orientadas a la definición de prácticas que promuevan la salud y el bienestar dentro de la institución educativa, acompañada de la gestión e incidencia en los mecanismos propios de las comunidades educativas para que incorporen conocimientos, que les permitan adquirir competencias a la

	hora de actuar...
Párrafo 4	Objetivo 1: Fortalecer las <u>relaciones intersectoriales que permitan al programa desarrollar acciones promocionales, preventivas y restitutivas de salud escolar</u> , que cuenten con la <u>participación de los actores y sectores, sociales, comunitarios e institucionales</u> .
Párrafo 5	Objetivo 2: Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.
Párrafo 6	Se implementaron diferentes estrategias a lo largo del año 2011, buscando operacionalizar estos propósitos en los colegios meta del programa Salud al Colegio.
Párrafo 7	Acciones generadas ante objetivo 1 Ante el objetivo para fortalecer relaciones intersectoriales se establecieron espacios de acercamiento y reunión con actores institucionales como los rectores, coordinadores y orientadoras de los colegios, a nivel local e institucional en coordinación con la dirección local de educación y la gestora de SAC desde el sector educativo. Se generaron acuerdos, compromisos y reporte de las actividades desarrolladas en los colegios, buscando facilitar la implementación del programa y por lo tanto el cumplimiento de la meta de promocionar la salud y la calidad de vida en las comunidades educativas de la localidad de Fontibón, así como generar acciones de prevención y restitución con los actores de los colegios.
Párrafo 8	Se generaron, espacio de reunión denominado <u>grupo gestor en salud escolar</u> , que para algunos colegios fue mensual, bimensual y/o trimestral, esto de acuerdo a la dinámica de cada colegio y a los espacios brindados por los mismo, en donde se monitoreaban los compromisos adquiridos por los profesionales que operan el programa, al igual que los líderes de los colegios que acompañan el proceso.
Párrafo 9	Hubo cancelación de las reuniones programadas para el grupo gestor debido a la disponibilidad de tiempo de los coordinadores o docentes encargados dentro de la institución cuyo manejo del tiempo responde más a las necesidades de la dinámica diaria que tenga cada institución.
Párrafo 10	Objetivo 2: Se desarrollaron dos grandes estrategias, <u>inicialmente las jornadas de bienestar docente y las actividades de inserción curricular</u> desde las diferentes áreas de estudio, las dos fueron trabajadas con los docentes de los colegios, con el fin de generar un reconocimiento e impacto de la salud y por lo tanto una sostenibilidad en el proceso que permita que las estrategias trabajadas se mantengan en el tiempo y hagan parte del colegio.
Párrafo 11	Este proceso fue muy positivo en la localidad, ya que en algunos colegios se logro estructurar un espacio mensual para este proceso y generar una cultura del cuidado y la salud física y mental del docente. En otros colegios los espacios fueron muy reducidos, especialmente en las sede de secundaria, por lo tanto se aprovechó y potencializó las reuniones de áreas para realizar la inserción curricular La estrategia de inserción curricular permitió tener un mayor acercamiento con los docentes, con los cuales se elaboraron guías lúdico-pedagógicas que fueron aplicadas por los docentes en el aula de clases, en donde se tomaron temas de promoción de salud desde las áreas de estudio. Esta inserción curricular también se desarrollo por medio de una bitácora en salud escolar, la cual pretendió de igual forma que las guías elaboradas por los profesionales en salud sea consultadas y retroalimentadas por todos los y las docentes y se fortalezca el currículo académico con temas en salud.

Subtítulo 4	<u>Objetivo Entorno social</u>
Subtítulo 5	Omisión por repetición de información
Párrafo 12	<p>Entorno social se comprende desde la perspectiva de derechos y de inclusión social, a partir de las formas de subjetividad que se producen desde la institución educativa y potencian el ejercicio de la autonomía y la capacidad de transformación del ámbito escolar, reconociendo las potencialidades y habilidades con que cuenta la comunidad educativa.</p> <p>El énfasis de esta respuesta integradora es la construcción de relaciones solidarias y colaborativas entre actores de la comunidad educativa y del entorno social comunitario, trabajando en el fortalecimiento de competencias sociales, habilidades para la vida y concertación de acuerdos entre actores de la comunidad educativa y del entorno social comunitario, para la transformación de los ambientes físicos y sociales.</p>
Subtítulo 6	Objetivo 3
Párrafo 13	Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.
Párrafo 14	se trabajaron dos grandes estrategias que buscaron fortalecer e incorporar competencias y habilidades para la vida, que facilitarían promover la calidad de vida y salud y las relaciones sociales en la escuela. Dentro de estas se encuentran la formación a grupos gestores en salud escolar y el desarrollo de jornadas de calidad de vida y salud, por medio de iniciativas lúdico-pedagógicas, recreativas y formativas con los y las estudiantes.
Párrafo 15	<p>el primer periodo del año y comprendió una articulación de los diferentes PDA y TVS para asignarle un enfoque de derechos e integralidad. En este sentido, se abordaron temas como la convivencia, la comunicación, resolución de conflictos, prevención de violencias, inclusión social, toma de decisiones, el autocuidado, el manejo del tiempo libre, la alimentación saludable y <u>el cuidado del medio ambiente</u>, pues cada uno de estos factores transversaliza la vida de los estudiantes impactando de esta manera en sus escenarios cotidianos y brindando estrategias para el mejoramiento de su entorno social.</p> <p>segundo periodo del año escolar los grupos gestores en salud formados diseñaron diferentes estrategias lúdico pedagógicas y recreativas para posicionar las habilidades para la vida con los demás compañeros y mejorar el entorno social de la escuela</p>
Párrafo 16	seis jornadas de calidad de vida y salud, tres por cada territorio, las cuales se enfocaron en la promoción de la salud y la calidad de vida,
Subtítulo 7	<u>Objetivo Entorno Físico</u>
Párrafo 17	contribuir en el propósito de fomentar en la institución la construcción de ambientes saludables para toda la comunidad educativa, se consideran conjuntamente las dimensiones, física y psicosocial del tema, por tanto un entorno físico saludable es aquel que también promueve las relaciones interpersonales positivas y armoniosas, basadas en los derechos humanos, libres de discriminación, agresión, violencia, alcohol, tabaco y otras drogas.
Párrafo 18	Objetivo 4. Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.
Párrafo 19	<p>ejercicio de cartografía en cada sede educativa, al igual que el diseño e implementación de una iniciativa que facilitara el reconocimiento y apropiación de las zonas protectoras de la escuela y el mejoramiento de las zonas críticas de las mismas.</p> <p>En general los lugares relacionados con la salud ambiental más afectados son los baños, así como son los que pueden llegar a ser zonas protectoras por las prácticas saludables que allí se pueden llevar a cabo como el lavado de manos.</p>
Párrafo 20	Se tuvo la oportunidad de articular el trabajo de la mesa temática de espacios libres de humo en una de las

	sedes donde se identificó la problemática de consumo de SPA (especialmente cigarrillo), se desarrolló un foro
Párrafo 21	La comunidad educativa de los colegios donde se elaboraron, expusieron y explicaron las señales saludables (no mal gastar el agua, no empujar en las escaleras, no gritar, hacer silencio, botar la basura dentro de la caneca, baños donde se ahorra el agua, cuidar las plantas, entre otras elaboradas por los estudiantes) aceptó la actividad y discutieron la pertinencia de las señales presentadas y las situaciones que se viven a diario
Párrafo 22	La feria de la salud fue un espacio de socialización apropiado porque se trabajaron todos los temas en un mismo espacio, se enfatizó respecto al cuidado del entorno físico en el cuidado de espacios del colegio como el baño, el patio y los pupitres; la participación de algunos niños expositores fue muy dinámica.
Párrafo 23	En el muro de los derechos y desechos, invitó a la comunidad educativa a hacer un alto y presentar un inconformismo frente a las situaciones que se presentan en espacios del colegio
Subtítulo 8	<u>Objetivo Respuesta accesos a servicios.</u>
Párrafo 24	En el ámbito escolar la respuesta integradora de Acceso a Redes de Servicios de Salud, Bienestar Social, y Soporte Comunitario consiste de una parte, en desarrollar, de forma integral los componentes que permiten respuestas directas de los equipos de salud, en los casos en que sea necesario y esté dentro de su competencia.
Párrafo 25	Objetivo 5. Desarrollar acciones para la identificación, atención y seguimiento de los problemas de salud que interfieren las condiciones de aprendizaje de la población escolar y preescolar del distrito, favoreciendo y facilitando el acceso a servicios de salud y redes de soporte institucional y comunitario
Párrafo 26	<p>Para lograr estos propósitos se distribuyeron las acciones en cinco estaciones saludables a desarrollar en todas las sedes de los colegios</p> <p>Estación uno denominada <u>conceptos claves</u>, en donde los PDA y TVS enseñaron a los docentes, estudiantes y padres de familia conceptos básicos en salud, que les permitan familiarizarse con las etapas de desarrollo y posibles alteraciones en salud de los niños y niñas para la identificación temprana de casos</p> <p>La estación dos llamada <u>signos y síntomas</u> de alerta en salud escolar busca que tanto docente, padres de familia y estudiantes conozcan los factores de riesgo y alarma para la identificación temprana de posibles dificultades o alteraciones en salud que ayuden a una identificación oportuna casos y minimice el riesgo en los niños y niñas de los colegios.</p> <p>La estación tres denominada <u>respuesta interna</u> del programa busca que los PDA y TVS desarrollen acciones que permitan el registro e identificación de los casos y en algunas ocasiones se realice atención primaria mientras los estudiantes llegan a los servicios de salud.</p> <p>La estación cuatro llamada <u>canalización y seguimiento</u> corresponde a la orientación y remisión de los casos</p>
Párrafo 27	cinco que se denomina <u>retroalimentación de los casos</u> , y hace referencia a la información suministrada a las Instituciones Educativas después de realizar el seguimiento realizado al caso... esta retroalimentación se realiza en algunas ocasiones en los grupos gestores o directamente con la instancia o persona que notificó el caso
Párrafo 28	Seguimiento de Tablero de Indicadores con corte a Julio - Agosto (fase 2) y a Diciembre (fase 5).
Párrafo 29	En relación al No de sedes cubiertas en el 2011 se cubrió el 100% mensualmente de la cobertura asignada correspondiente a 28 sedes, contando cada uno de los dos territorios con 14 sedes
Párrafo 30	En relación al No de colegios cubiertos en el 2011 se cubrió el 100% mensualmente de la cobertura asignada correspondiente a 18 colegios, contando cada uno de los dos territorios con 9 colegios.
Párrafo 31	En relación al No de docentes de la localidad abordados en el 2011 se alcanzó una cobertura acumulada de 1364 docentes con mayor participación en tercer trimestre
Párrafo 32	En relación al No total de niñ@s y adolescentes intervenidos directamente por el programa se alcanzó una

	cobertura del 70 % representado en 21530 niñ@s y adolescentes la localidad abordados en el 2011.
Subtítulo 9	Seguimiento de los instrumentos de reconocimiento de potencialidades y capacidades corte a Julio - Agosto (fase 2) y a Diciembre (fase 5).
Subtítulo 10	ASPECTOS GENERALES
Párrafo 33	<p>Desde la Coordinación y equipo de Gestión del ámbito escolar, se desarrollaron en varias oportunidades, espacios de análisis y comprensión de los objetivos del instrumento de reconocimiento de habilidades y potencialidades aplicado en las instituciones educativas del programa de salud al colegio y en los jardines,</p> <p>El instrumento que media la respuesta en términos de adecuación, capacidad y practicidad fue considerando en que su estructura no generaba una fácil comprensión de los objetivos de los ítems que valoraban cada una de las categorías que media.</p> <p>Que el instrumento mostrara una relación entre el programa y la operación de la nueva propuesta de operación del programa por respuestas integradoras, resultaba compleja para algunas transversalidades como salud visual, discapacidad, actividad física, que históricamente han debido afrontar importantes retos para incorporar en la estructura de la escuela promotora de calidad de vida y salud.</p> <p>La dificultad en adaptar el instrumento a las transversalidades se constituyó en un factor de incidencia donde las calificaciones resultantes, considerando que para el primer momento de aplicación en el mes de Marzo y Abril, sus puntuaciones redujeron de manera significativa los ponderados generales de los PDAS y Tvs.</p>
Párrafo 34	<p>En el segundo momento se revisan los parámetros del instrumento de evaluación de las respuestas.</p> <p>Con base en la adecuación del uso del instrumento se establece el estado general de la institución frente a los procesos desarrollados y los alcances.</p>
Párrafo 35	<p>Aplicación del instrumento se realiza en el mes de Noviembre en los colegios y jardines dando respuesta a los requerimientos de cierre de fase 4 de la respuesta de políticas escolares saludables, a un total de 28 sedes y 16 jardines infantiles</p> <p>La aplicación del instrumento se implementará de acuerdo a las dinámicas propias de los diferentes planteles</p> <p>Los actores que aplican el instrumento se diferencian por territorios.</p> <p>Para el territorio uno a través <u>de grupos gestores y para los jardines.</u></p> <p><u>Para territorio 2 a través de trabajo de pares institucionales.</u></p> <p><u>Con estos actores se adquirido para este momento alianzas metodologías y estrategias</u> que facilitaran el desarrollo de las respuestas y la coordinación e implementación de las mismas.</p>
	<p><u>En torno a la aplicación de los instrumentos</u> frente a la metodología de aplicación de los instrumentos, se realizaron en colegios preguntas orientadoras desde los diferentes pdas y tvs, que facilitaran su implementación y redujeran su implementación a percepciones de encuestas y proyecciones estrictamente numéricas, dando paso a la comprensión y desarrollo de diálogos compartidos</p> <p>En jardines se implementaron estrategias lúdicas que por la naturaleza de los grupos de trabajo en cantidad y tiempos resultara mas proactiva y comprensible.</p>
Párrafo 36	los resultados de cambios en los gráficos no son muy evidentes, considerando que este refleja leves ascensos numéricos que no evidencian los cambios identificados en los procesos,
Subtítulo 12	RESULTADOS ARROJADOS EN EL MES DE ABRIL (PRIMER MOMENTO)

