

EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA ESCUELA SALUDABLE EN ZONA RURAL DE IBAGUÉ: ESTUDIO DE CASOS

Blanca Lisseth Guzmán Barragán *
Manuel Alejandro Gonzalez Rivillas **
Paula Andrea Guzmán Barragán ***

Recibido en diciembre 31 de 2018, aceptado en agosto 13 de 2019

Citar este artículo así:



Guzmán BL, González MA, Guzmán PA. Evaluación de la implementación de la estrategia escuela saludable en zona rural de Ibagué: estudio de casos. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (1): 76-89 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.6



Resumen



La escuela es un espacio privilegiado de promoción de la salud, en Colombia se desarrolla la estrategia escuela saludable como una herramienta integradora de políticas en salud en el ámbito escolar. **Objetivo:** el estudio busca evaluar la implementación de la estrategia escuela saludable en el contexto rural del municipio de Ibagué. **Materiales y métodos:** la evaluación de la implementación se realizó mediante la construcción de un modelo lógico y la definición de criterios evaluativos en relación con los ambientes saludables, las políticas públicas y planes para la escuela saludable, la participación social, el empoderamiento y la educación para la salud. Se evaluaron un total de 93 escuelas rurales, la información fue levantada mediante cuestionarios a los responsables de las escuelas y a través de entrevistas a los gestores de salud. **Resultados:** se identificaron problemáticas sanitarias y ambientales en las escuelas asociadas a las carencias de la ruralidad, falta de articulación del sector salud y educación, baja participación social, la educación enfocada a la prevención de la enfermedad. **Conclusión:** promover los entornos escolares saludables en la ruralidad requiere de un marco legal nacional y local que garantice la actuación estatal, la intersectorial, la participación efectiva del sector educativo, la renovación de la salud y que promueva intereses y voluntades político, sociales y administrativas.

Palabras clave

Salud pública, promoción de la salud, educación en salud, escuelas saludables, niños, escuelas (*fuentes: DeCS, BIREME*).

* Médico Veterinaria y Zootecnista, Doctorado, Universidad Cooperativa de Colombia, Ibagué (Tolima), Colombia. Correo electrónico: blancalissethguz@hotmail.com. Autor para correspondencia  orcid.org/0000-0002-3465-1114, 

** Ingeniero Ambiental, Estudiante de Maestría en Impacto Ambiental, Universidad del Tolima, Ibagué (Tolima), Colombia, malejandrogonzalezr@gmail.com  orcid.org/0000-0002-3704-2154, 

*** Psicóloga, Universidad de Ibagué, Ibagué (Tolima), Colombia. Correo electrónico: pauguzman17@gmail.com
 orcid.org/0000-0002-0561-6280 



EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF THE HEALTHY SCHOOL STRATEGY IN THE RURAL AREA OF THE MUNICIPALITY OF IBAGUE : CASE STUDIES

Abstract

The school is a privileged space for the promotion of health. In Colombia the Healthy School Strategy is developed as an integrating tool for health policies in the school environment. **Objective:** the study seeks to evaluate the implementation of the healthy school strategy in the rural context of the Municipality of Ibagué. **Materials and Methods:** the evaluation of the implementation was carried out through the construction of a logical model and the definition of evaluative criteria in relation to healthy environments, public policies and plans for the healthy school, social participation, empowerment and education for health. A total of 93 rural schools were evaluated and the information was raised through questionnaires to those responsible for the schools and through interviews with health managers. **Results:** health and environmental problems were identified in the schools associated with lack of rurality, lack of articulation of the health and educational sector, low social participation and education focused on disease prevention. **Conclusions:** promoting healthy school environments in rural areas requires a national and local legal framework that guarantees state, intersectoral action, effective participation of the education sector, health renewal and that promotes political, social and administrative interests and wills.

Key words

Public health, health promotion, health education, healthy schools, children, school (*source: MeSH, NLM*).

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTACIÓN DA ESTRATEGIA ESCOLA SAUDÁVEL EM ZONA RURAL DE IBAGUÉ: ESTUDO DE CASOS

Resumo

A escola é um espaço privilegiado de promoção da saúde, em Colômbia se desenvolve a estratégia escola saudável como uma ferramenta integradora de políticas em saúde no âmbito escolar. **Objetivo:** o estudo busca avaliar a execução da estratégia escola saudável no contexto rural do município de Ibagué. **Materiais e métodos:** a avaliação da execução se realizou mediante a construção de um modelo lógico e a definição de critérios avaliativos em relação com os ambientes saudáveis, as políticas públicas e planos para a escola saudável, a participação social, o empoeiramento e a educação para a saúde. Avaliaram se um total de 93 escolas rurais, a informação foi levantada mediante questionários aos responsáveis das escolas e a través de entrevistas aos gestores de saúde. **Resultados:** se identificaram problemáticas sanitárias e ambientais nas escolas associadas às carências da ruralidade, falta de articulação do setor saúde e educação, baixa participação social, a educação enfocada à prevenção da doença. **Conclusão:** promover os entornos escolares saudáveis na ruralidade requer de um marco legal nacional e local que garante à atuação estadual, a intersetorial, a participação efetiva do setor educativo, a renovação da saúde e que promova interesses e vontades político, sociais e administrativas.

