

Jóvenes, docentes y funcionarios de salud hablan sobre la calidad de vida y sobre sus experiencias en el Programa Salud al Colegio¹

María Claudia Duque-Páramo²

1 El artículo tiene su origen en el análisis de la experiencia del Taller sobre Calidad de Vida desde la Perspectiva Juvenil e Infantil, realizado en el Congreso Internacional de Salud Escolar, en diciembre de 2007. Recibido para evaluación: 20 de octubre de 2009. Aceptado para publicación: 26 de febrero de 2010.

2 Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica. Magistra en Psicología Comunitaria. Doctora en Antropología. Profesora titular de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mcdunque@javeriana.edu.co.

Resumen

Este artículo presenta el análisis de un taller participativo realizado con estudiantes, docentes y funcionarios del Programa Salud al Colegio, en noviembre de 2007. El taller fue realizado en la Pontificia Universidad Javeriana durante el Congreso Internacional de Salud Escolar en el Marco de la Atención Primaria en Salud y la Garantía del Derecho a la Educación, el cual fue convocado y financiado por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación de la Alcaldía Mayor de Bogotá. Luego de una breve descripción del programa Salud al Colegio, se reseñan los antecedentes, objetivos y metodología del taller, así como las voces de los participantes que incluyen: sus conceptos sobre salud y calidad de vida, las contribuciones, los retos y amenazas del programa y, finalmente, algunas recomendaciones.

PALABRAS CLAVE: salud escolar, salud infantil, promoción de la salud, calidad de vida.

PALABRAS CLAVE DESCRIPTOR: promoción de la salud, salud escolar, salud infantil, calidad de vida.

Youth, Teachers, and Health Officials Talk about the Quality of Life and their Experiences in the Programa Salud al Colegio (School Health Program)

Abstract

This brief article, presents the analysis of a participatory workshop conducted with students, teachers, and health officials of the Programa Salud al Colegio (School Health Program), in November 2007. The workshop was held at the Pontificia Universidad Javeriana during the International Congress of School Health within the Framework of the Primary Health Care and ensuring the Right to Education, which was convened and funded by the Secretariat of Health and the Secretariat of Education of Bogota. After a brief description of the Programa Salud al Colegio, presents the background, objectives and methodology of the workshop and the voices of participants, which include: their concepts of health and quality of life; contributions, challenges and threats of the program, and finally some recommendations.

KEY WORDS AUTHOR: School health, child health, health promotion, quality of life.

KEY WORDS PLUS: Health promotion, school hygiene, child health, quality of life.

Jovens, professores e funcionários da saúde falam sobre a qualidade de vida e suas experiências no Programa Salud al Colegio (programa de saúde escolar)

Resumo

Neste breve artigo apresenta-se a análise de um *workshop* participativo junto com estudantes, professores e funcionários do Programa Saúde para à Escola, feito em novembro

de 2007. O *workshop* foi desenvolvido na Pontifícia Universidade Javeriana, durante o Congresso Internacional de Saúde Escolar no Âmbito da Atenção Primária à Saúde e a Garantia e do Direito à Educação, por convite e financiamento das secretarias Municipais de Saúde e Educação da Prefeitura de Bogotá. Após da breve descrição do programa referido, apresentam-se o contexto, objetivos e metodologia do *workshop* e as vozes dos participantes, incluindo nelas, os seus conceitos sobre saúde e qualidade de vida, contribuições, desafios e ameaças do programa e, no final, algumas recomendações.

PALAVRAS CHAVE AUTOR: saúde escolar, saúde infantil, promoção da saúde, qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVE DESCRIPTOR: promoção da saúde, saúde escolar, saúde da criança, qualidade de vida.

Programa Salud al Colegio

Los antecedentes mediatos del Programa Salud al Colegio (PSC) podemos ubicarlos en la Declaración de Alma Ata (1) y su propuesta de Atención Primaria en Salud (APS). En contraste con el modelo de historia natural de la enfermedad (2), basado en los niveles de prevención propuestos por Leavel y Clark (3) y que asumen el poder centrado en unos servicios de salud controladores, la APS reconoce el papel de los diferentes actores sociales en la producción social y cultural de la salud. En este sentido, la APS, tal y como fue propuesta en la Declaración de Alma Ata, asume que la salud es un derecho fundamental y contempla la participación de la comunidad como un elemento central para el logro de la salud y la lucha contra las inequidades (4).