Subtítulo 13	TERRITORIO 1
Párrafo 38	En las instituciones en las UPZ, 76, 77 y 75. Desde la coordinación del ámbito y la gestión territorial se dispuso como estrategia la aplicación del instrumento por cada proyecto de autonomía y transversalidad que desarrollan el programa.
Párrafo 39	FASE 1:TERRITORIO I: ADECUACION: la mayor puntuación asciende a 3 como promedio valorado en las tres preguntas de la categoría; encontrándose en esta calificación los IED Carlos Federici, Batavia, Palestina, Integrado sede A, prados de Alameda, san Jorge y Bahía Solano, siendo importante indicar que la evaluación de este instrumento contó con un factor de alta incidencia como la evaluación realizada por la transversalidad de salud visual, donde la puntuación fue de 1 .
Párrafo 40	..El ejercicio promocional aun requiere de tiempos para posicionar el proceso. Para la mayoría de los colegios, incorporar temas de salud en los procesos de aprendizaje y planes de estudio, se reconoce como importante, sin embargo no se incorpora de políticas de salud en los colegios, excepto aquellos programas que por norma deben ser incorporados, como el proyecto de educación sexual, los proyectos de convivencia y los incluidos en los proyectos ambientales del sector educativo.
Subtítulo 14	CAPACIDAD
Párrafo 41	La mayoría de instituciones educativas reconocen la participación del programa de salud al colegio en los procesos de apropiación del conocimiento Los ejercicios para poner en operación los conocimientos, son limitados por las planeaciones realizadas por los colegios en el mes de Enero.
Párrafo 42	La mayoría de los colegios presentan inconvenientes para la permanencia de las personas en los grupos gestores, lo cual ocasiona interferencias en la continuidad de los procesos y de los niveles de responsabilidad en la continuidad del programa. 11p
Párrafo 43	Carlos Federici ha incorporado en su plan de estudios los temas de salud desarrollados históricamente por el programa, lo cual lo constituye en uno de los colegios con mayores competencias como escuela promotora de calidad de vida y salud, aspecto que numéricamente no se refleja considerando que las transversalidades de discapacidad, y salud visual registraron valores de 2 a la calificación del instrumento en esta categoría.
Subtítulo 15	PRACTICIDAD
Párrafo 44	la no incorporación en los planes de trabajo del año, que se elaboran en las dos primeras semanas de receso de actividades para la población educativa de actividades que incorporen los temas de salud. Las jornadas que hasta la fecha han sido incorporadas por iniciativas en los colegios en el tema de salud, se desarrollan en el Carlos Federici Semana de la salud, donde se realizan actividades culturales y pedagógicas que promueven la salud a toda la comunidad incluyendo igualmente a los padres.
Subtítulo 16	TERRITORIO 2
Párrafo 45	en este territorio UPZ 75 y76 han mostrado un mayor nivel de dificultad para el ingreso del programa, lo cual ha ocasionado una demanda superior de tiempos y
Párrafo 46	definir la salud desde un marco integral y promocional,, es claro que el concepto de la salud desde lo reconstitutivo prevalece aun en las direcciones de algunos colegios de este territorio donde los equipos de docentes y directivos reconocen la salud desde esta única perspectiva, Aunque las dinámicas respecto a la importancia de contar con personas pares del programa en las instituciones se ha trabajado desde la coordinación y gestión intersectorial del programa, no se cuenta con una constante de responsabilidad y asistencia en los espacios de planeación, organización y ejecución, especialmente en las instituciones que cuentan con mas de una sede.
Párrafo 47	En tres colegios, el programa se recibe bajo el argumento de ser una disposición desde la dirección local y

	un compromiso con el nivel central
Párrafo 48	Las experiencias recogidas de los años inmediatamente anteriores se constituyen en antecedentes fundamentales para otorgar al programa el carácter institucional
Subtítulo 17	CAPACIDAD
Párrafo 49	La mayoría de los colegios presentan inconvenientes para la permanencia de las personas en los grupos gestores, lo cual ocasiona interferencias en la continuidad de los procesos y de los niveles de responsabilidad en la continuidad del programa.
Párrafo 50	La disposición de los docentes y directivas es muy diversa en este territorio, siendo los tiempos y las demandas de responsabilidades asignadas desde las rectorías, los aspectos que validan las dificultades para el desarrollo y entrada de los profesionales a algunas sedes de colegios públicos, no siendo este el panorama que se ha valorado en las instituciones de convenio y privadas
Párrafo 51	En los docentes la sobrecarga laboral de esta población no ha favorecido el trabajo. PRACTICIDAD p.12
Párrafo 52	La evaluación de esta categoría para este territorio ubica a la mayoría de colegios en 2 y 3, siendo los principales aspectos relacionados con la puntuación, la no incorporación en los planes de trabajo del año, que se elaboran en las dos primeras semanas de receso de actividades para la población educativa de actividades que incorporen los temas de salud. ... ser colegio nuevos en el proceso la calificación en esta categoría por parte de los PDAs y TVS se acercó a los 4 y 5.
Párrafo 53	Omitido referente a los elementos de validación del instrumento.
Subtítulo 18	RESULTADOS ARROJADOS EN EL MES DE JULIO (Segundo momento)
Párrafo 54	El ejercicio arroja un incremento ponderado de un punto para la mayoría de los colegios frente a la identificación y reconocimiento de la transversalidad y el pda en las tres categorías, siendo este un indicador positivo valorado
Subtítulo 19	Adecuación: Evalúa la Infraestructura organizativa de la IED
Párrafo 55	las actividades de bienestar docente y las actividades de formación con grupos gestores del entorno social ya se estaban implementando
Párrafo 56	principales momentos la elaboración de la cartografía social como un trabajo que dio fuerza y reconocimiento institucional del trabajo y que proyectaba las necesidades puntuales de generara estrategias para la promoción de la salud ambiental
Párrafo 57	Omitido, Transversalidad de Seguridad Alimentaria y Nutricional :
Párrafo 58	Omitido Salud visual
Párrafo 59	Omitido Salud oral
Párrafo 60	Omitido Transversalidad de Necesidades Educativas especiales
Párrafo 61	Omitido Actividad Física
Subtítulo 20	Practicidad, formas en que los conocimientos se convierten en acciones.
Párrafo 62	Nivel 3 y 4 donde se encontraron formas de generar propuestas transversales al trabajo educativo donde salud sexual fue incluida junto a otras respuestas.

Subtítulo 21	RESULTADOS ARROJADOS EN EL MES DE NOVIEMBRE
Párrafo 63	Para este mes de aplicación de los instrumentos en las tres categorías en los diferentes colegios la dinámica demostró de manera relevante una ganancia en el posicionamiento político del programa y reconocimiento de aspectos como la integralidad y la organización en la operación del ámbito y la articulación de los diferentes pds y tvs, pese a las múltiples situaciones de tipo administrativo y técnico que afronto el ámbito en la propuesta de operar por respuestas integradoras.
Subtítulo 22	ADECUACIÓN
Párrafo 64	<p>mayor comprensión por parte de los colegios y las directivas sobre la importancia de incorporar en sus actividades pedagógicas y lúdicas la salud como tema transversal de la educación integral</p> <p>...la estrategia de contar en los colegios con pares para el desarrollo de las actividades y seguimiento de los procesos se considera una de las mayores fortalezas en esta categoría, aspecto que logro generar propuestas de algunos docentes frente a la importancia de incluir en las materias electivas y algunos logros temas y metodologías aprendidas desde las estrategias de inserción curricular y bienestar docente.</p> <p>mejor comprendida encontrando un mayor participación de algunos actores de las instituciones como padres y estudiantes que posiblemente habían adoptado roles menos participativos en vigencias anteriores, la incursión en los grupos gestores y la planeación conjunta de la mayoría de actividades facilitaron una definición menos parcializada de las responsabilidades y aportes al desarrollo del programa.</p>
Párrafo 65	Factores como la aceptación de los equipos y los procesos actitudinales y motivacionales mejoraron de manera positiva las propuestas de salud en el segundo semestre del año, lo cual potencio los espacios ganados en el año inmediatamente anterior, y la permanencia en los escenarios para la puesta en escena y planeación del programa en las mesas de rectores, reuniones de área, comités académicos, y espacios de trabajo en aula con docentes y directivos de grupo, se considera que para esta categoría incidieron los espacios de trabajo de bienestar docente e inserción curricular
Subtítulo 23	CAPACIDAD
Párrafo 66	La revisión de las mallas curriculares en algunas instituciones, la participación en la revisión de algunos proyectos transversales de las instituciones, la inclusión de los profesionales en espacios de trabajo de formulación de iniciativas y propuestas como en el caso de las jornadas y formulación de iniciativas, se constituyeron en variables positivas para el avance de la categoría, y aunque los grupos de trabajo no son lo suficientemente sólidos ni frecuentes en tiempo y actores de la institución, se contó con mayor número.
Párrafo 67	Aunque se pusieron en escena desde todos los espacios de trabajo en lo local y en particular de las IED, la importancia de ingresar en los planes de estudio curricular, existen debates frente a los alcances que puedan lograrse en lo local, mientras estas proyecciones no sean puestas en escena en los espacios distritales y las instancias donde puedan tomarse decisiones como es el caso de la secretaria de educación.
Subtítulo 24	PRACTICIDAD
Párrafo 68	se reconocen avances en los dos territorios los cuales corresponden a actores específicos de algunas instituciones educativas que asumieron la vocería y el liderazgo para desarrollar algunas iniciativas que surgieron durante los momentos de trabajo con los profesionales de SAC, el desarrollo de fechas especiales para algunos colegios como la semana de la cosecha, las semanas del afecto, las semanas culturales y los espacios de presentación de enseñanzas en algunos cursos, incorporaron en sus objetivos iniciales los temas de la salud
Párrafo 69	<p>Es necesario indicar que las instituciones en este año, destinaron unos mayores espacios y tiempos sin ser los suficientes para el desarrollo del programa</p> <p>la presencia de los profesionales de salud es considerada como fundamental, y aunque se reconocen avances en algunos colegios como el Carlos Federici, Pablos Neruda, Rodrigo Arenas y los integrados, los procesos de salud al colegio requieren presencia y acompañamiento, siendo importante indicar que los cambios administrivos en los colegios y las rotaciones e incapacidades de los docentes así como la inclusión de diversidad de programas y propuestas que llegan a los colegios que ocasionan disminuciones de tiempos</p>

	y la necesidad de priorizar y distribuir su presencia.
Párrafo 70	Es fundamental para el resultado de la gestión de salud y educación y coordinación de este año, con la autonomía delegada desde el CADEL para que las propuestas de ingreso a los colegios de las diferentes instituciones fueran dialogadas con el equipo y articuladas y priorizadas dentro de los colegios, aspecto que permitió un mejor trabajo y planeación de actividades en forma intersectorial
Subtítulo 25	COMPARATIVO DE LOS MESES DE ABRIL, JULIO Y DICIEMBRE
Subtítulo 26	Territorio 1
Párrafo 71	Omitido. Presentación de gráfico
Párrafo 72	Se muestra cambios en las instituciones frente a la acogida del programa en colegios específicos, tales como: ANTONIUO VAN UDEN SEDE B Y SEDE C , PERPETUO SOCORRO, SAN JORGE , CARLOS FEDERICCIO Y EL COLEGIO INTEGRADO DE FONTIBON CON SUS CUATRO SEDES,
Párrafo 73	En colegios como Atahualpa , el Antonio van Uden sede A u el instituto técnico internacional, no hubo acogida del programa.
Subtítulo 27	TERRITORIO 2
Párrafo 74	En relación a los datos generales que presenta la grafica frente a los resultados encontrados en las 14 sedes del territorio numero 2, que se ubican en las UPZ 75 primordialmente, 110 y 112 y espacios de las UPZ 76, se reflejan datos importantes considerando las difíciles dinámicas de algunas instituciones de este territorio que mostraron algunas resistencias en la primera y segunda fase del programa.
Párrafo 75	En el colegio Villemar el Carmen sede c las dos últimas aplicaciones demuestran evidencias de algún grado de avance.
Párrafo 76	el colegio villemar sede A y el colegio Luis Angel Arango se dieron dinámicas que generaron mayores tiempos de dedicación de los profesionales y procesos permanentes de gestión con la dirección local de educación, secretaria de educación y salud para avanzar en los puntos críticos del proceso.
Subtítulo 28	Caracterización de las localidades. (Omisión).
Subtítulo 29	Problematización
Subtítulo 30	General problematización de la localidad
Subtítulo 31	UPZ 75
Subtítulo 32	NUCLEOS PROBLEMATIZADORES
Párrafo 77	Aumento de personas con actividades informales como consecuencia de la falta de empleo en el sector formal, teniendo como consecuencia la invasión de espacio público falta de capacitación acorde con la oferta de empleabilidad brindada en la localidad que afecta de manera directa a los jóvenes en edad productiva y a los y las adultas. una inadecuada alimentación y el aumento de condiciones inapropiadas de vivienda como el inquilinato.
Párrafo 78	Deterioro ambiental, generado por la zona comercial del territorio ubicado en las principales vías, reflejado principalmente en contaminación auditiva, visual y atmosférica e inadecuado manejo de residuos sólidos.
Párrafo 79	Por contar con la mayor zona comercial de la localidad, este territorio recibe un alto número de visitantes provenientes de diferentes partes de la localidad y/o de otras localidades que se encuentran expuestas a sufrir ETAS (enfermedades transmitidas por alimentos), debido al aumento de ventas ambulantes de