Palavras chave

Saúde pública, promoção da saúde, educação em saúde, escolas saudáveis, crianças, escolas (*fonte: DeCS, BIREME*).

INTRODUCCIÓN

En 1997 Colombia comienza a impulsar la Estrategia Escuela Saludable, EES respondiendo a los compromisos con la Organización Mundial de la Salud, OMS y en el desarrollo de la iniciativa regional de escuelas promotoras de la salud, IREPS, la cual es dirigida a facilitar la promoción de la salud con enfoque integral en el ámbito escolar (1). La EES fue definida como “una herramienta integradora de las políticas sobre promoción de la salud en el ámbito escolar, la cual abarca la coordinación y ejecución de políticas de salud, educación, bienestar y ambientales, entre otras. Tiene como propósito involucrar a todos los sectores y a la sociedad civil para promover el desarrollo humano y social de la comunidad educativa, buscando además complementar y potencializar las responsabilidades de los diferentes actores de la sociedad civil” (2).

La educación y la salud de los niños y adolescentes son derechos humanos fundamentales esenciales para el progreso de una nación, todos los niños y adolescentes deben contar con los medios y las oportunidades para su desarrollo pleno, así como gozar del más alto nivel posible de salud y educación (3). La escuela es un espacio privilegiado para la promoción de la salud en la infancia, en ella los niños pasan etapas cruciales de su desarrollo y aprendizaje, pueden adquirir conocimientos, actitudes, técnicas habilidades, estilos de vida, valores que favorecen la salud, los cuales son necesarios para el bienestar físico, psicológico y social (4). Asimismo, la escuela tiene un papel importante en la formación de individuos sociales, estimulando la autonomía, el ejercicio de los derechos, cumplimiento de deberes e incentivar procesos participativos de empoderamiento en salud, que les permitirá transformar sus realidades, y así contribuir al desarrollo humano y de las comunidades (5).

En 2003 el Ministerio de la Protección Social retoma el liderazgo de la EES, al publicar los

Lineamientos Nacionales de la Escuela Saludable, los cuales buscan que las entidades territoriales implementen la EES en los siguientes años como instrumento para el fomento del desarrollo local. Con relación al marco conceptual de la estrategia se establecen cinco líneas de acción para reorientar la EES: 1) políticas públicas y planes para la escuela saludable; 2) ambientes saludables en las escuelas; 3) empoderamiento y participación social en salud; 4) educación para la salud; 5) reorientación de los servicios de salud y de vigilancia en salud pública (2).

En 2015 se aprueba la ley estatutaria que reafirma el derecho a la salud en Colombia, se establece la importancia de adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida (6). A partir de la ley estatutaria se adopta la política de atención integral de salud, PAIS, que será implementada mediante el modelo integral de atención en salud, MIAS (6). El MIAS es el marco operativo que permitirá la organización y la coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados (7). En su concepción, el MIAS da relevancia a los entornos saludables como escenarios de transformación social, siendo ejes fundamentales para la atención integral en salud, se establecen cinco entornos esenciales para prevención y promoción de la salud, el entorno hogar, comunitario, educativo, laboral e institucional (7). En 2016 se implementó la EES en el municipio para mejorar la salud en la infancia y fortalecer los entornos saludables en el marco de MIAS.

En el municipio de Ibagué la infección respiratoria aguda (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) todavía son eventos importantes en la población infantil de la ruralidad. Datos epidemiológicos evidencian una mayor

presentación de casos de desnutrición aguda en menores de la zona rural, en 2016 hubo una incidencia de 1,6 casos por 10.000 habitantes en la zona rural, mientras en la zona urbana fue de 0,6 casos, los nacimientos con bajo peso mostraron una mayor incidencia en la zona rural con 5,2 casos por 10.000 mientras las zonas urbanas se presentaron 2,3. Por otro lado, el municipio en los últimos años ha mostrado un aumento significativo de intentos de suicidios en la población infantil y en adolescentes (8). Este estudio tiene como objetivo evaluar la implementación de la EES en las instituciones educativas de la zona rural de Ibagué, a fin de identificar fortalezas y desafíos que permita apoyar el mejoramiento de las acciones, buscando el fortalecimiento de la estrategia de escuelas saludables en el marco del MIAS.

METODOLOGÍA

La evaluación se llevó a cabo en Ibagué, ubicada en la región centro-este del país, con una población estimada de 553.524 habitantes, de los cuales el 523.080 pertenecen a la zona urbana y el 30.444 a la zona rural. El municipio cuenta con área total de 1.439 km² de los cuales el 97,59 % pertenece a la zona rural y el 2,41% área urbana, administrativamente cuenta con 13 comunas en la zona urbana y 17 corregimientos con total de 140 veredas en la zona rural (9). Existe una red de escuelas, 160 instituciones que se ubican en la zona urbana y 93 sedes en la zona rural.