Aunque el modelo de APS tuvo una gran vigencia durante la década de los ochenta en países en vías de desarrollo, y particularmente en Colombia, su implementación real no correspondió a las intencionalidades, tal y como fueron propuestas en Alma Ata. Mientras que la APS original surgió de la mano de las críticas a la medicina occidental y de propuestas liberadoras como las de Pablo Freire y Orlando Fals Borda, lo que realmente se implementó fue un modelo de APS selectiva que focalizó sus acciones eficientes sólo en grupos de alto riesgo y sus enfermedades.

Así como lo plantean Werner y otros (5), bajo la acción de críticos de la salud pública internacional y de organizaciones como la Fundación Rockefeller, fueron dejados de lado principios incluidos en la Declaración de Alma Ata, como la intención de reducir las inequidades y la necesidad de la participación de todos los sectores y actores sociales. Con el paso del tiempo, la APS recibió muchas más críticas y hacia los años noventa ya pocos hablaban de ella y la mayoría consideraba que había sido un sueño fracasado.

Sin embargo, los principios propuestos por Alma Ata han seguido vigentes y en el nuevo milenio diversas voces en el mundo (6,7) y en Colombia³ han venido trabajando por retomar valores y prioridades, como reducir las inequidades y el valor de la participación en salud.

El PSC surge, entonces, en el contexto de la nueva APS, de la cual retoma principios e intencionalidades de la APS original e integra elementos nuevos provenientes algunos del modelo de promoción de la salud, como calidad de vida, gestión local, ámbitos sociales y nuevos estilos de diseño de políticas públicas y programas de salud integrales. En 1997, cuando el

3 Por ejemplo, en Bogotá, en 2005, se realizó el Encuentro Nacional de Modelos de Atención Basados en APS en el marco del SGSSS Descentralizado: Estrategia de Garantía del Derecho a la Salud.

programa se inició en Bogotá con el nombre Estrategia Salud al Colegio (8), este se nutría conceptualmente de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida. Posteriormente, diversos documentos y eventos se preocuparon por hacer hincapié en la relación entre el PSC y la APS.

Salud al Colegio se define como un programa interinstitucional de la Alcaldía Mayor de Bogotá, basado en una alianza intersectorial de las secretarías de Educación y Salud, “con el propósito de garantizar una mejor calidad de vida a niños y jóvenes de la ciudad, en un proceso de gestión local con los hospitales, los CADEL⁴ y los colegios distritales” (9). El objetivo general del programa es “contribuir al mejoramiento de las condiciones para el aprendizaje y el aprovechamiento del colegio, promoviendo la participación de niñas, niños, jóvenes, docentes, orientadores, directivos, administrativos, padres y madres de familia en procesos de desarrollo individual y colectivo” (9).

Los principios en los que se basa el PSC son: la construcción colectiva e intersectorial de respuestas, el apoyo a la fundación pedagógica, la respuesta a las necesidades sociales de la comunidad educativa, la asunción del colegio como un ámbito de la vida cotidiana, el hacer parte de los proyectos educativos institucionales, la participación social de los actores de la comunidad educativa y la incidencia en los determinantes de la salud y no sólo en sus manifestaciones.

La participación de los diversos actores sociales es considerada un componente central del PSC. Con este propósito, la coordinación central del programa ha promovido tres estrategias que durante el 2007 algunas localidades empezaron a implementar (10):

1. *Grupos Gestores*: conformados por estudiantes, docentes y representantes de los padres de familia. El propósito de estos grupos es que actúen como unos consejos que finalmente gobiernen sobre las políticas, los programas y las actividades.
2. *Fase de planeación participativa en el diseño de la programación anual*: que consiste en que durante los primeros dos a tres meses del año se desarrolla un tiempo de planeación en el que los diferentes actores en el colegio y representantes del hospital elaboran de manera conjunta un diagnóstico participativo, que incluye una lectura analítica del contexto y de las potencialidades. Todo esto orientado hacia la construcción de estrategias y planes conjuntos.
3. *Sostenibilidad*: se viene trabajando a través de la Red de Amigos de Salud al Colegio (RASC) y de estrategias de comunicación. La RASC busca el apoyo de actores locales como: jóvenes, empresas, otras instituciones, con los cuales se pretende construir alianzas a mediano

4 CADEL: Centro de Administración Educativa Local.

y largo plazos. Las estrategias de comunicación se proponen dentro del ámbito escolar e incluyen el uso de medios de comunicación como el periódico y la radio escolar.

En el marco del PSC, durante el 2007 algunas niñas, niños y jóvenes realizaron actividades como videos (jóvenes de Ciudad Bolívar, Usme y Usaquén), experiencias con la Línea 106 (niñas y niños gestores de la Línea 106 en Engativá) y grupos de trabajo en el tema de convivencia (jóvenes de Usaquén).