	alimentos de procedencia desconocida
Párrafo 80	Otras problemática importante que afronta este territorio, es la presencia de casas de lenocinio que están cambiando su denominación jurídica por clubes privados para camuflar el ejercicio de la prostitución y evadir la intervención de las autoridades sanitarias locales y distritales.
Párrafo 81	Contaminación por industrias y vertimientos generados por la operación de lavaderos de autos, talleres de mecánica, industrias y estaciones de servicio.
Párrafo 82	Altos niveles de inseguridad en zonas específicas del territorio, presencia de pandillas, delincuentes, expendios de estupefacientes y consumidores de psicoactivos con especial identificación en población joven escolarizada y adultos el micro tráfico afecta a la comunidad de esta zona en temas como la movilidad, el uso del espacio público y los parques vecinales y de bolsillo limitando la recreación y la participación.
Párrafo 83	Déficit en la movilización comunitaria por desconocimiento de espacios de participación y falta de información desde las entidades relacionadas con las actividades que actualmente se desarrollan
Párrafo 84	300 mujeres al ejercicio de la prostitución, en este grupo específico se evidencia falta de información y auto cuidado integral en este grupo poblacional que afecta su calidad de vida y ponen en riesgo la salud de las personas que frecuentan estos lugares.
Subtítulo 33	UPZ 76
Párrafo 85	Deterioro ambiental ocasionados principalmente por las emisiones de agentes contaminantes debido a las actividades económicas propias del sector y la concentración de zonas industriales Falta de mantenimiento de las zonas verdes que generan alta proliferación de plagas, espacios propicios para el depósito de escombros y otros tipos de residuos. Ruido ambiental debido a la operación del aeropuerto internacional el DORADO
Párrafo 86	Inadecuadas condiciones económicas, sociales y familiares que afectan la salud mental y el desarrollo de proyectos de vida
Párrafo 87	Baja oferta laboral e inserción de la población local en la economía formal del territorio como consecuencia de la baja o no pertinente cualificación de la mano de obra.
Párrafo 88	Falta de cobertura en la intervención de rehabilitación integral para la población en condición de discapacidad
Subtítulo 34	UPZ 77
Párrafo 89	Baja oferta laboral e inserción de la población local en la economía formal ubicadas en el territorio, por la discordancia entre preparación para el empleo y oferta laboral local. Concentración de empresa privada, y su contratación no es específicamente local, aumentando el número de población trabajadora informal de la localidad.
Párrafo 90	Condiciones medio ambientales poco favorables como: riesgo de inundaciones, emisión de gases contaminantes.
Párrafo 91	El deterioro ambiental del territorio también se puede asociar con la falta de mantenimiento de los jarillones cercanos al río Bogotá y meandro el Say, Presencia de viviendas y parqueaderos que no cuentan con sistemas de alcantarillados,
Párrafo 92	autorización de construcciones ambientalmente negativas cercanas a las fuentes hídricas, la declaración del uso del suelo descrita en el Plan de Ordenamiento Territorial

Párrafo 93	Inseguridad alimentaria provocada principalmente por aspectos de tipo socioeconómico, inadecuadas prácticas alimentarias, déficit de servicios de apoyo alimentario y puntos de acopio de alimentos insuficientes.
Párrafo 94	Altos niveles de inseguridad en zonas específicas del territorio UPZ 77, que afectan población joven en general y escolarizada (IED CARLO FEDERICCI) presencia de pandillas, delincuentes, expendios de estupefacientes y consumidores de psicoactivos, agravada por el microtráfico.
Párrafo 95	Microtráfico (venta y consumo), de estupefacientes, presencia de pandillas.
Párrafo 96	Mínima movilización de la comunidad por desconocimiento y por falta de información desde las entidades relacionadas con las actividades que actualmente se desarrollan, entre otros aspectos por la no existencia de espacios de participación en el territorio. Resistencia y desesperanza aprendida de parte de la comunidad frente a acciones de las entidades locales y distritales. Falta de cooperación, organización y continuidad en los procesos que fomenten el mejoramiento de las condiciones en el territorio.
Párrafo 97	Ausencia de un modelo de atención integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica, cultural y de género, con énfasis en modelos de salud, vivienda, territorio, educación y soberanía alimentaria, que responda a las necesidades de la población indígena Misak, asentada en el territorio UPZ77,
Párrafo 98	UPZ DORADO
Párrafo 99	Falta de oportunidades para el empleo debido a que la información que se genera a nivel de la localidad es restringida para este territorio por considerar que hay existencia de condiciones laborales favorables, hay escasa capacitación y las que se identifican están relacionadas con actividades económicas que no responden a la oferta laboral de la localidad.
Párrafo 100	El uso del espacio por parte de los jóvenes y su estigmatización como generador de violencia e inseguridad puede generar acciones represivas de parte de los adultos ocasionando fenómenos de convivencia y conflicto permanente que afectan a los demás habitantes del sector.
Párrafo 101	Limitado acceso a servicios sociales distritales y locales de la población que habita en el territorio El Dorado
Párrafo 102	Deterioro ambiental, generado principalmente por una inadecuada disposición de residuos sólidos en grandes superficies (centros comerciales, supermercados) y/o bodegas de depósitos de alimentos y Terminal de transporte terrestre del Salitre. Los centros comerciales se han convertido en grandes generadores de residuos Sólidos y Líquidos que no cuentan con una adecuada disposición en sectores como el Salitre (UPZ 110). Otros problemas ambientales determinantes del territorio, son la presencia de olores ofensivos en épocas invernales, la inadecuada tenencia de mascotas, contaminación visual, contaminación auditiva generada por industrias, comercio, Alto tráfico vehicular y la operación del Aeropuerto Internacional el Dorado, intoxicaciones por alimentos, proliferación de estaciones bases de telefonía celular, generación de material particulado por deterioro de la malla vial a causa del flujo constante de tráfico de vehículos pesados e intermunicipales, presencia de vectores y roedores, vertimientos ilegales, deforestación, Contaminación ambiental del humedal de Capellanía principalmente, debido a su estado de "abandono" por parte de las autoridades encargadas
Párrafo 103	El aeropuerto visto como puerta de acceso de pasajeros procedente de países de todo el mundo, pero al mismo tiempo aumenta el riesgo de origen biológico.
Párrafo 104	La presencia de estos grupos de jóvenes se asocian con consumo de alcohol, drogas y pandillismo.
Subtítulo 34	Particular: Problematicación de la población escolarizada y Respuestas Generadas
Párrafo 105	Respuesta del Ámbito Escolar

Párrafo 106	Relacionar las acciones del programa con la problematización planteada en los dominios: general, particular y singular:
Subtítulo 35	PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EL AMBITO ESCOLAR 2011 y RESPUESTAS GENERADAS POR LOS PROYECTOS DE AUTONOMIA Y TRASVERSALIDAD
Párrafo 107	El ámbito escolar en el 2011, implemento el programa Salud al Colegio en 28 sedes del sector educativo, las cuales se encuentran divididas en 2 territorios de acuerdo a la ubicación y cercanía de las instituciones educativas, y referenciadas a continuación en las UPZ de la localidad donde se encuentran ubicadas
Párrafo 108	El ámbito escolar, inmerso en uno de los componentes del plan de intervenciones colectivas, estructura para este año, estrategias de participación y construcción de conocimiento a partir de las experiencias y desarrollo de propuestas para generar en los espacios escolares competencias y habilidades que faciliten la promoción de la calidad de vida y salud de la comunidad educativa en particular.
Párrafo 109	<u>La participación de los referentes de las diferentes transversalidades y proyectos de autonomía en los escenarios de salud pública, se constituye en una de las puertas de entrada para la recepción de información y análisis de los resultados encontrados en los espacios de las instituciones educativas donde se realiza el programa, siendo este el escenario propicio para la construcción de nuevas propuestas de respuesta desde la mirada de los diferentes escenarios del PIC.</u>
Párrafo 110	<u>proceso de reconocimiento de las problemáticas</u> <u>planeación de estrategias construidas de manera articulada</u> <u>una fase de operación</u> <u>Una fase final de balance de los logros alcanzados por el proceso con resultados cualitativos y cuantitativos</u>
Párrafo 111	La participación permanente desde la coordinación en los escenarios de la red promotora de calidad de vida y salud que se realiza de manera semanal con la participación de las coordinadoras de salud pública y de PIC, permito el desarrollo de espacios para el análisis de resultados y hallazgos evidenciados desde el ámbito escolar. La priorización de esta población, considerando que las respuestas institucionales no se han fortalecido en el primer y segundo nivel de atención constituyéndose esta debilidad en una oportunidad de trabajo para los equipos de Salud pública.
Párrafo 112	Los acuerdos y acercamientos de trabajo establecido desde la coordinación, con los profesionales referentes del ejercicio de Asís y gestión local de la ESE, permitieron avanzar en la realización de dinámicas que contribuyeran al desarrollo de espacios de concertación y escucha con actores de la comunidad educativa para el análisis de eventos como el embarazo en la adolescencia,
Párrafo 113	En este sentido, las respuestas integradoras se constituyeron en una herramienta esencial para los referentes de ámbito, las cuales facilitaron niveles de acercamiento con los NNA y docentes para incursionar en la lectura de realidades que no se encuentran documentadas pero que afectan las realidades diarias de la comunidad educativa.
Párrafo 114	En este sentido, basados en la estructura de operación del ámbito se identifican los siguientes determinantes estructurales, particulares y singulares identificados desde el ámbito escolar, constituyéndose en el trazador de objetivos y estrategias para los fases de planeación y operación del ámbito que aportaran a las necesidades de las instituciones, a las metas locales y distritales y los objetivos de la salud pública como ruta trazadora.
Párrafo 115	En las instituciones objetivas están concentradas acciones de diferentes entes estatales.
Párrafo 116	La población matriculada en los jardines es inferior a 50 niños en un 60% de los jardines en los barrios de las UPZ 75, 76, 77, lo cual interfiere en la búsqueda activa y selección de instituciones de acuerdo a los requerimientos enviados por la SDS.

Párrafo 116	Los procesos administrativos de colegios y jardines incrementan la rotación de la población afectando la continuidad de los procesos.
Párrafo 118	Las dinámicas del sector laboral reducen la oportunidad de asistencia de los padres limitan y reducen la presencia de estos en el sector salud.
Párrafo 119	La operación de las políticas públicas en lo local no se desarrolla en la magnitud de las propuestas descritas en sus contenidos.
Subtítulo 35	DOMINIO PARTICULAR:
Párrafo 120	La localidad no cuenta con la oferta institucional suficiente para la demanda de los eventos identificados y notificados
Párrafo 121	La oferta institucional local se concentra en una UPZ (75), lo cual distancia las oportunidades de acceso a los servicios de la población escolar y de jardines,
Párrafo 122	Las redes de micro tráfico y los sitios de lenocinio y prostitución existentes en lo local, y que se concentran en los espacios públicos aledaños a los colegios y jardines funcionan sin control de las autoridades competentes.
Párrafo 123	Malos hábitos de alimentación en los niños menores de 5 años, de los jardines y colegios, reforzados por los insumos alimenticios inapropiados que expenden las tiendas escolares,
Párrafo 124	Condiciones de vulnerabilidad de las familias de los niños impiden una adecuada alimentación.
Párrafo 125	Desde el ámbito escolar, <u>las acciones se han concentrado en los escenarios de fortalecimiento de la articulación intersectorial, las redes de apoyo local y las instituciones del sector público y/o privado que se constituyen en puentes y aportes esenciales</u> en los eventos relacionados con la población en condición de discapacidad y apoyos en la valoración diagnóstica de casos de salud mental, considerando que no se cuenta en lo local con instancias que aporten a los ejercicios resolutivos de los eventos identificados y canalizados por el ámbito escolar
Párrafo 126	Los <u>espacios de decisión en lo local</u> , como los consejos locales de gobierno, las reuniones de grupo conductor de la gestión social integral entre otros, son representados por los referentes de gestión local y la participación del gerente del CADEL, quienes se constituyen en los representantes del programa en lo local. Al igual que en los espacios de las reuniones locales como <u>la red del buen trato</u> , la mesa local de sexualidad, las cuales son representadas por los referentes de gestión local, considerando que muchos de estos espacios ha solicitado la participación de un solo representante de la <u>ESE que generalmente es el referente de la transversalidad o proyecto de autonomía del equipo de gestión local, quien en las reuniones internas socializa los avances y hallazgos de estos espacios de construcción</u> . Es importante indicar, que este año por la dinámica propia de las respuestas integradoras <u>no se generaron espacios importantes de participación en las reuniones de la GSI por parte del ámbito escolar</u> , siendo estos espacios reducidos a las reuniones de salud pública de la ESE, sin embargo, se contó con la información de los resultados de estos encuentros y se generaron algunos informes frente a lo requerido desde el ámbito escolar.
Párrafo 127	Desde la coordinación y gestión se han evidenciado en los escenarios de reuniones de rectores, coordinadores, orientadoras, gerencia del hospital y reuniones con la policía la evidencia de los problemas de redes de microtráfico en la localidad, siendo a este nivel este el nivel de acercamiento y respuesta posible desde el ámbito escolar.
Párrafo 128	En relación a las <u>dificultades de oferta de servicios en lo local</u> , se realizaron algunos acercamientos con la gerente del ICBF local a través de la gestora de educación y de salud, Resultado de este ejercicio se dio la información de los casos prioritarios de atención recogidos por los