Se realizó un análisis de casos mediante la evaluación de la implementación de la EES siguiendo los postulados de Contandriopoulos, el cual tiene como fin comprender cómo una intervención se desarrolla en un contexto particular (10, 11), busca analizar las diferencias entre la intervención como fue planeada y o de aquella que realmente es implementada y la influencia de los determinantes contextuales en la implementación de la intervención (12). Posteriormente, se realizó un análisis cualitativo para conocer las percepciones de los gestores que ejecutan las

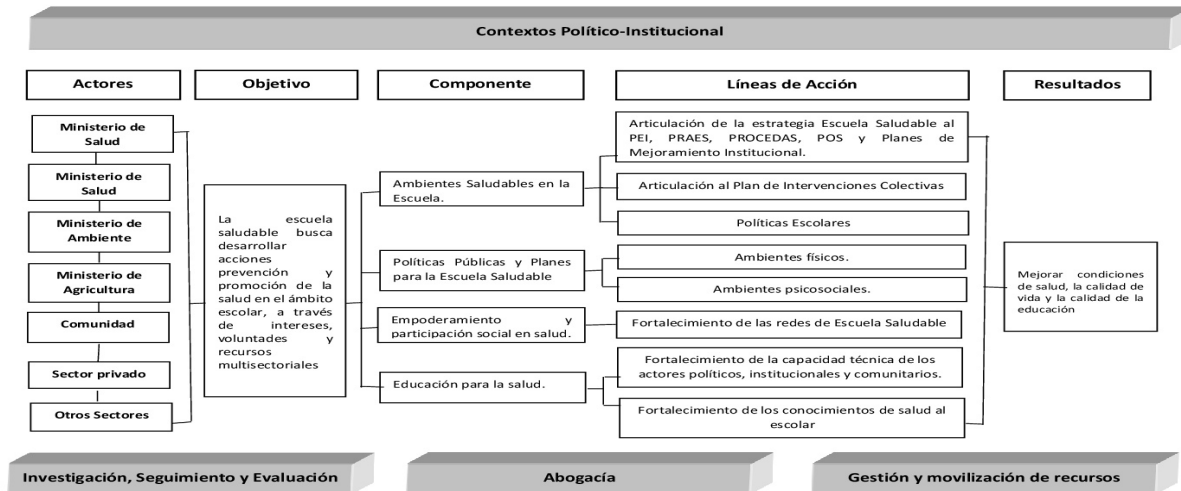
acciones de la escuela saludable para comprender a profundidad la complejidad del proceso de implementación (13).

Para seleccionar los criterios evaluativos se elaboró un modelo lógico de la EES a partir de la revisión de documentos sobre entornos saludables y escuelas saludables, publicadas por el Ministerio de Salud de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud, OPS (1, 2, 14). El modelo lógico permitió conocer la estructura y arquitectura de la estrategia identificando los actores, objetivos, componentes, componentes transversales, líneas de acción y resultado esperado, como se observa en el cuadro 1. Se seleccionaron cuatro criterios a partir del modelo lógico para evaluar la implementación de la estrategia de escuela: a) escuelas como ambiente saludable (b) políticas públicas y planes para la escuela saludable; c) participación social y empoderamiento en salud; (d) educación para la salud. Se elaboró un cuestionario semiestructurado para el levantamiento de la información sobre los criterios evaluativos, el instrumento fue sometido a revisión en cuanto a idoneidad, coherencia y aplicabilidad por un grupo de seis académicos y profesionales que trabajaban con el tema de estudio, los cuales pertenecían a universidades y al sector salud local y nacional, posteriormente fue ajustado y aplicado mediante una prueba piloto.

Se realizó la evaluación de la implementación de EES en 93 sedes o instituciones escolares rurales para abordar la totalidad de las escuelas presentes en la zona rural del municipio, donde se había implementado con anterioridad la estrategia según información de la Secretaría de Salud. El cuestionario se aplicó a las directivas de las instituciones o docentes responsables por la sede entre los meses de junio a diciembre de 2018, posteriormente, se entrevistaron seis gestores de la Secretaría de Salud y la Unidad de Salud de Ibagué, USI, que ejecutan las acciones de escuela saludables. Para el diligenciamiento del cuestionario evaluativo y para la realización de las entrevistas, se presentó y obtuvo el consentimiento

informado en el cual se explicitó la garantía de la confidencialidad de la información. El proyecto fue aprobado por el comité de Ética de la Secretaría

de Salud del Ibagué según la Resolución N° 8430 de 1993.



Cuadro 1. Modelo lógico de la Estrategia Escuela Saludable.

Fuente: autores

La información colectada a través de los cuestionarios evaluativos fue transcrita y sistematizada, y analizados mediante estadística descriptiva buscando dar respuesta a los criterios evaluativos, igualmente se analizó de forma cualitativa las respuestas de las preguntas abiertas. La entrevista al personal de salud fue transcrita y codificada, en el análisis de las intervenciones de los participantes fue respetada la pronunciación y sintaxis utilizadas. El análisis de las percepciones fue realizado a través del análisis de contenido por Bardin (14), que involucró tres etapas: 1) pre-análisis, 2) exploración del material, 3) tratamiento de los resultados.

RESULTADOS

Ambientes saludables en la escuela

La evaluación de los ambientes saludables en la escuela abordó diferentes aspectos como

riesgos ambientales, infraestructura, condiciones higiénicas, calidad del agua, alcantarillado, presencia de vectores en los locales de las instituciones educativa. A partir de los resultados se identificó la presencia de riesgos ambientales el 68,8% de las escuelas se encontraban localizadas en zonas de alto riesgo natural como zona de derrumbes, inundaciones e influencia del volcán Machín, entretanto el 31,2% no presentaban riesgos ambientales. Se evaluó la infraestructura segura considerando que contaran con pisos, paredes, techos, ventanas y puertas en buen estado, se observó que el 38,7% de las escuelas presentaban infraestructura insegura, 30,1% parcial y 31,2% presentó infraestructura segura. Se observaron escuelas sin estructuras sanitarias debido al deterioro o abandono.