	profesionales y orientadoras de las IED para que fueran atendidos de manera inmediata por los profesionales del centro zonal, sin embargo, los repartos de casos y los tiempos de espera no facilitaron los resultados esperados, fueron igualmente realizados con el gerente del cadel y el Icbf, acuerdos para la realización de formato de exclusividad para los casos remitidos por el sector educación que facilitaran a los profesionales del centro zonal la priorización de los mismos; formato que no se ha hecho oficial aun.
Párrafo 129	<u>Para el caso puntual de las redes de atención de la ESE, se dispuso establecer un plan de acuerdos con el ámbito IPS</u> para realizar seguimientos a los casos canalizados por el escolar de usuarios del hospital, <u>aunque es importante indicar que la población mayoritaria es del contributivo y que los cruces de estos usuarios se envían para que la SDS realice este seguimiento</u> , en este sentido el hospital viene realizando actividades de información y socialización de la estrategia a las upas y camis para que este ejercicio logre sus objetivos de lograr una canalización efectiva del 100% de usuarios de la ESE.
Subtítulo 36	DOMINIO SINGULAR
Párrafo 130	No se generan al interior de los escenarios de colegios y jardines políticas saludables así como tampoco interés para incursionar en las mismas
Párrafo 131	El ingreso del programa en los barrios de las <u>UPZs 114 y 115</u> , en procesos de convocatoria definen poca <u>receptividad del proceso por parte de los padres y directivas institucionales con imaginarios de la salud pública solo para la población de bajos recursos</u>
Párrafo 132	Las responsabilidades de formación y educación de los hijos han sido cedidas en su totalidad al sector educativo, apreciándose una conceptualización variable frente a los roles familiares y los compromisos estatales en el proceso.
Párrafo 133	dentro del esquema de respuestas integradoras, los determinantes definidos en este dominio, fueron trabajados desde las cuatro respuestas a través de las estrategias de bienestar docente, <i>inserción curricular, grupos del entorno social, jornadas de calidad de vida y salud, foros, conversatorios, estaciones saludables, grupos de gestión de las IED y encuentros lúdicos liderados por los diferentes PDAS y TVS</i> que se encuentran descritos a continuación en los contenidos de las respuestas implementadas por el ámbito.
	<u>Omisión de información por similitud</u>
Subtítulo 37	<u>Medio Ambiente</u>
Párrafo 134	<u>El plan distrital de salud plantea como meta a 2011 la implementación de la Política de Salud Ambiental en las 20 localidades.</u> Esta política que ha sido formulada por el sector salud y está en proceso de implementación ha sido socializada a las docentes de las 14 instituciones educativas del territorio uno y los temas abordados en diferentes eventos se han relacionado con las líneas de acción de la misma (calidad del aire, ruido, calidad del agua y saneamiento básico, alimentos sanos y seguros).
Subtítulo 38	Salud Sexual Y Reproductiva
Párrafo 135	Desde estos frentes se <u>abordaron temas</u> como la importancia del autoconocimiento y del amor propio para la toma de decisiones y construcción de proyectos de vida, también el abordaje de género y su equidad en las relaciones familiares, socioculturales y de pareja, abuso sexual. La importancia del acceso a los servicios de Salud para recibir información y formación sobre cambios físicos y psicológicos, y sobre los MAC acordes a su organismo en caso de las mujeres y el uso del condón en caso de los hombres y como medida de doble protección ante ITS y Embarazos no deseados o planeados. La <u>realización de grupos focales por género</u> contribuyo a conocer los mitos e imaginarios de los y las adolescentes frente a la sexualidad.
Párrafo 136	Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual).
Párrafo 137	se hace necesario un <u>abordaje mayor hacia el conocimiento</u> , identificación del abuso sexual, como situación que afecta diariamente a los escolares
Párrafo 138	Prevención del Abuso Sexual (AS), a partir del abordaje con docentes, padres de familia
Párrafo 139	Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años

Párrafo 140	sensibilizar a los estudiantes de grados sexto a 11 en cuanto a cambios físicos y psicológicos, observándose que los jóvenes aún tienen muchas inquietudes frente a los cambios que se producen en la pubertad, se aclararon conceptos y dudas relacionadas de acuerdo al despertar sexual.
Párrafo 141	de grados 8 y 9 se trabajó el tema de la construcción del amor y relaciones afectivas por medio de la dinámica Un ideal Real, en donde los estudiantes expresan las diferentes situaciones y expectativas relacionadas con la elección de la pareja de forma ideal y real, en donde se logra una discusión para comprender los aspectos que son importantes para cada persona y como lograr una armonía cuando se inicia un vínculo afectivo
Párrafo 142	Para los grados 10 y 11 se trabajó desde una perspectiva de los DSR, por medio del reloj de la sexualidad, en la cuál por medio de preguntas relacionadas con mitos, afectividad, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual
Párrafo 143	Durante el trabajo desarrollado desde la respuesta integradora de Entorno Social, se logro fortalecer procesos como el de la comunicación, la toma de decisiones, la familia y los valores, los Derechos Humanos y los DSR, el autoconocimiento, el auto cuidado, las competencias ciudadanas, y sobre los métodos anticonceptivos los cuáles fueron abordados de manera integral, logrando observar que los adolescentes expresan sus diferentes ideas en torno a la sexualidad, MAC, ITS, y el Embarazo adolescente, desde allí se contribuyó a que los y las jóvenes reflexionaran frente a sus decisiones y como afectan estas su salud y su proyecto de vida.
Párrafo 144	como la Jornada de Reflexión en la IED Carlo federici, en la cuál los estudiantes por medio de dinámicas variadas y de acuerdo con su ciclo vital se abordan temáticas como la Construcción del amor mediante dinámica "Un ideal Real", en la cuál los adolescentes refieren y expresan lo que buscan en sus relaciones afectivas y como se van tejiendo lazos con base en construcciones sociales y las situaciones vividas desde la familia.
Párrafo 145	De igual forma se observa que las mujeres perpetuamos y propiciamos la violencia de género cuando en una actividad un adolescente dijo que tendría relaciones sexuales con una mujer con principios y posiblemente la madre de sus hijos, ante lo cuál una adolescente respondió "TAN BOBO, PARECE UNA NIÑA", situaciones como ésta y otras más nos deja ver que todavía debemos trabajar mucho con los adolescentes para generar espacios en los cuáles se promueva el respeto y amor por sí mismos, como base de las relaciones afectivas.
Párrafo 146	A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad
Párrafo 147	se ha logrado que tanto las gestantes como lactantes se sensibilicen acerca de la importancia de la lactancia materna ya que es un factor importante en el desarrollo del recién nacido a lo largo de esos 6 meses de lactancia materna exclusiva
Párrafo 148	retroalimentación acerca de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en articulación con SAN formas de almacenar la leche materna y cómo administrarla al lactante De igual forma se ofrece educación acerca de las posiciones para el adecuado amamantamiento, ventajas
Párrafo 149	A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad
Párrafo 150	allí se pensó y converso con los y las jóvenes sobre lo que significa ser hombre y ser mujer, sus ventajas y desventajas, y las múltiples formas de vivir el género a plenitud sin necesidad de poner en riesgo a través de prácticas inadecuadas para su salud física y mental. Se hizo un profundo análisis sobre los medios de comunicación y la influencia que tiene para construir o des construir el concepto de masculino y femenino.
Párrafo 152	Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer.
Párrafo 153	instituciones de la localidad se han concientizado de la alimentación que deben tener durante su embarazo y lactancia con ayuda de las redes de apoyo como es la institución al suministrar el refrigerio para ellas y desde su propio hogar se les incita a la adecuada alimentación,

	sensibilizar a las gestantes acerca de la sana alimentación que deben tener durante su embarazo y las consecuencias que se tienen acerca de la mala alimentación de las gestantes
Subtítulo 39	Salud Mental
Párrafo 154	"Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes, consignada en el Plan de Desarrollo"
Párrafo 155	Se logró un compromiso sólido por parte de la planta docente de las instituciones en lo que se refiere a notificación y prevención; lo cual facilitó al programa SAC una canalización adecuada de los casos. Además, este proceso fue retroalimentado durante su desarrollo.
Párrafo 156	fue posible realizar intervenciones previas y de emergencia (atención en crisis) a los estudiantes con sintomatología definida dentro del cuadro, cuando éstos evidenciaron ideación y/o intento suicida. Los psicólogos del programa se acercaron rápidamente antes de que se efectuara la canalización pertinente
Párrafo 157	Aumentar la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual
Párrafo 158	se consolidó un vínculo efectivo entre docentes de las diferentes instituciones de la localidad y el equipo interdisciplinario del programa Salud al Colegio del Hospital de Fontibón; por medio de acciones que permitieron la realización de jornadas en las que se les ofreció herramientas a los docentes que les posibilitan una mirada más integradora del ejercicio cotidiano y les generan mayor compromiso a estar más alerta a los diferentes signos que puedan presentarse en los menores Aunado a lo anterior y como respuesta del vínculo consolidado entre IED y SAC, se ha trabajado en la invitación constante a la comunidad educativa en lo relacionado a la notificación y su importancia.
Párrafo 159	la formación de los grupos gestores en salud de las IED fue posible capacitar a los estudiantes en lo relacionado con el tema de promoción de medidas pacíficas frente al conflicto y la prevención de violencias.
Párrafo 160	Dentro de los temas que se desarrollaron en los diferentes módulos, se hizo énfasis en el autocuidado y los diferentes tipos de violencia.
Párrafo 161	, se avanzó en términos de retroalimentación y multiplicación de la información, por medio de las estrategias formuladas y ejecutadas por ellos mismos, las que tuvieron gran cobertura, pues llegaron a la totalidad de la comunidad educativa.
Párrafo 162	Frente a este punto ha sido significativo en las IED, el aumento de notificaciones en dichos eventos en sus diferentes manifestaciones, como: violencias físicas, emocional, negligencia y violencia sexual.
Párrafo 163	En el desarrollo de las diferentes acciones en la localidad, se adelantaron trabajos en la promoción de la salud mental que se efectuaron en la población de docentes, padres de familia y estudiantes, el cual fueron abordados mediante talleres ludicos pedagógicos, jornadas de calidad de vida, movilización de redes institucionales que trabajan el tema a nivel local, contribuyendo también al fortalecimiento, articulación de las acciones que mitigan los eventos en salud mental como las diferentes políticas frente a su implementación.
Párrafo 164	Eliminación de párrafos
Párrafo 165	A 2012 adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas.
Párrafo 166	Los procesos que se trabajaron durante el segundo semestre permite visualizar acciones de manera positiva, el cual genera impactos a la salud mental (reducción del consumo de sustancias psicoactivas) mediante la disminución de reportes de casos al hospital por las instituciones educativas, en riesgos de consumo de sustancias psicoactivas. Se hace referencia a estrategias de fortalecimiento personal y familiar en directa relación al tema de drogadicción y otras formas de intervención están enfocadas al fortalecimiento de la familia, sin tocar el tema de la drogadicción.
Párrafo 167	Fortalecer la línea amiga de niños, niñas de adolescentes 106 (Atención 24 horas).

Párrafo 168	se ha movilizado en los eventos que se llevaron a cabo, uno fue en las reuniones de los grupos gestores de docentes y demás espacios como las jornadas de bienestar docentes, los grupos gestores en salud, talleres que se han trabajado con los padres de familia y por ultimo las diferentes jornadas masivas de calidad de vida y salud que se trabajaron dentro y fuera de las instituciones educativas.
Párrafo 169	han notado la ausencia de la formación de los grupos, pero ha sido el momento para recordarles a los docentes que su gran aporte en esta labor, es facilitar a sus estudiantes una herramienta tan útil en momentos de crisis
Párrafo 170	Obteniendo como resultado a que hoy las instituciones educativas conozcan el servicio que presta la línea 106 a sus estudiantes y no solo a que la conozcan, sino también a que contribuyan a la promoción y divulgación en los espacios que tienen la oportunidad de recordarles cuando deban hacer uso de la misma.
Párrafo 171	Integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), del 30% de la población con discapacidad identificada en el registro para la localización y caracterización.
Párrafo 172	La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros ⁴² .
Párrafo 173	Hay un total de 218 niños y jóvenes con necesidades educativas especiales que se encuentran escolarizados en los colegios Villermar y Luis Ángel Arango y con necesidades educativas especiales transitorias 242 identificados en los colegios Costa Rica, Villermar el Carmen, Luis Ángel Arango, Parroquial Rosario, Gimnasio los Ángeles e Internacional.
Párrafo 174	Dadas las acciones de cada una de las respuestas integradoras y las metas a las que apuntan (tabla 16) se evidencia como las respuestas practicas e intervenciones puntuales a los niños y niñas en condición de discapacidad son insuficientes para las necesidades existentes, circunscribiéndose exclusivamente a la transformación de imaginarios sociales y culturales y a la promoción de prácticas escolares saludables.

DOCUMENTOS DE LA ESE FONTIBÓN - ASIS ESCOLAR

Categoría	TITULO	ANEXO 1 PLAN DE TRABAJO PRESENTACION DEL ASIS DEL AMBITO ESCOLAR
	Subtitulo 1	Objetivos del Ámbito Escolar
	Subtitulo 2	Concepto
Oferta Escuela	Párrafo 1	"... espacios sociales institucionalizados que poseen una organización y dinámica propia y tienen la función social de educar a los ciudadanos en las diferente etapas del ciclo vital. El ámbito escolar es un escenario potencial para la integración de políticas públicas y programas de promoción de la calidad de vida, por tratarse de un espacio social donde confluyen familias, redes de servicios, necesidades sociales y propuestas de desarrollo integral para la infancia y la juventud".
	Subtitulo 2	Objetivo
Oferta Escuela	Párrafo 1	Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada del Distrito Capital, mediante la construcción de espacios de <u>comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que responden a las necesidades, expectativas y potencialidades de la población,</u>

		desde el enfoque promocional de calidad de vida.
	Subtítulo 3	<u>Objetivo Políticas Escolares</u>
	Párrafo 2	...Política de salud escolar es el medio por el cual se materializa la posición y la voluntad de la institución educativa frente a los temas priorizados de interés en salud pública.
	Párrafo 3	...acciones concertadas y orientadas a la definición de prácticas que promuevan la salud y el bienestar dentro de la institución educativa, acompañada de la gestión e incidencia en los mecanismos propios de las comunidades educativas para que incorporen conocimientos, que les permitan adquirir competencias a la hora de actuar...
Oferta Escuela	Párrafo 4	Objetivo 1: Fortalecer las <u>relaciones intersectoriales que permitan al programa desarrollar acciones promocionales, preventivas y restitutivas de salud escolar, que cuenten con la participación de los actores y sectores, sociales, comunitarios e institucionales.</u>
Oferta Escuela	Párrafo 5	Objetivo 2: Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.
	Párrafo 6	Se implementaron diferentes estrategias a lo largo del año 2011, buscando operacionalizar estos propósitos en los colegios meta del programa Salud al Colegio.
ACCIONES	Párrafo 7	Acciones generadas ante objetivo 1 Ante el objetivo para fortalecer relaciones intersectoriales se establecieron espacios de acercamiento y reunión con actores institucionales como los rectores, coordinadores y orientadoras de los colegios, a nivel local e institucional en coordinación con la dirección local de educación y la gestora de SAC desde el sector educativo. Se generaron acuerdos, compromisos y reporte de las actividades desarrolladas en los colegios, buscando facilitar la implementación del programa y por lo tanto el cumplimiento de la meta de promocionar la salud y la calidad de vida en las comunidades educativas de la localidad de Fontibón, así como generar acciones de prevención y restitución con los actores de los colegios.
ESPACIOS OFERTA	Párrafo 8	Se generaron, espacio de reunión denominado <u>grupo gestor en salud escolar</u> , que para algunos colegios fue mensual, bimensual y/o trimestral, esto de acuerdo a la dinámica de cada colegio y a los espacios brindados por los mismo, en donde se monitoreaban los compromisos adquiridos por los profesionales que operan el programa, al igual que los líderes de los colegios que acompañan el proceso.
ESPACIOS DEMANDA	Párrafo 9	Hubo cancelación de las reuniones programadas para el grupo gestor debido a la disponibilidad de tiempo de los coordinadores o docentes encargados dentro de la institución cuyo manejo del tiempo responde más a las necesidades de la dinámica diaria que tenga cada institución.
Estrategias ofertas	Párrafo 10	Objetivo 2: Se desarrollaron dos grandes estrategias, <u>inicialmente las jornadas de bienestar docente y las actividades de inserción curricular</u> desde las diferentes áreas de estudio, las dos fueron trabajadas con los docentes de los colegios, con el fin de generar un reconocimiento e impacto de la salud y por lo tanto una sostenibilidad en el proceso que permita que las estrategias trabajadas se mantengan en el tiempo y hagan parte del

		colegio.
Estrategia Demanda	Párrafo 11	Este proceso fue muy positivo en la localidad, ya que en algunos colegios se logro estructurar un espacio mensual para este proceso y generar una cultura del cuidado y la salud física y mental del docente. En otros colegios los espacios fueron muy reducidos, especialmente en las sede de secundaria, por lo tanto se aprovechó y potencializó las reuniones de áreas para realizar la inserción curricular La estrategia de inserción curricular permitió tener un mayor acercamiento con los docentes, con los cuales se elaboraron guías lúdico-pedagógicas que fueron aplicadas por los docentes en el aula de clases, en donde se tomaron temas de promoción de salud desde las áreas de estudio.
Oferta Estrategias		Esta inserción curricular también se desarrollo por medio de una bitácora en salud escolar, la cual pretendió de igual forma que las guías elaboradas por los profesionales en salud sea consultadas y retroalimentadas por todos los y las docentes y se fortalezca el currículo académico con temas en salud.
	Subtitulo 4	<u>Objetivo Entorno social</u>
	Subtitulo 5	Omisión por repetición de información
Escuela/ Comprensión	Párrafo 12	Entorno social se comprende desde la perspectiva de derechos y de inclusión social, a partir de las formas de subjetividad que se producen desde la institución educativa y potencian el ejercicio de la autonomía y la capacidad de transformación del ámbito escolar, reconociendo las potencialidades y habilidades con que cuenta la comunidad educativa.
Escuela/ Énfasis/ praxis		El énfasis de esta respuesta integradora es la construcción de relaciones solidarias y colaborativas entre actores de la comunidad educativa y del entorno social comunitario, trabajando en el fortalecimiento de competencias sociales, habilidades para la vida y concertación de acuerdos entre actores de la comunidad educativa y del entorno social comunitario, para la transformación de los ambientes físicos y sociales.
	Subtitulo 6	Objetivo 3
Objetivos	Párrafo 13	Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.
Estrategias	Párrafo 14	se trabajaron dos grandes estrategias que buscaron fortalecer e incorporar competencias y habilidades para la vida, que facilitarían promover la calidad de vida y salud y las relaciones sociales en la escuela. Dentro de estas se encuentran la formación a grupos gestores en salud escolar y el desarrollo de jornadas de calidad de vida y salud, por medio de iniciativas lúdico-pedagógicas, recreativas y formativas con los y las estudiantes.
	Párrafo 15	el primer periodo del año y comprendió una articulación de los diferentes PDA y TVS para asignarle un enfoque de derechos e integralidad. En este sentido, se abordaron temas como la convivencia, la comunicación, resolución de conflictos, prevención de violencias, inclusión social, toma de decisiones, el autocuidado, el manejo del tiempo libre, la alimentación saludable y <u>el cuidado del medio ambiente</u> , pues cada uno de estos factores transversaliza la vida de los estudiantes impactando de esta manera en sus escenarios cotidianos y brindando estrategias para el mejoramiento de su entorno social. segundo periodo del año escolar los grupos gestores en salud formados diseñaron diferentes estrategias lúdico pedagógicas y recreativas para posicionar las habilidades para la vida con los demás compañeros y mejorar el entrono social de la escuela
estrategias	Párrafo16	seis jornadas de calidad de vida y salud, tres por cada territorio, las cuales se enfocaron

		en la promoción de la salud y la calidad de vida,
	Subtítulo 7	<u>Objetivo Entorno Físico</u>
Objetivo	Párrafo 17	contribuir en el propósito de fomentar en la institución la construcción de ambientes saludables para toda la comunidad educativa, se consideran conjuntamente las dimensiones, física y psicosocial del tema, por tanto un entorno físico saludable es aquel que también promueve las relaciones interpersonales positivas y armoniosas, basadas en los derechos humanos, libres de discriminación, agresión, violencia, alcohol, tabaco y otras drogas.
Objetivo	Párrafo 18	Objetivo 4. Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.
Respuesta	Párrafo 19	ejercicio de cartografía en cada sede educativa, al igual que el diseño e implementación de una iniciativa que facilitara el reconocimiento y apropiación de las zonas protectoras de la escuela y el mejoramiento de las zonas críticas de las mismas. En general los lugares relacionados con la salud ambiental más afectados son los baños, así como son los que pueden llegar a ser zonas protectoras por las prácticas saludables que allí se pueden llevar a cabo como el lavado de manos.
Oferta	Párrafo 20	Se tuvo la oportunidad de articular el trabajo de la mesa temática de espacios libres de humo en una de las sedes donde se identificó la problemática de consumo de SPA (especialmente cigarrillo), se desarrolló un foro
Oferta	Párrafo 21	La comunidad educativa de los colegios donde se elaboraron, expusieron y explicaron las señales saludables (no mal gastar el agua, no empujar en las escaleras, no gritar, hacer silencio, botar la basura dentro de la caneca, baños donde se ahorra el agua, cuidar las plantas, entre otras elaboradas por los estudiantes) aceptó la actividad y discutieron la pertinencia de las señales presentadas y las situaciones que se viven a diario
oferta	Párrafo 22	La feria de la salud fue un espacio de socialización apropiado porque se trabajaron todos los temas en un mismo espacio, se enfatizó respecto al cuidado del entorno físico en el cuidado de espacios del colegio como el baño, el patio y los pupitres; la participación de algunos niños expositores fue muy dinámica.
Estrategías	Párrafo 23	En el muro de los derechos y desechos, invitó a la comunidad educativa a hacer un alto y presentar un inconformismo frente a las situaciones que se presentan en espacios del colegio
	Subtítulo 8	<u>Objetivo Respuesta accesos a servicios.</u>
Declaración	Párrafo 24	En el ámbito escolar la respuesta integradora de Acceso a Redes de Servicios de Salud, Bienestar Social, y Soporte Comunitario consiste de una parte, en desarrollar, de forma integral los componentes que permiten respuestas directas de los equipos de salud, en los casos en que sea necesario y esté dentro de su competencia.
Declaración	Párrafo 25	Objetivo 5. Desarrollar acciones para la identificación, atención y seguimiento de los problemas de salud que interfieren las condiciones de aprendizaje de la población escolar y preescolar del distrito, favoreciendo y facilitando el acceso a servicios de salud y redes de soporte institucional y comunitario
Estrategías	Párrafo 26	Para lograr estos propósitos se distribuyeron las acciones en cinco estaciones saludables a desarrollar en todas las sedes de los colegios Estación uno denominada <u>conceptos claves</u> , en donde los PDA y TVS enseñaron a los docentes, estudiantes y padres de familia conceptos básicos en salud, que les permitan familiarizarse con las etapas de desarrollo y posibles alteraciones en salud de los niños y

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 120

		<p>niñas para la identificación temprana de casos</p> <p>La estación dos llamada <u>signos y síntomas</u> de alerta en salud escolar busca que tanto docente, padres de familia y estudiantes conozcan los factores de riesgo y alarma para la identificación temprana de posibles dificultades o alteraciones en salud que ayuden a una identificación oportuna casos y minimice el riesgo en los niños y niñas de los colegios.</p> <p>La estación tres denominada <u>respuesta interna</u> del programa busca que los PDA y TVS desarrollen acciones que permitan el registro e identificación de los casos y en algunas ocasiones se realice atención primaria mientras los estudiantes llegan a los servicios de salud.</p> <p>La estación cuatro llamada <u>canalización y seguimiento</u> corresponde a la orientación y remisión de los casos</p>
	Párrafo 27	cinco que se denomina <u>retroalimentación de los casos</u> , y hace referencia a la información suministrada a las Instituciones Educativas después de realizar el seguimiento realizado al caso... esta retroalimentación se realiza en algunas ocasiones en los grupos gestores o directamente con la instancia o persona que notificó el caso
	Párrafo 28	Seguimiento de Tablero de Indicadores con corte a Julio - Agosto (fase 2) y a Diciembre (fase 5).
Declaración/ Rta./Objetivo	Párrafo 29	En relación al No de sedes cubiertas en el 2011 se cubrió el 100% mensualmente de la cobertura asignada correspondiente a 28 sedes, contando cada uno de los dos territorios con 14 sedes
Declaración/ Rta./Objetivo	Párrafo 30	En relación al No de colegios cubiertos en el 2011 se cubrió el 100% mensualmente de la cobertura asignada correspondiente a 18 colegios, contando cada uno de los dos territorios con 9 colegios.
Declaración/ Rta./Objetivo	Párrafo 31	En relación al No de docentes de la localidad abordados en el 2011 se alcanzó una cobertura acumulada de 1364 docentes con mayor participación en tercer trimestre
Declaración/ Rta./Objetivo	Párrafo 32	En relación al No total de niñ@s y adolescentes intervenidos directamente por el programa se alcanzó una cobertura del 70 % representado en 21530 niñ@s y adolescentes la localidad abordados en el 2011.
	Subtítulo 9	Seguimiento de los instrumentos de reconocimiento de potencialidades y capacidades corte a Julio - Agosto (fase 2) y a Diciembre (fase 5).
	Subtítulo 10	ASPECTOS GENERALES
Actores	Párrafo 33	Desde la Coordinación y equipo de Gestión del ámbito escolar, se desarrollaron en varias oportunidades, espacios de análisis y comprensión de los objetivos del instrumento de reconocimiento de habilidades y potencialidades aplicado en las instituciones educativas del programa de salud al colegio y en los jardines,
Practica/momento1// Instrumento de evaluación de la respuesta		<p>El instrumento que media la respuesta en términos de adecuación, capacidad y practicidad fue considerando en que su estructura no generaba una fácil comprensión de los objetivos de los ítems que valoraban cada una de las categorías que medía.</p> <p>Que el instrumento mostrara una relación entre el programa y la operación de la nueva propuesta de operación del programa por respuestas integradoras, resultaba compleja para algunas transversalidades como salud visual, discapacidad, actividad física, que históricamente han debido afrontar importantes retos para incorporar en la estructura de la escuela promotora de calidad de vida y salud.</p> <p>La dificultad en adaptar el instrumento a las transversalidades se constituyó en un factor de incidencia donde las calificaciones resultantes, considerando que para el primer</p>