En cuanto a las condiciones higiénicas sanitarias se evidenció que el 40,8% presentaban malas condiciones, los 18,4% regulares y el 40,8% buenas

condiciones, específicamente en los servicios sanitarios el 34,1% mostraron malas condiciones y en el 30,5% regulares. En las escuelas que contaban con buenas condiciones sanitarias, se identificó una articulación entre padres de familias, alumnos y docentes para realizar las actividades de aseo.

Se evaluó el acceso a agua potable, el 79,6% de las escuelas no contaban con agua potable para el consumo humano, en su mayoría el agua proviene de acueductos comunitarios de baja complejidad que cuentan con tanques y sistemas de distribución, no cuentan con plantas de tratamiento que provean agua potable según la normatividad. El 20,4 % de las escuelas se servían del acueducto urbano, acueductos rurales con tratamientos o contaban con filtros. En algunos planteles el servicio de agua era intermitente, a causa de las condiciones climáticas. El 52,7% contaban con sistemas de manejo de aguas residuales como pozos sépticos, sin embargo, se reporta la falta de mantenimiento, el 47,3% no contaban con manejo de aguas residuales por lo cual son vertidas a las quebradas aledañas. Con relación a los residuos sólidos la zona rural no cuenta con servicios de aseo, el 35,9% de las escuelas implementan soluciones alternativas como el compostaje, reciclaje mediante los proyectos ambientales escolares (PRAE), sin embargo, se reportan otras formas de disposición como quema a cielo abierto, fosas, arrojadas a los cultivos.

En relación con la alimentación, la mayoría de los colegios proporcionan alimentos (80%), en algunos son cocinados en la propia institución y en otros proporcionados por un operador. En algunas escuelas se reportan las dificultades para la entrega de los alimentos por las distancias, llegando de manera irregular y en ocasiones en mal estado, lo que afecta la alimentación de los estudiantes y las jornadas son canceladas por este motivo. En los colegios que no proporcionan alimentos es debido al cambio del servicio de operador o su ausencia. En el 39% de los colegios se mencionan deterioro de la infraestructura y condiciones sanitarias de la

cocina, como mal estado de los comedores, de las neveras, falta de aseo y utensilios.

Los resultados del cuestionario aplicado a los gestores evidencian la falta de condiciones ambientales y sanitarias de las escuelas, se observan dificultades en la solución de estos problemas lo cual puede afectar la salud de los estudiantes, se identifican actores estratégicos para la promoción de entornos saludables como los padres de familia, el sector educativo entre otros, sin embargo, en algunas ocasiones no es efectiva su participación:

En algunas instituciones donde los docentes tienen sentido de pertenencia por su institución y la mantienen en óptimas condiciones, pero en otras se observó mucha acumulación de inservibles como pupitres, permitiendo la proliferación de roedores, desperdicio de agua, acumulación de aguas sucias, etc. (007)

Existen problemáticas como en el caso de la institución educativa 02, donde se reportó al funcionario encargado y hasta el día de hoy no se ha hecho nada y lo mismo sucedió con la escuela 10 y tampoco se solucionó el problema. En la escuela 53 dos salones los cuales son focos de proliferación de zancudos y humedad y en la escuela 87 un deslizamiento que tumbó la malla de encierro de una parte lateral. (074)

Son pocas los padres de familia que participan en las jornadas de aseo, no ven las escuelas como parte integral de la comunidad, aunque existe más que en la zona urbana. (092)

Políticas públicas y planes para escuela saludable

En términos generales se tuvo en cuenta el desarrollo y aplicación de políticas públicas y planes para la implementación de la EES. En relación con el sector educativo la mayoría de las instituciones o sedes reportaron conocer la EES, sin embargo,

el 89% de las escuelas no han avanzado en la incorporación de la EES al proyecto educativo institucional, PEI. Se indagó si en la institución se desarrollaban acciones de salud pública, el 78,4% de las escuelas manifestaron el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud por parte de Secretaría de Salud y la Unidad de Salud de Ibagué, se reportaron actividades en las áreas de salud mental, salud reproductiva, salud ambiental, hábitos saludables, sin embargo, los participantes mencionan que las jornadas se realizan de manera esporádicas e intermitentes.

En cuanto al aseguramiento en salud de los estudiantes, 87,1% de los colegios reportan requerir el certificado de afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS), en el momento de la matrícula, en algunos casos los acudientes adquieren un seguro escolar para los alumnos en el momento de la matrícula, 13,9% de las escuelas reportan estudiantes sin seguridad social en salud, debido a que existen estudiantes intermitentes y desplazados.

En el 21,5% de las escuelas reportan la participación de otras entidades como alcaldía con jornadas de educación y el suministro de tecnologías para tratamiento de agua y pozos sépticos.