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 121

		momento de aplicación en el mes de Marzo y Abril, sus puntuaciones redujeron de manera significativa los ponderados generales de los PDAS y Tvs.
Prácticas/momento 2/ Instrumento de evaluación de la respuesta	Párrafo 34	En el segundo momento se revisan los parámetros del instrumento de evaluación de las respuestas. Con base en la adecuación del uso del instrumento se establece el estado general de la institución frente a los procesos desarrollados y los alcances.
Prácticas/momento 3/ Instrumento de evaluación de la respuesta	Párrafo 35	Aplicación del instrumento se realiza en el mes de Noviembre en los colegios y jardines dando respuesta a los requerimientos de cierre de fase 4 de la respuesta de políticas escolares saludables, a un total de 28 sedes y 16 jardines infantiles La aplicación del instrumento se implementará de acuerdo a las dinámicas propias de los diferentes planteles
Actores/		Los actores que aplican el instrumento se diferencian por territorios. <u>Para el territorio uno a través de grupos gestores y para los jardines.</u> <u>Para territorio 2 a través de trabajo de pares institucionales.</u> <u>Con estos actores se adquirió para este momento alianzas metodologías y estrategias</u> que facilitaran el desarrollo de las respuestas y la coordinación e implementación de las mismas.
Prácticas		<u>En torno a la aplicación de los instrumentos</u> frente a la metodología de aplicación de los instrumentos, se realizaron en colegios preguntas orientadoras desde los diferentes pdas y tvs, que facilitaran su implementación y redujeran su implementación a percepciones de encuestas y proyecciones estrictamente numéricas, dando paso a la comprensión y desarrollo de diálogos compartidos En jardines se implementaron estrategias lúdicas que por la naturaleza de los grupos de trabajo en cantidad y tiempos resultara mas proactiva y comprensible.
Prácticas	Párrafo 36	los resultados de cambios en los gráficos no son muy evidentes, considerando que este refleja leves ascensos numéricos que no evidencian los cambios identificados en los procesos,
	Subtitulo 12	RESULTADOS ARROJADOS EN EL MES DE ABRIL (PRIMER MOMENTO)
	Subtitulo 13	TERRITORIO 1
Estrategía	Párrafo 38	En las instituciones en las UPZ, 76, 77 y 75. Desde la coordinación del ámbito y la gestión territorial se dispuso como estrategia la aplicación del instrumento por cada proyecto de autonomía y transversalidad que desarrollan el programa.
Objetivo/oferta	Párrafo 39	FASE 1:TERRITORIO I: ADECUACION: la mayor puntuación asciende a 3 como promedio valorado en las tres preguntas de la categoría; encontrándose en esta calificación los IED Carlos Federici, Batavia, Palestina, Integrado sede A, prados de Alameda, san Jorge y Bahía Solano, siendo importante indicar que la evaluación de este instrumento contó con un factor de alta incidencia como la evaluación realizada por la transversalidad de salud visual, donde la puntuación fue de 1 .
Objetivo/Oferta	Párrafo 40	..El ejercicio promocional aun requiere de tiempos para posicionar el proceso. Para la mayoría de los colegios, incorporar temas de salud en los procesos de aprendizaje y planes de estudio, se reconoce como importante, sin embargo no se incorpora de políticas de salud en los colegios, excepto aquellos programas que por

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 122

		norma deben ser incorporados, como el proyecto de educación sexual, los proyectos de convivencia y los incluidos en los proyectos ambientales del sector educativo.
	Subtítulo 14	CAPACIDAD
Oferta	Párrafo 41	La mayoría de instituciones educativas reconocen la participación del programa de salud al colegio en los procesos de apropiación del conocimiento Los ejercicios para poner en operación los conocimientos, son limitados por las planeaciones realizadas por los colegios en el mes de Enero.
Oferta	Párrafo 42	La mayoría de los colegios presentan inconvenientes para la permanencia de las personas en los grupos gestores, lo cual ocasiona interferencias en la continuidad de los procesos y de los niveles de responsabilidad en la continuidad del programa. 11p
Estrategia	Párrafo 43	Carlos Federici ha incorporado en su plan de estudios los temas de salud desarrollados históricamente por el programa, lo cual lo constituye en uno de los colegios con mayores competencias como escuela promotora de calidad de vida y salud, aspecto que numéricamente no se refleja considerando que las transversalidades de discapacidad, y salud visual registraron valores de 2 a la calificación del instrumento en esta categoría.
	Subtítulo 15	PRACTICIDAD
Oferta	Párrafo 44	la no incorporación en los planes de trabajo del año, que se elaboran en las dos primeras semanas de receso de actividades para la población educativa de actividades que incorporen los temas de salud. Las jornadas que hasta la fecha han sido incorporadas por iniciativas en los colegios en el tema de salud, se desarrollan en el Carlos Federici
Estrategia		Semana de la salud, donde se realizan actividades culturales y pedagógicas que promueven la salud a toda la comunidad incluyendo igualmente a los padres.
	Subtítulo 16	TERRITORIO 2
ESPACIOS	Párrafo 45	en este territorio UPZ 75 y76 han mostrado un mayor nivel de dificultad para el ingreso del programa, lo cual ha ocasionado una demanda superior de tiempos y
Oferta	Párrafo 46	definir la salud desde un marco integral y promocional,, es claro que el concepto de la salud desde lo restitutivo prevalece aun en las direcciones de algunos colegios de este territorio donde los equipos de docentes y directivos reconocen la salud desde esta única perspectiva, Aunque las dinámicas respecto a la importancia de contar con personas pares del programa en las instituciones se ha trabajado desde la coordinación y gestión intersectorial del programa, no se cuenta con una constante de responsabilidad y asistencia en los espacios de planeación, organización y ejecución, especialmente en las instituciones que cuentan con mas de una sede.
ESPACIO	Párrafo 47	En tres colegios, el programa se recibe bajo el argumento de ser una disposición desde la dirección local y un compromiso con el nivel central
Espacios	Párrafo 48	Las experiencias recogidas de los años inmediatamente anteriores se constituyen en antecedentes fundamentales para otorgar al programa el carácter institucional
	Subtítulo 17	CAPACIDAD
Estrategías ofertas	Párrafo 49	La mayoría de los colegios presentan inconvenientes para la permanencia de las personas en los grupos gestores, lo cual ocasiona interferencias en la continuidad de los procesos y de los niveles de responsabilidad en la continuidad del programa.
Estrategías ofertas	Párrafo 50	La disposición de los docentes y directivas es muy diversa en este territorio, siendo los tiempos y las demandas de responsabilidades asignadas desde las rectorías, los aspectos que validan las dificultades para el desarrollo y entrada de los profesionales a algunas sedes de colegios públicos, no siendo este el panorama que se ha valorado en

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 123

		las instituciones de convenio y privadas
Estrategia ofertas	Párrafo 51	En los docentes la sobrecarga laboral de esta población no ha favorecido el trabajo. PRACTICIDAD p.12
Oferta/ apertura	Párrafo 52	La evaluación de esta categoría para este territorio ubica a la mayoría de colegios en 2 y 3, siendo los principales aspectos relacionados con la puntuación, la no incorporación en los planes de trabajo del año, que se elaboran en las dos primeras semanas de receso de actividades para la población educativa de actividades que incorporen los temas de salud. ... ser colegio nuevos en el proceso la calificación en esta categoría por parte de los PDAs y TVS se acerca a los 4 y 5.
	Párrafo 53	Omitido referente a los elementos de validación del instrumento.
	Subtítulo 18	RESULTADOS ARROJADOS EN EL MES DE JULIO (Segundo momento)
Resultado/Oferta	Párrafo 54	El ejercicio arroja un incremento ponderado de un punto para la mayoría de los colegios frente a la identificación y reconocimiento de la transversalidad y el pda en las tres categorías, siendo este un indicador positivo valorado
	Subtítulo 19	Adecuación: Evalúa la Infraestructura organizativa de la IED
Oferta/respuestas Pda de Salud Sexual ;	Párrafo 55	las actividades de bienestar docente y las actividades de formación con grupos gestores del entorno social ya se estaban implementando
Oferta/respuestas Pda de salud Ambiental	Párrafo 56	principales momentos la elaboración de la cartografía social como un trabajo que dio fuerza y reconocimiento institucional del trabajo y que proyectaba las necesidades puntuales de generara estrategias para la promoción de la salud ambiental
Oferta	Párrafo 63	Para este mes de aplicación de los instrumentos en las tres categorías en los diferentes colegios la dinámica demostró de manera relevante una ganancia en el posicionamiento político del programa y reconocimiento de aspectos como la integralidad y la organización en la operación del ámbito y la articulación de los diferentes pdas y tvs, pese a las múltiples situaciones de tipo administrativo y técnico que afronto el ámbito en la propuesta de operar por respuestas integradoras.
	Subtítulo 22	ADECUACIÓN
Oferta	Párrafo 64	mayor comprensión por parte de los colegios y las directivas sobre la importancia de incorporar en sus actividades pedagógicas y lúdicas la salud como tema trasversal de la educación integral
Estrategía		...la estrategia de contar en los colegios con pares para el desarrollo de las actividades y seguimiento de los procesos se considera una de las mayores fortalezas en esta categoría, aspecto que logro generar propuestas de algunos docentes frente a la importancia de incluir en las materias electivas y algunos logros temas y metodologías aprendidas desde las estrategias de inserción curricular y bienestar docente.
Actores		mejor comprendida encontrando un mayor participación de algunos actores de las instituciones como padres y estudiantes que posiblemente habían adoptado roles menos participativos en vigencias anteriores, la incursión en los grupos gestores y la planeación conjunta de la mayoría de actividades facilitaron una definición menos parcializada de las responsabilidades y aportes al desarrollo del programa.
Oferta	Párrafo 65	Factores como la aceptación de los equipos y los procesos actitudinales y motivacionales mejoraron de manera positiva las propuestas de salud en el segundo semestre del año, lo cual potencio los espacios ganados en el año inmediatamente anterior, y la

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 124

		permanencia en los escenarios para la puesta en escena y planeación del programa en las mesas de rectores, reuniones de área, comités académicos, y espacios de trabajo en aula con docentes y directivos de grupo, se considera que para esta categoría incidieron los espacios de trabajo de bienestar docente e inserción curricular
	Subtítulo 23	CAPACIDAD
Estrategía	Párrafo 66	La revisión de las mallas curriculares en algunas instituciones, la participación en la revisión de algunos proyectos transversales de las instituciones, la inclusión de los profesionales en espacios de trabajo de formulación de iniciativas y propuestas como en el caso de las jornadas y formulación de iniciativas, se constituyeron en variables positivas para el avance de la categoría, y aunque los grupos de trabajo no son lo suficientemente sólidos ni frecuentes en tiempo y actores de la institución, se contó con mayor número.
Tipo de apertura	Párrafo 67	Aunque se pusieron en escena desde todos los espacios de trabajo en lo local y en particular de las IED, la importancia de ingresar en los planes de estudio curricular, existen debates frente a los alcances que puedan lograrse en lo local, mientras estas proyecciones no sean puestas en escena en los espacios distritales y las instancias donde puedan tomarse decisiones como es el caso de la secretaria de educación.
	Subtítulo 24	PRACTICIDAD
Oferta	Párrafo 68	se reconocen avances en los dos territorios los cuales corresponden a actores específicos de algunas instituciones educativas que asumieron la vocería y el liderazgo para desarrollar algunas iniciativas que surgieron durante los momentos de trabajo con los profesionales de SAC, el desarrollo de fechas especiales para algunos colegios como la semana de la cosecha, las semanas del afecto, las semanas culturales y los espacios de presentación de enseñanzas en algunos cursos, incorporaron en sus objetivos iniciales los temas de la salud
Espacios	Párrafo 69	Es necesario indicar que las instituciones en este año, destinaron unos mayores espacios y tiempos sin ser los suficientes para el desarrollo del programa
Actores/Declaraciones		la presencia de los profesionales de salud es considerada como fundamental, y aunque se reconocen avances en algunos colegios como el Carlos Federici, Pablos Neruda, Rodrigo Arenas y los integrados, los procesos de salud al colegio requieren presencia y acompañamiento, siendo importante indicar que los cambios administrativos en los colegios y las rotaciones e incapacidades de los docentes así como la inclusión de diversidad de programas y propuestas que llegan a los colegios que ocasionan disminuciones de tiempos y la necesidad de priorizar y distribuir su presencia.
Estrategía /declaración	Párrafo 70	Es fundamental para el resultado de la gestión de salud y educación y coordinación de este año, con la autonomía delegada desde el CADEL para que las propuestas de ingreso a los colegios de las diferentes instituciones fueran dialogadas con el equipo y articuladas y priorizadas dentro de los colegios, aspecto que permitió un mejor trabajo y planeación de actividades en forma intersectorial
	Subtítulo 25	COMPARATIVO DE LOS MESES DE ABRIL, JULIO Y DICIEMBRE
	Subtítulo 26	Territorio 1
	Párrafo 71	Omitido. Presentación de gráfico
Estrategía/ Declaración	Párrafo 72	Se muestra cambios en las instituciones frente a la acogida del programa en colegios específicos, tales como: ANTONIJO VAN UDEN SEDE B Y SEDE C , PERPETUO SOCORRO, SAN JORGE , CARLOS FEDERICCIO Y EL COLEGIO INTEGRADO DE FONTIBON CON SUS CUATRO SEDES,
Estrategía/ Declaración	Párrafo 73	En colegios como Atahualpa , el Antonio van Uden sede A u el instituto técnico

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 125

		internacional, no hubo acogida del programa.
	Subtítulo 27	TERRITORIO 2
	Párrafo 74	En relación a los datos generales que presenta la grafica frente a los resultados encontrados en las 14 sedes del territorio numero 2, que se ubican en las UPZ 75 primordialmente, 110 y 112 y espacios de las UPZ 76, se reflejan datos importantes considerando las difíciles dinámicas de algunas instituciones de este territorio que mostraron algunas resistencias en la primera y segunda fase del programa.
	Párrafo 75	En el colegio Villetmar el Carmen sede c las dos últimas aplicaciones demuestran evidencias de algún grado de avance.
	Párrafo 76	el colegio villetmar sede A y el colegio Luis Angel Arango se dieron dinámicas que generaron mayores tiempos de dedicación de los profesionales y procesos permanentes de gestión con la dirección local de educación, secretaria de educación y salud para avanzar en los puntos críticos del proceso.
	Subtítulo 28	Caracterización de las localidades. (Omisión).
	Subtítulo 29	Problematización
	Subtítulo 30	General problematización de la localidad
	Subtítulo 31	UPZ 75
	Subtítulo 32	NUCLEOS PROBLEMATIZADORES
Declaración/Estrategia	Párrafo 77	Aumento de personas con actividades informales como consecuencia de la falta de empleo en el sector formal, teniendo como consecuencia la invasión de espacio público falta de capacitación acorde con la oferta de empleabilidad brindada en la localidad que afecta de manera directa a los jóvenes en edad productiva y a los y las adultas. una inadecuada alimentación y el aumento de condiciones inapropiadas de vivienda como el inquilinato.
Declaración/Estrategia	Párrafo 78	Deterioro ambiental, generado por la zona comercial del territorio ubicado en las principales vías, reflejado principalmente en contaminación auditiva, visual y atmosférica e inadecuado manejo de residuos sólidos.
Declaración/Estrategia	Párrafo 79	Por contar con la mayor zona comercial de la localidad, este territorio recibe un alto número de visitantes provenientes de diferentes partes de la localidad y/o de otras localidades que se encuentran expuestas a sufrir ETAS (enfermedades transmitidas por alimentos), debido al aumento de ventas ambulantes de alimentos de procedencia desconocida
Declaración/Estrategia	Párrafo 80	Otras problemática importante que afronta este territorio, es la presencia de casas de lenocinio que están cambiando su denominación jurídica por clubes privados para camuflar el ejercicio de la prostitución y evadir la intervención de las autoridades sanitarias locales y distritales.
Declaraciones/ Estrategia	Párrafo 81	Contaminación por industrias y vertimientos generados por la operación de lavaderos de autos, talleres de mecánica, industrias y estaciones de servicio.
Declaraciones/ Estrategia	Párrafo 82	Altos niveles de inseguridad en zonas específicas del territorio, presencia de pandillas, delincuentes, expendios de estupefacientes y consumidores de psicoactivos con especial identificación en población joven escolarizada y adultos el micro tráfico afecta a la comunidad de esta zona en temas como la movilidad, el uso

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 126

		del espacio público y los parques vecinales y de bolsillo limitando la recreación y la participación.
Declaraciones/ Estrategia	Párrafo 83	Déficit en la movilización comunitaria por desconocimiento de espacios de participación y falta de información desde las entidades relacionadas con las actividades que actualmente se desarrollan
Declaración/Estrategia	Párrafo 84	300 mujeres al ejercicio de la prostitución, en este grupo específico se evidencia falta de información y auto cuidado integral en este grupo poblacional que afecta su calidad de vida y ponen en riesgo la salud de las personas que frecuentan estos lugares.
	Subtítulo 33	UPZ 76
Declaración/Estrategia	Párrafo 85	Deterioro ambiental ocasionados principalmente por las emisiones de agentes contaminantes debido a las actividades económicas propias del sector y la concentración de zonas industriales Falta de mantenimiento de las zonas verdes que generan alta proliferación de plagas, espacios propicios para el depósito de escombros y otros tipos de residuos. Ruido ambiental debido a la operación del aeropuerto internacional el DORADO
Declaración/Estrategia	Párrafo 86	Inadecuadas condiciones económicas, sociales y familiares que afectan la salud mental y el desarrollo de proyectos de vida
Declaración/Estrategia	Párrafo 87	Baja oferta laboral e inserción de la población local en la economía formal del territorio como consecuencia de la baja o no pertinente cualificación de la mano de obra.
Declaración/Estrategia	Párrafo 88	Falta de cobertura en la intervención de rehabilitación integral para la población en condición de discapacidad
	Subtítulo 34	UPZ 77
Declaración/Estrategia	Párrafo 89	Baja oferta laboral e inserción de la población local en la economía formal ubicadas en el territorio, por la discordancia entre preparación para el empleo y oferta laboral local. Concentración de empresa privada, y su contratación no es específicamente local, aumentando el número de población trabajadora informal de la localidad.
Declaración/Estrategia	Párrafo 90	Condiciones medio ambientales poco favorables como: riesgo de inundaciones, emisión de gases contaminantes.
Declaración/Estrategia	Párrafo 91	El deterioro ambiental del territorio también se puede asociar con la falta de mantenimiento de los jarillones cercanos al río Bogotá y meandro el Say, Presencia de viviendas y parqueaderos que no cuentan con sistemas de alcantarillados,
Declaración/Estrategia	Párrafo 92	autorización de construcciones ambientalmente negativas cercanas a las fuentes hídricas, la declaración del uso del suelo descrita en el Plan de Ordenamiento Territorial
Declaración/Estrategia	Párrafo 93	Inseguridad alimentaria provocada principalmente por aspectos de tipo socioeconómico, inadecuadas prácticas alimentarias, déficit de servicios de apoyo alimentario y puntos de acopio de alimentos insuficientes.
Declaración/Estrategia	Párrafo 94	Altos niveles de inseguridad en zonas específicas del territorio UPZ 77, que afectan población joven en general y escolarizada (IED CARLO FEDERICCI) presencia de pandillas, delincuentes, expendios de estupefacientes y consumidores de psicoactivos, agravada por el micrográfico.
Declaración/Estrategia	Párrafo 95	Microtráfico (venta y consumo), de estupefacientes, presencia de pandillas.

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 127

Declaración/Estrategia	Párrafo 96	<p>Mínima movilización de la comunidad por desconocimiento y por falta de información desde la entidades relacionadas con las actividades que actualmente se desarrollan, entre otros aspecto por la no existencia de espacios de participación en el territorio.</p> <p>Resistencia y desesperanza aprendida de parte de la comunidad frente a acciones de las entidades locales y distritales. Falta de cooperación, organización y continuidad en los procesos que fomenten el mejoramiento de las condiciones en el territorio.</p>
Declaración/Estrategia	Párrafo 97	Ausencia de un modelo de atención integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica, cultural y de género, con énfasis en modelos de salud, vivienda, territorio, educación y soberanía alimentaria, que responda a las necesidades de la población indígena Misak, asentada en el territorio UPZ77,
Declaración/Estrategia	Párrafo 98	UPZ DORADO
Declaración/Estrategia	Párrafo 99	Falta de oportunidades para el empleo debido a que la Información que se genera a nivel de la localidad es restringida para este territorio por considerar que hay existencia de condiciones laborales favorables, hay escasa capacitación y las que se identifican están relacionadas con actividades económicas que no responden a la oferta laboral de la localidad.
Declaración/Estrategia	Párrafo 100	El uso del espacio por parte de los jóvenes y su estigmatización como generador de violencia e inseguridad puede generar acciones represivas de parte de los adultos ocasionando fenómenos de convivencia y conflicto permanente que afectan a los demás habitantes del sector.
Declaración/Estrategia	Párrafo 101	Limitado acceso a servicios sociales distritales y locales de la población que habita en el territorio El Dorado
Declaración/Estrategia	Párrafo 102	<p>Deterioro ambiental, generado principalmente por una inadecuada disposición de residuos sólidos en grandes superficies (centros comerciales, supermercados) y/o bodegas de depósitos de alimentos y Terminal de transporte terrestre del Salitre. Los centros comerciales se han convertido en grandes generadores de residuos Sólidos y líquidos que no cuentan con una adecuada disposición en sectores como el Salitre (UPZ 110).</p> <p>Otros problemas ambientales determinantes del territorio, son la presencia de olores ofensivos en épocas invernales, la inadecuada tenencia de mascotas, contaminación visual, contaminación auditiva generada por industrias, comercio, Alto tráfico vehicular y la operación del Aeropuerto Internacional el Dorado, intoxicaciones por alimentos, proliferación de estaciones bases de telefonía celular, generación de material particulado por deterioro de la malla vial a causa del flujo constante de tráfico de vehículos pesados e intermunicipales, presencia de vectores y roedores, vertimientos ilegales, deforestación, Contaminación ambiental del humedal de Capellania principalmente, debido a su estado de "abandono" por parte de las autoridades encargadas</p>
Declaración/Estrategia	Párrafo 103	El aeropuerto vista como puerta de acceso de pasajeros procedente de países de todo el mundo, pero al mismo tiempo aumenta el riesgo de origen biológico.
Declaración/Estrategia	Párrafo 104	La presencia de estos grupos de jóvenes se asocian con consumo de alcohol, drogas y pandillismo.
	Subtítulo 34	Particular: Problematicación de la población escolarizada y Respuestas Generadas
	Párrafo 105	Respuesta del Ámbito Escolar
Estrategia/ Declaraciones	Párrafo 106	Relacionar las acciones del programa con la problematicación planteada en los

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 128

		dominios: general, particular y singular:
	Subtítulo 35	PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN EL AMBITO ESCOLAR 2011 y RESPUESTAS GENERADAS POR LOS PROYECTOS DE AUTONOMIA Y TRASVERSALIDAD
Espacios/ Ofertas	Párrafo 107	El ámbito escolar en el 2011, implemento el programa Salud al Colegio en 28 sedes del sector educativo, las cuales se encuentran divididas en 2 territorios de acuerdo a la ubicación y cercanía de las instituciones educativas, y referenciadas a continuación en las UPZ de la localidad donde se encuentran ubicadas
Objetivos/ Declaraciones	Párrafo 108	El ámbito escolar, inmerso en uno de los componentes del plan de intervenciones colectivas, estructura para este año, estrategias de participación y construcción de conocimiento a partir de las experiencias y desarrollo de propuestas para generar en los espacios escolares competencias y habilidades que faciliten la promoción de la calidad de vida y salud de la comunidad educativa en particular.
Estrategia/ Declaraciones	Párrafo 109	<u>La participación de los referentes de las diferentes transversalidades y proyectos de autonomía en los escenarios de salud pública, se constituye en una de las puertas de entrada para la recepción de información y análisis de los resultados encontrados en los espacios de las instituciones educativas donde se realiza el programa, siendo este el escenario propicio para la construcción de nuevas propuestas de respuesta desde la mirada de los diferentes escenarios del PIC.</u>
Periodos/ Ofertas	Párrafo 110	<u>proceso de reconocimiento de las problemáticas</u> <u>planeación de estrategias construidas de manera articulada</u> <u>una fase de operación</u> <u>Una fase final de balance de los logros alcanzados por el proceso con resultados cualitativos y cuantitativos</u>
Actores/ Ofertas	Párrafo 111	La participación permanente desde la coordinación en los escenarios de la red promotora de calidad de vida y salud que se realiza de manera semanal con la participación de las coordinadoras de salud pública y de PIC, permito el desarrollo de espacios para el análisis de resultados y hallazgos evidenciados desde el ámbito escolar.
Objetivos/ Declaración		La priorización de esta población, considerando que las respuestas institucionales no se han fortalecido en el primer y segundo nivel de atención constituyéndose esta debilidad en una oportunidad de trabajo para los equipos de Salud pública.
Escuela/ General / Declaración	Párrafo 115	En las instituciones objetivas están concentradas acciones de diferentes entes estatales.
Escuela/ General / Declaración	Párrafo 116	La población matriculada en los jardines es inferior a 50 niños en un 60% de los jardines en los barrios de las UPZ 75, 76, 77, lo cual interfiere en la búsqueda activa y selección de instituciones de acuerdo a los requerimientos enviados por la SDS.
Escuela/ General / Declaración	Párrafo 116	Los procesos administrativos de colegios y jardines incrementan la rotación de la población afectando la continuidad de los procesos.
Escuela/ General / Declaración	Párrafo 118	Las dinámicas del sector laboral reducen la oportunidad de asistencia de los padres limitan y reducen la presencia de estos en el sector salud.

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 129

Escuela/ General /Declaración	Párrafo 119	La operación de las políticas públicas en lo local no se desarrolla en la magnitud de las propuestas descritas en sus contenidos.
	Subtítulo 35	DOMINIO PARTICULAR:
Individuo/ particular /Declaración	Párrafo 120	La localidad no cuenta con la oferta institucional suficiente para la demanda de los eventos identificados y notificados
Escuela/ particular /Declaración	Párrafo 121	La oferta institucional local se concentra en una UPZ (75), lo cual distancia las oportunidades de acceso a los servicios de la población escolar y de jardines,
Escuela/ particular /Declaración	Párrafo 122	Las redes de micro tráfico y los sitios de lenocinio y prostitución existentes en lo local, y que se concentran en los espacios públicos aledaños a los colegios y jardines funcionan sin control de las autoridades competentes.
Escuela/ particular /Declaración	Párrafo 123	Malos hábitos de alimentación en los niños menores de 5 años, de los jardines y colegios, reforzados por los insumos alimenticios inapropiados que expenden las tiendas escolares,
Escuela/ particular /Declaración	Párrafo 124	Condiciones de vulnerabilidad de las familias de los niños impiden una adecuada alimentación.
Sujeto/ particular/ Oferta	Párrafo 125	Desde el ámbito escolar, <u>las acciones se han concentrado en los escenarios de fortalecimiento de la articulación intersectorial, las redes de apoyo local y las instituciones del sector público y/o privado que se constituyen en puentes y aportes esenciales</u> en los eventos relacionados con la población en condición de discapacidad y apoyos en la valoración diagnóstica de casos de salud mental, considerando que no se cuenta en lo local con instancias que aporten a los ejercicios resolutivos de los eventos identificados y canalizados por el ámbito escolar
Sujeto/ particular/ Oferta	Párrafo 126	Los <u>espacios de decisión en lo local</u> , como los consejos locales de gobierno, las reuniones de grupo conductor de la gestión social integral entre otros, son representados por los referentes de gestión local y la participación del gerente del CADEL, quienes se constituyen en los representantes del programa en lo local. Al igual que en los espacios de las reuniones locales como <u>la red del buen trato</u> , la mesa local de sexualidad, las cuales son representadas por los referentes de gestión local, considerando que muchos de estos espacios ha solicitado la participación de un solo representante de la <u>ESE que generalmente es el referente de la transversalidad o proyecto de autonomía del equipo de gestión local, quien en las reuniones internas socializa los avances y hallazgos de estos espacios de construcción</u> . Es importante indicar, que este año por la dinámica propia de las respuestas integradoras <u>no se generaron espacios importantes de participación en las reuniones de la GSI por parte del ámbito escolar</u> , siendo estos espacios reducidos a las reuniones de salud pública de la ESE, sin embargo, se contó con la información de los resultados de estos encuentros y se generaron algunos informes frente a lo requerido desde el ámbito escolar.
Escuela/ particular/ Oferta	Párrafo 127	Desde la coordinación y gestión se han evidenciado en los escenarios de reuniones de rectores, coordinadores, orientadoras, gerencia del hospital y reuniones con la policía la evidencia de los problemas de redes de microtráfico en la localidad, siendo a este nivel este el nivel de acercamiento y respuesta posible desde el ámbito escolar.
Escuela/ particular/ Oferta	Párrafo 128	En relación a las <u>dificultades de oferta de servicios en lo local</u> , se realizaron algunos acercamientos con la gerente del ICBF local a través de la gestora de educación y de salud,