Los gestores en salud manifiestan reconocer la importancia de las políticas públicas para la efectividad de la estrategia, sin embargo, reconocen la falta de articulación entre los sectores aspecto fundamental por tratarse de una estrategia que requiere integración de voluntades e intersectorial, de la misma forma identifican la importancia de la buena gobernanza para el desarrollo de la estrategia. Se observa la falta de articulación ente el sector educativo y salud, asimismo se manifiesta la desarticulación de las dimensiones de la salud pública, los cuales limitan un abordaje integral de la salud en el ámbito escolar.

La escuela saludable no ha sido objeto prioritario de las políticas públicas

del Estado colombiano, siendo una estrategia crucial para lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esto desemboca en unos PEI y PRAES desactualizados y desenfocados en cuanto a la lógica de escuela saludable (017).

Difícilmente, la estrategia propone una transversalidad que se frustra ante unas sectoriales que actúan como islas. Se necesita una transformación cultural en la administración pública (028).

Existió una participación el cuerpo educativo, directivas, docente fue débil, pareció una simple formalidad orientada por una circular y no el deber ser de la escuela saludable (067).

Falta articulación interinstitucional (secretarías de salud, educación, bienestar social, personería, etc.), y una correcta operación interdimensional, entre los componentes social, ambiental y asistencial (017).

Participación social y empoderamiento en salud

La participación social se evaluó mediante la identificación de redes sociales con la comunidad, padres de familias y con otros sectores. El 69% de las escuelas reportan la participación principalmente de los padres de familia en iniciativas o actividades convocadas por la escuela o mediante los comités de padres de familia, sin embargo, manifiestan que es un proceso que cada vez pierde más valor en la comunidad educativa. El 35% de las escuelas menciona la participación de otros sectores en actividades del colegio como empresas de cemento, aseo, iglesia, industrias entre otras, esta articulación se dio de forma exclusiva en las escuelas cercanas a estas empresas u organizaciones.

En relación con la participación de estudiantes en redes sociales, 35% de las escuelas afirma realizar actividades lúdicas para promover redes sociales, estas se dan en torno a ferias, iniciativas

ambientales, clubes de teatro, entre otros. Los docentes reportan que es muy difícil el desarrollo de las actividades debido a las distancias y a las actividades de los estudiantes fuera de la escuela.

Los relatos de los gestores en salud evidencian la participación parcial de la comunidad, sin embargo, esta requiere ser fortalecida; se observa baja participación de los sectores, lo cual pueden influir en la falta de interés de la comunidad:

La comunidad, ante las dificultades de distancia, participa de las actividades, en algunas ocasiones llevaban material o ayudaban en el trabajo (067).

La comunidad no quiere participar de las estrategias, dicen que ya han venido y que quedan mal [...] además, en la zona rural son pocas las instituciones que hacen presencia por lo cual no creen en las instituciones (017).

La comunidad es protagonista en el proceso, sin embargo, el impacto pudo tener mayor relevancia si existiese una mayor articulación y sincronía entre la escuela y las instituciones (038).

Educación para la salud

En este componente se evaluó si el cuerpo docente de las escuelas había recibido capacitación en educación para la salud; el 80,6% de las escuelas reportaron no haber recibido capacitación; el 40% de las escuelas manifiestan realizar educación para la salud en los currículos, a través de los proyectos transversales enfatizando en la educación sexual, mediante los PRAE o en los programas de tiempo libre; sin embargo, estos programas no son constantes. En algunos casos los docentes manifiestan incorporar temáticas de educación para la salud e higiene en algunas asignaturas, principalmente en ciencias naturales y en educación física, mediante la adopción de estilos saludables. En otros casos fue asociada a la educación en salud realizada por las autoridades sanitarias.

Acerca de las intervenciones de los gestores de salud, señalan una participación insipiente de las escuelas en la educación para la salud, manifestando que se requiere una mayor corresponsabilidad del sector educativo en promover procesos efectivos de educación permanentes y a largo plazo.

El cuerpo docente no tiene responsabilidades con la educación en salud, piensa que es obligación del sector salud exclusivamente y no de las escuelas (038).

Los docentes reconocen la importancia de la educación en salud, sin embargo, carecen de herramientas que les permitan fortalecer esta área en las escuelas (017).

No existe una estrategia para articular la educación con la salud, deberían existir contenidos para implantar en la clase o una clase de salud, así como la de la paz (007).

Las acciones de educación en salud en los colegios, se hace mediante charlas didácticas, sin embargo, la educación es un proceso, necesita más que una charla [...] las acciones de escuela saludable se desarrollan solo en unos meses del año por falta de contratación (059).

DISCUSIÓN

En Colombia, existen importantes inequidades en salud entre la zona rural y urbana, los avances en materia de ODS evidenciaron rezagos de las condiciones de salud de la población rural traducidas en altas tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil, prevalencia de enfermedades desatendidas y tropicales, entre otros indicadores que impiden alcanzar las metas de globales de los ODS (16). El deterioro de las condiciones de salud en la ruralidad colombiana son el resultado de una complejidad de factores, como el desarrollo lento de la economía, dificultades geográficas, barreras de acceso a servicios de salud, pobreza, analfabetismos, conflicto armado (17). El sector educativo también presenta bajos indicadores en la ruralidad como alta deserción escolar; solo el 50%

de los estudiantes en primer grado básica primaria llegan a último grado de básica secundaria, a diferencia de la zona urbana la cual llegan más del 82% de los estudiantes, los mayores de 15 años apenas se acercan a los 6 años de escolaridad (18).