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 130

		Resultado de este ejercicio se dio la información de los casos prioritarios de atención recogidos por los profesionales y orientadoras de las IED para que fueran atendidos de manera inmediata por los profesionales del centro zonal, sin embargo, los repartos de casos y los tiempos de espera no facilitaron los resultados esperados, fueron igualmente realizados con el gerente del cadel y el lcbf, acuerdos para la realización de formato de exclusividad para los casos remitidos por el sector educación que facilitaran a los profesionales del centro zonal la priorización de los mismos; formato que no se ha hecho oficial aun.
Escuela/ particular/ Oferta	Párrafo 129	<u>Para el caso puntual de las redes de atención de la ESE, se dispuso establecer un plan de acuerdos con el ámbito IPS para realizar seguimientos a los casos canalizados por el escolar de usuarios del hospital, aunque es importante indicar que la población mayoritaria es del contributivo y que los cruces de estos usuarios se envían para que la SDS realice este seguimiento, en este sentido el hospital viene realizando actividades de información y socialización de la estrategia a las upas y camis para que este ejercicio logre sus objetivos de lograr una canalización efectiva del 100% de usuarios de la ESE.</u>
	Subtítulo 36	DOMINIO SINGULAR
Escuela/ Singular/ Declaración	Párrafo 130	No se generan al interior de los escenarios de colegios y jardines políticas saludables así como tampoco interés para incursionar en las mismas
Escuela/ Singular/ Declaración	Párrafo 131	El ingreso del programa en los barrios de las UPZs 114 y 115, en procesos de convocatoria definen poca <u>receptividad del proceso por parte de los padres y directivas institucionales con imaginarios de la salud pública solo para la población de bajos recursos</u>
Escuela/ Singular/ Declaración	Párrafo 132	Las responsabilidades de formación y educación de los hijos han sido cedidas en su totalidad al sector educativo, apreciándose una conceptualización variable frente a los roles familiares y los compromisos estatales en el proceso.
Estrategia/ Oferta	Párrafo 133	dentro del esquema de respuestas integradoras, los determinantes definidos en este dominio, fueron trabajados desde las cuatro respuestas a través de las estrategias de bienestar docente, <i>inserción curricular, grupos del entorno social, jornadas de calidad de vida y salud, foros, conversatorios, estaciones saludables, grupos de gestión de las IED y encuentros lúdicos liderados por los diferentes PDAS y TVS</i> que se encuentran descritos a continuación en los contenidos de las respuestas implementadas por el ámbito.
		<u>Omisión de información por similitud</u>
	Subtítulo 37	Medio Ambiente
	Párrafo 134	<u>El plan distrital de salud plantea como meta a 2011 la implementación de la Política de Salud Ambiental en las 20 localidades.</u> Esta política que ha sido formulada por el sector salud y está en proceso de implementación ha sido socializada a las docentes de las 14 instituciones educativas del territorio uno y los temas abordados en diferentes eventos se han relacionado con las líneas de acción de la misma (calidad del aire, ruido, calidad del agua y saneamiento básico, alimentos sanos y seguros).
	Subtítulo 38	Salud Sexual Y Reproductiva
Estrategias	Párrafo 135	Desde estos frentes se <u>abordaron temas</u> como la importancia del autoconocimiento y del amor propio para la toma de decisiones y construcción de proyectos de vida, también el abordaje de género y su equidad en las relaciones familiares, socioculturales y de pareja, abuso sexual. La importancia del acceso a los servicios de Salud para recibir información y formación sobre cambios físicos y psicológicos, y sobre los MAC acordes a su organismo en caso de las mujeres y el uso del condón en caso de los hombres y como medida de doble protección ante ITS y Embarazos no deseados o planeados. La <u>realización de grupos focales por género</u> contribuyo a conocer los mitos e imaginarios de

Transformaciones del Discurso de la Promoción de la Salud 131

		los y las adolescentes frente a la sexualidad.
Declaración	Párrafo 136	Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual).
Oferta	Párrafo 137	se hace necesario un <u>abordaje mayor hacia el conocimiento</u> , identificación del abuso sexual, como situación que afecta diariamente a los escolares
Estrategia	Párrafo 138	Prevención del Abuso Sexual (AS), a partir del abordaje con docentes, padres de familia
Declaración	Párrafo 139	Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años
Oferta	Párrafo 140	sensibilizar a los estudiantes de grados sexto a 11 en cuanto a cambios físicos y psicológicos, observándose que los jóvenes aún tienen muchas inquietudes frente a los cambios que se producen en la pubertad, se aclararon conceptos y dudas relacionadas de acuerdo al despertar sexual.
Oferta	Párrafo 141	de grados 8 y 9 se trabajó el tema de la construcción del amor y relaciones afectivas por medio de la dinámica Un ideal Real, en donde los estudiantes expresan las diferentes situaciones y expectativas relacionadas con la elección de la pareja de forma ideal y real, en donde se logra una discusión para comprender los aspectos que son importantes para cada persona y como lograr una armonía cuando se inicia un vínculo afectivo
Oferta	Párrafo 142	Para los grados 10 y 11 se trabajó desde una perspectiva de los DSR, por medio del reloj de la sexualidad, en la cuál por medio de preguntas relacionadas con mitos, afectividad, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual
	Párrafo 143	Durante el trabajo desarrollado desde la respuesta integradora de Entorno Social, se logro fortalecer procesos como el de la comunicación, la toma de decisiones, la familia y los valores, los Derechos Humanos y los DSR, el autoconocimiento, el auto cuidado, las competencias ciudadanas, y sobre los métodos anticonceptivos los cuáles fueron abordados de manera integral, logrando observar que los adolescentes expresan sus diferentes ideas en torno a la sexualidad, MAC, ITS, y el Embarazo adolescente, desde allí se contribuyó a que los y las jóvenes reflexionaran frente a sus decisiones y como afectan estas su salud y su proyecto de vida.
Estrategia	Párrafo 144	como la Jornada de Reflexión en la IED Carlo federici, en la cuál los estudiantes por medio de dinámicas variadas y de acuerdo con su ciclo vital se abordan temáticas como la Construcción del amor mediante dinámica "Un ideal Real", en la cuál los adolescentes refieren y expresan lo que buscan en sus relaciones afectivas y como se van tejiendo lazos con base en construcciones sociales y las situaciones vividas desde la familia.
Oferta	Párrafo 145	De igual forma se observa que las mujeres perpetuamos y propiciamos la violencia de género cuando en una actividad un adolescente dijo que tendría relaciones sexuales con una mujer con principios y posiblemente la madre de sus hijos, ante lo cuál una adolescente respondió "TAN BOBO, PARECE UNA NIÑA", situaciones como ésta y otras más nos deja ver que todavía debemos trabajar mucho con los adolescentes para generar espacios en los cuáles se promueva el respeto y amor por sí mismos, como base de las relaciones afectivas.
	Párrafo 146	A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad
Oferta	Párrafo 147	se ha logrado que tanto las gestantes como lactantes se sensibilicen acerca de la importancia de la lactancia materna ya que es un factor importante en el desarrollo del recién nacido a lo largo de esos 6 meses de lactancia materna exclusiva
Estrategia	Párrafo 148	retroalimentación acerca de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en articulación con SAN

		<p>formas de almacenar la leche materna y cómo administrarla al lactante</p> <p>De igual forma se ofrece educación acerca de las posiciones para el adecuado amamantamiento, ventajas</p>
	Párrafo 149	A 2012 Aumentar la lactancia materna hasta los seis meses de edad
Estrategia	Párrafo 150	<p>allí se pensó y converso con los y las jóvenes sobre lo que significa ser hombre y ser mujer, sus ventajas y desventajas, y las múltiples formas de vivir el género a plenitud sin necesidad de poner en riesgo a través de prácticas inadecuadas para su salud física y mental.</p> <p>Se hizo un profundo análisis sobre los medios de comunicación y la influencia que tiene para construir o des construir el concepto de masculino y femenino.</p>
	Párrafo 152	Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer.
Oferta	Párrafo 153	instituciones de la localidad se han concientizado de la alimentación que deben tener durante su embarazo y lactancia con ayuda de las redes de apoyo como es la institución al suministrar el refrigerio para ellas y desde su propio hogar se les incita a la adecuada alimentación,
		sensibilizar a las gestantes acerca de la sana alimentación que deben tener durante su embarazo y las consecuencias que se tienen acerca de la mala alimentación de las gestantes
	Subtítulo 39	<u>Salud Mental</u>
Declaración	Párrafo 154	"Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes, consignada en el Plan de Desarrollo"
Oferta	Párrafo 155	Se logró un compromiso sólido por parte de la planta docente de las instituciones en lo que se refiere a notificación y prevención; lo cual facilitó al programa SAC una canalización adecuada de los casos. Además, este proceso fue retroalimentado durante su desarrollo.
	Párrafo 156	fue posible realizar intervenciones previas y de emergencia (atención en crisis) a los estudiantes con sintomatología definida dentro del cuadro, cuando éstos evidenciaron ideación y/o intento suicida. Los psicólogos del programa se acercaron rápidamente antes de que se efectuara la canalización pertinente
Declaración	Párrafo 157	Aumentar la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual
	Párrafo 158	<p>se consolidó un vínculo efectivo entre docentes de las diferentes instituciones de la localidad y el equipo interdisciplinario del programa Salud al Colegio del Hospital de Fontibón; por medio de acciones que permitieron la realización de jornadas en las que se les ofreció herramientas a los docentes que les posibilitan una mirada más integradora del ejercicio cotidiano y les generan mayor compromiso a estar más alerta a los diferentes signos que puedan presentarse en los menores</p> <p>Aunado a lo anterior y como respuesta del vínculo consolidado entre IED y SAC, se ha trabajado en la invitación constante a la comunidad educativa en lo relacionado a la notificación y su importancia.</p>
Estrategias	Párrafo 159	la formación de los grupos gestores en salud de las IED fue posible capacitar a los estudiantes en lo relacionado con el tema de promoción de medidas pacíficas frente al conflicto y la prevención de violencias.
Estrategias/Comprensiones	Párrafo 160	Dentro de los temas que se desarrollaron en los diferentes módulos, se hizo énfasis en el autocuidado y los diferentes tipos de violencia.

Estrategias	Párrafo 161	, se avanzó en términos de retroalimentación y multiplicación de la información, por medio de las estrategias formuladas y ejecutadas por ellos mismos, las que tuvieron gran cobertura, pues llegaron a la totalidad de la comunidad educativa.
Ofertas EID	Párrafo 162	Frente a este punto ha sido significativo en las IED, el aumento de notificaciones en dichos eventos en sus diferentes manifestaciones, como: violencias físicas, emocional, negligencia y violencia sexual.
Estrategias	Párrafo 163	En el desarrollo de las diferentes acciones en la localidad, se adelantaron trabajos en la promoción de la salud mental que se efectuaron en la población de docentes, padres de familia y estudiantes, el cual fueron abordados mediante talleres ludidos pedagógicos, jornadas de calidad de vida, movilización de redes institucionales que trabajan el tema a nivel local, contribuyendo también al fortalecimiento, articulación de las acciones que mitigan los eventos en salud mental como las diferentes políticas frente a su implementación.
	Párrafo 164	Eliminación de párrafos
Declaración	Párrafo 165	A 2012 adaptar y adoptar e implementar el plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas.
	Párrafo 166	Los procesos que se trabajaron durante el segundo semestre permite visualizar acciones de manera positiva, el cual genera impactos a la salud mental (reducción del consumo de sustancias psicoactivas) mediante la disminución de reportes de casos al hospital por las instituciones educativas, en riesgos de consumo de sustancias psicoactivas. Se hace referencia a estrategias de fortalecimiento personal y familiar en directa relación al tema de drogadicción y otras formas de intervención están enfocadas al fortalecimiento de la familia, sin tocar el tema de la drogadicción.
Declaraciones	Párrafo 167	Fortalecer la línea amiga de niños, niñas de adolescentes 106 (Atención 24 horas).
Estrategias	Párrafo 168	se ha movilizado en los eventos que se llevaron a cabo, uno fue en las reuniones de los grupos gestores de docentes y demás espacios como las jornadas de bienestar docentes, los grupos gestores en salud, talleres que se han trabajado con los padres de familia y por ultimo las diferentes jornadas masivas de calidad de vida y salud que se trabajaron dentro y fuera de las instituciones educativas.
Estrategias /IED	Párrafo 169	han notado la ausencia de la formación de los grupos, pero ha sido el momento para recordarles a los docentes que su gran aporte en esta labor, es facilitar a sus estudiantes una herramienta tan útil en momentos de crisis
Oferta	Párrafo 170	Obteniendo como resultado a que hoy las instituciones educativas conozcan el servicio que presta la línea 106 a sus estudiantes y no solo a que la conozcan, sino también a que contribuyan a la promoción y divulgación en los espacios que tienen la oportunidad de recordarles cuando deban hacer uso de la misma.
Oferta	Párrafo 171	<i>Integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad (RBC), del 30% de la población con discapacidad identificada en el registro para la localización y caracterización.</i>
Actores	Párrafo 172	La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros ⁴² .
Ofertas	Párrafo 173	Hay un total de 218 niños y jóvenes con necesidades educativas especiales que se encuentran escolarizados en los colegios Villermar y Luis Ángel Arango y con necesidades educativas especiales transitorias 242 identificados en los colegios Costa Rica, Villermar el Carmen, Luis Ángel Arango, Parroquial Rosario, Gimnasio los Ángeles e

		Internacional.
Ofertas	Párrafo 174	Dadas las acciones de cada una de las respuestas integradoras y las metas a las que apuntan (tabla 16) se evidencia como las respuestas practicas e intervenciones puntuales a los niños y niñas en condición de discapacidad son insuficientes para las necesidades existentes, circunscribiéndose exclusivamente a la transformación de imaginarios sociales y culturales y a la promoción de prácticas escolares saludables.