El presente estudio permitió identificar aspectos relevantes en la implementación de la escuela saludable, que permitirá fortalecer la EES como componente esencial de la promoción de la salud y de la transformación de los determinantes sociales de la salud en la ruralidad.

La evaluación de los ambientes saludables en las escuelas evidencia problemas sanitarios y ambientales como la presencia de riesgos ambientales, deterioro de la infraestructura, falta de acceso a agua potable, presencia de vectores, ausencia de alcantarillado, inadecuada gestión de residuos sólidos, deficiencias sanitarias e higiénicas, los cuales colocan en riesgo la salud de la comunidad escolar. El deterioro de las condiciones sanitarias en las escuelas rurales también ha sido reportado en otros departamentos de Colombia como Boyacá por Cárdenas et al. (19), esta situación obedece a las reconocidas deficiencias y necesidades insatisfechas de la ruralidad en Colombia (17, 20). En este sentido, además de las acciones orientadas por el sector salud, es esencial promover una gestión transectorial que permita intervenir en las condiciones sanitarias y de la salubridad y modificar los determinantes sociales, lo cual requiere indudablemente de la intervención de diferentes organizaciones estatales, así como de los sectores sociales y privados (21). En este sentido es importante incluir en los planes de desarrollo proyectos y estrategias conducentes a garantizar un entorno escolar adecuado que cumpla con las características ambientales, sanitarias e higiénicas (22)

La escuela saludable es una estrategia de promoción de la salud que requiere la articulación de interés, voluntades y recursos multisectoriales para actuar en los determinantes de la salud; proceso que

se da a través de políticas públicas y acuerdos intersectoriales a favor de la EES (2, 14). En la evaluación de la implementación se evidenció la falta de intersectorialidad en el desarrollo de las acciones, Molina et al. (23) identifica múltiples obstáculos para la materialización de la intersectorialidad en el país, que debilitan el desarrollo de acciones en salud pública relacionadas principalmente con la capacidad de rectoría y gobernanza de los territorios. Alguno de los obstáculos son la falta de claridad de la visión compartida de la salud pública, abordajes unisectoriales de las problemáticas en salud pública, desarticulación de las instituciones nacionales y territoriales, falta de canales y de una comunicación asertiva, ausencia de compromiso y cooperación, intermitencia del recurso humano. Aunque nacionalmente existen lineamientos para propiciar una actuación intersectorial, se debe trabajar en la institucionalidad de la intersectorialidad territorial, más allá de la voluntad política del momento que permanezca como proceso perenne de corresponsabilidad en salud. Es necesario promover la educación, capacitación y asistencia técnica dirigida a los distintos actores políticos, institucionales y comunitarios a fin de facilitar el conocimiento y el empoderamiento de los aspectos integrales las EES, además de establecer directrices institucionales que permitan la efectividad, sostenibilidad y complementariedad entre las políticas del sector salud con las de los demás sectores.

El sector salud fue el principal dinamizador de la EES, sin embargo, se identifica la falta de un abordaje integral del mismo en la EES, diferentes autores han evidenciado la fragmentación de las acciones individuales y colectivas de prevención y promoción de la salud (24, 25), así como en la atención primaria en salud (26), relacionado con la orientación de mercado de aseguramiento y de prestación de servicios propia del sistema de salud colombiano. En el marco de los programas de salud pública se observa la falta de articulación, las dimensiones conciben diferentes abordajes y

metodologías que imperan de forma fragmentada, las cuales necesitan armonizarse para lograr una intervención integral en salud. Por ejemplo, los lineamientos nacionales que abordan los entornos saludables se desarrollan desde el enfoque de salud ambiental y presentan un fuerte componente sanitario y ambiental, no siendo visibles desde el marco conceptual, otros componentes como salud mental, sexual, entre otros componentes que integran la vida escolar.

Por otro lado, se identifican problemas en la continuidad y credibilidad del programa, lo cual limita la sostenibilidad de la EES y sus impactos en salud; otros autores reportan similares debilidades de los programas de salud pública en Colombia relacionados con la suspensiones de los programas y servicios, desgastes de las mismas por reprocesos, falta de capacidad institucional para posicionar los temas en salud pública, carencias de la vigilancia, falta de capacidad institucional para la toma de decisiones, limitaciones en la calidad y eficiencia en la implementación de política y programa de salud (23). Además, en el sistema de salud coexisten factores socioeconómicos, políticos, culturales, de orden público-administrativo, la fragmentación de la contratación, prácticas clientelistas en la contratación, falta de personal idóneo e instituciones prestadoras de salud (IPS) con inestabilidad financiera, que deben ser considerados en la efectividad de los programas de salud pública (23).

El sector educativo es un sector fundamental en la implementación de la EES, aunque fue débil su participación; se evidencia la falta de adhesión en el proceso de implementación y la baja actuación del cuerpo administrativo y docente. Los docentes tienen un papel fundamental en los procesos de la EES pues actúan como gestores de salud, sin embargo no se identifican como tales, para lo cual se debe promover la formación del profesorado y su participación activa desde el diagnóstico, planeación, implementación y evaluación (27). Por otro lado, se observa la falta de articulación

de la EES a los currículos y proyectos educativos institucionales (PEI), aspecto que tiene un alto potencial en salud, ya que, permite integrar los conceptos de promoción de la salud y educación para la salud a los contenidos académicos. Por lo tanto, debe priorizarse desde el ámbito nacional a lo local la actuación del sector educativo en la estrategia, incorporando sus principios y fortaleciendo las alianzas salud-educación, así como la definición de procedimientos o canales que permitan un trabajo articulado.

Otro aspecto esencial es el fortalecimiento del papel de las instituciones educativas en la construcción de las sociedades, las escuelas se encuentran inmersas en las relaciones de la sociedad, la familia, el estado y la cultura, por lo cual se deben rescatar la función de las escuelas como ente integrador social y promotor de iniciativas de desarrollo que reconozcan las vicisitudes de las comunidades rurales, aspecto que lleva a intervenir en los determinantes de la salud en la ruralidad (28). Ejemplo, al buscar la sostenibilidad de los programas de alimentación institucional (PAI) se debe pensar en la implementación de iniciativas de alimentación escolar con proveedores locales que aporten al desarrollo de la agricultura familiar y la soberanía y seguridad alimentaria de una comunidad (18).

Es importante discutir el papel de la EES como una estrategia de promoción de la salud, las acciones evaluadas denotan principalmente acciones de prevención, información para la salud y servicios en salud, que dejan en segundo plano estrategias como la educación para la salud, participación comunitaria, empoderamiento y la intersectorialidad. Diversos autores han identificado las restricciones y limitaciones en el concepto de la promoción de la salud en el SGSS (29-31), allí se observan dificultades en la concepción y definición de acciones de promoción de la salud, así como un enfoque reduccionista y una profunda confusión entre los conceptos de promoción de la salud y la prevención del riesgo

en salud. En este sentido, es importante fortalecer los procesos de educación para la salud en la EES, vista no solamente como una acción de transmisión de información, sino una estrategia que busque fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud (32).

La participación comunitaria en salud debe ser valorizada como un elemento sustancial del derecho a la salud, de la construcción de la democracia, de la defensa de lo público, como acción transformadora en la toma de decisiones, en la planeación, para la evaluación y el seguimiento de la gestión pública en salud (33). Por lo tanto, debe articularse efectivamente en la EES, trascender de la conceptualización para ser llevada a la práctica, lo cual involucra la mejora de los procesos participativos que dan poder y capacidad de decisión real a las comunidades (33). En este sentido, es esencial fortalecer las condiciones, conocimientos y habilidades de los actores sociales, para que se empoderen y participen activamente en la toma de decisiones, respetando la estructura de las organizaciones sociales y culturales de las comunidades (33). Consolidar alianzas entre la escuela, la familia y la comunidad de manera organizada y promover el desarrollo humano y social de la comunidad a favor de proyectos de desarrollo local (18). Por último, los gestores en salud deben apropiarse del concepto de participación comunitaria y desarrollar capacidades para poder dinamizar los procesos de participación

La promoción de la salud en la ruralidad toma distintos significados, focalizados necesariamente en los determinantes sociales de la salud, donde la institucionalidad busque disminuir las inequidades que pueden desencadenar procesos de salud enfermedades, potencializar las acciones de prevención y fortalecer la intersectorialidad (17). La PAIS y el MIAS son oportunidades para fortalecer los entornos como escenarios propicios para promover el bienestar y el desarrollo

humano individual y colectivo, al ser espacios de gestión donde se materialicen las atenciones sectoriales y de los demás actores que participan en el bienestar y el desarrollo de los sujetos y comunidades (7). El entorno escolar como escenario privilegiado de promoción de la salud podrá tener un papel fundamental en el desarrollo de capacidades en la ruralidad a través de procesos de enseñanza/aprendizaje que resignifiquen las prácticas que incidan en los modos y estilos de vida, generen condiciones higiénico-sanitarias adecuadas, protección frente a las amenazas, así mismo, incentivar los procesos de participación y la movilización social para la construcción social y la reproducción de la cultura (7). Por último, la presencia del Estado en la ruralidad es indispensable para garantizar las condiciones mínimas de educación y sanidad que requiere la población para que los procesos en mención se materialicen y produzcan impactos positivos en el desarrollo humano y salud de la comunidad rural.

CONCLUSIONES

La EES ha sido implementada con antelación en Colombia, considerando su potencial como estrategia de promoción de la salud, se debe avanzar en el fortalecimiento de su implementación en la ruralidad a fin de contribuir en la salud y a la modificación de los determinantes sociales de la comunidad escolar rural. El estudio analizó la implementación de la EES, identificando rezagos en promoción de los ambientes saludables asociados con la presencia de riesgos ambientales, deterioro de la infraestructura, falta de acceso a agua potable, presencia de vectores, ausencia de alcantarillado, inadecuada gestión de residuos sólidos, deficiencias sanitarias e higiénicas. Para lo anterior se requiere la presencia del estado y de una intervención intersectorial efectiva que permitan garantizar las condiciones mínimas de salubridad y educación en la zona rurales.

El sector salud mostró una actuación relevante, sin embargo, aún prevalecen enfoques reduccionistas

de la promoción de la salud que priorizan las acciones de prevención y la falta de integralidad de las diferentes áreas de la salud que convergen en la escuela. Así mismo, se deben superar las barreras del socioeconómico, político, cultural y público-administrativo que se identifican en el sector salud y en los programas de salud pública, para recuperar la credibilidad de los programas y fomentar su desarrollo efectivo de la EES.

El sector educativo requiere más protagonismo en el desarrollo de la EES para garantizar la efectividad y sostenibilidad de la estrategia, las instituciones y los docentes deben actuar como gestores de salud, para lo cual requiere de capacitaciones e inclusión en los procesos de diagnóstico, la planeación, implementación y evaluación de la EES. La educación para salud

debe ser involucrada de manera acérrima en el ámbito escolar, mediante procesos continuos y persistentes de empoderamiento y de desarrollo habilidades y conductas deseadas para la promoción de salud. La escuela tiene un papel importante en la transformación social y política de los individuos, las cuales deben ser rescatadas y promovidas para el desarrollo humano de las comunidades rurales.

La política PAIS y el MIAS son la oportunidad para convertir las escuelas en entornos saludables y poder intervenir en los determinantes de la salud en la zona rural. Sin embargo, requiere reinventarse a través de un marco legal e institucional que trascienda a lo local y que permita incidir en los diferentes aspectos que afectan la implementación de la EES.

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Salud. Lineamiento de escuela saludable la alegría de vivir en paz. Bogotá DC: Ministerio de la Salud; 1999.
2. OPS/OMS, MPS, MAVDT. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables: Escuela Saludable y Vivienda Saludable. Bogotá DC: OPS/OMS; 2006.
3. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia: Conmemoración de los 20 Años de la Convención Sobre los Derechos del Niño-Tablas Estadísticas. Nueva York: Unicef; 2009.
4. World Health Organization. Promoting health through schools: report of a WHO expert committee on comprehensive school health education and promotion. Suiza: WHO Technical Report. ERIC Clearinghouse; 1997.
5. García G. Promoción de la salud en el medio escolar. *Rev. Esp. Salud Pública.* 1998; 72(4):285-287.
6. COLOMBIA. Ley Estatutaria n.º 1751/2015, del 16 de febrero, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427 del Congreso de la República de Colombia.
7. Ministerio de la Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención para promoción y mantenimiento de la salud. Bogotá DC: Ministerio de la Salud; 2018.
8. Secretaria de Salud. Los Análisis de Situación de Salud (ASIS). Ibagué: Secretaría de Salud; 2018.
9. DANE. Proyecciones quinquenales de población por sexo y edad 1950-2050. Bogotá DC: Series de Estudios Censales No. 1 DANE; 1995. 8.
10. Yin RK. Estudio de caso: planeamiento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
11. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineaul TR. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
12. Denis JL, Champagne F. Análise da Implantação. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
13. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cad. Saúde Pública.* 1992; 9(3):239-262.
14. Ministerio de Protección Social. Manual de Gestión Territorial Estrategia de Entornos Saludables. Bogotá DC: Ministerio de Protección Social; 2009.
15. Bardin L. Análisis de contenido. Madrid: Ediciones Akal; 1991.
16. PNUD. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Colombia Herramientas de aproximación al contexto local. Bogotá DC: PNUD; 2016.
17. Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2016; 34(3):359-371.
18. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos/Ministerio de Educación. Revisión de políticas nacionales de educación en Colombia. Bogotá DC: OCDE/MINIEDUCACIÓN; 2016
19. Cárdenas LMC, Cárdenas CCS, Agudelo NA. Implementación de la estrategia escuela saludable: una alianza intersectorial. *Invest. Educ. Enferm.* 2010; 28(3):428-434.
20. Carrasco MW. Estado del arte del agua y saneamiento rural en Colombia. *Rev. Ing.* 2016; (44):46-53.
21. Organización Mundial de la Salud/ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Washington: OMS; 2009.

22. Quintero Corzo J, Munévar Molina RA, Munévar Quintero FI. Ambientes escolares saludables. *Revista de Salud Pública*. 2015; 17:229-241.
23. Marín GM, Gómez AR, Gutiérrez AMR. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”; 2016.
24. Eslava JC. Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia. *Rev. Salud Pública*. 2002; 4(1):1-12.
25. Calderón CAA, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2817-2828.
26. Vega RR, Hernández TJ, Mosquera MPA. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde Debate*. 2012; 36(94):392-401.
27. Davó-Blanes M, García de la Hera M, La Parra D. Educación para la salud en la escuela primaria: opinión del profesorado de la ciudad de Alicante. *Gaceta Sanitaria*, 2016; 30(1):31-36.
28. Gavidia V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75(6):505-516.
29. Eslava JC. Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Rev. Salud Pública*. 2006; 8(2):106-115.
30. Mantilla BP. Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia. *Rev. Salud UIS*. 2011; 43(3):299 -306.
31. Díaz MSP, Rodríguez VLN, Valencia GAM. Análisis de publicaciones en promoción de la salud: una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2015; 14(28):32-47.
32. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: Glosario. Washington: OMS 1999.
33. Vélez OR, Romero RV. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud-APS. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2009; 8(16):153-164.