El Taller: antecedentes, objetivos y metodología

A pesar del valor que se le da y de las estrategias existentes para hacerla realidad, los directivos distritales del PSC reconocían que la participación de las niñas, niños y jóvenes era uno de los aspectos en los que a finales del 2007 no se habían logrado los avances esperados. Por esta razón, los organizadores del Congreso Internacional de Salud Escolar deseaban que, además de los intercambios académicos propuestos, el evento propiciara un espacio para escuchar las voces de niñas, niños y jóvenes y de otros actores locales del programa y trabajar con ellas y ellos⁵ en un proceso de construcción participativa. Así mismo, buscamos articular las experiencias y los saberes de los participantes y propiciar una reflexión constructiva alrededor del tema calidad de vida y sobre cómo continuar contribuyendo a mejorar la de los estudiantes a través del PSC.

El taller la Calidad de Vida desde la Perspectiva Infantil y Juvenil lo realizamos⁶ con los siguientes objetivos:

- Propiciar con los estudiantes participantes un espacio de reflexión participativa sobre sus experiencias y participación en el PSC y sobre lo que para ellas y ellos significa vivir bien.
- Generar con los profesionales, docentes y adultos participantes un espacio de reflexión participativa sobre la calidad de vida y sobre el papel que desempeñan en la participación de los estudiantes y su contribución a la calidad de vida de ellos.

5 Con el fin de no repetir siempre el uso masculino y femenino, utilizaré indistintamente los dos géneros para referirme tanto a participantes de género masculino como a participantes de género femenino.

6 El taller lo coordinamos de manera conjunta la autora y Luis Flórez (PhD, profesor titular del Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, director del Programa TIPICA de Salud Escolar, doctor en Psicología Experimental y Magister en Análisis Experimental de la Conducta de la Universidad Nacional Autónoma de México, Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: luis@florez.info).

- Crear un espacio de construcción participativa sobre recomendaciones y sugerencias para el PSC.

Los participantes en el taller fueron estudiantes de colegios de las localidades de Usaquén (Colegio Torca), Usme (Colegio Eduardo Umaña Mendoza, Colegio Comuneros y Colegio Tenerife Granada Sur), Barrios Unidos (Colegio Heladia Mejía) y Suba (Colegio Álvaro Gómez Hurtado). También participaron profesionales⁷ y auxiliares de hospitales y docentes e invitados de las localidades de Barrios Unidos, Bosa, Chapinero, Ciudad Bolívar, Engativá, Fontibón, Kennedy, Puente Aranda, Rafael Uribe, San Cristóbal, Teusaquillo, Tunjuelito, Usaquén y Usme.

El taller lo desarrollamos durante un día, en tres sesiones de trabajo. Tomando como base las preguntas propuestas en la guía titulada *Contando nuestras experiencias e ideas* (Anexo 1), durante la primera sesión los jóvenes trabajaron en un grupo con María Claudia y los docentes y profesionales se organizaron en cuatro grupos con Luis. La siguiente fue una sesión plenaria en la que la relatora de cada uno de los grupos expuso una síntesis de sus respuestas.

Estas exposiciones propiciaron una rica e interesante dinámica grupal en la que, más allá de las respuestas a las preguntas, los jóvenes, los funcionarios de los hospitales y los docentes conversaron sobre sus inquietudes, sugerencias y problemas, a fin de construir algunos acuerdos. Teniendo en cuenta el interés de todos los participantes en continuar trabajando no en grupos pequeños, sino de manera conjunta en la plenaria, la tercera sesión la dedicamos a discutir algunas propuestas sobre el diseño y la ejecución del PSC.

Esta fue una sesión muy interesante y productiva en la que se hizo evidente la apropiación y sentido de responsabilidad de todos los participantes con el programa. Partiendo de un supuesto común acerca del valor e importancia del PSC, los docentes, los jóvenes y los funcionarios de los hospitales expusieron sus inquietudes, definieron problemas y plantearon sugerencias, todas ellas orientadas al propósito común de contribuir a su mejoramiento.

A continuación presento una síntesis interpretada de las voces de los participantes en el taller y luego algunas recomendaciones orientadas al diseño de políticas. Confío en que, a pesar de las limitaciones que tienen las palabras para narrar eventos y realidades, alcance a representar, al menos en parte, el entusiasmo e interés de todas las personas que asistieron al taller. Así mismo, sus conocimientos, capacidad de análisis y crítica y su compromiso con el programa, con los niños y jóvenes,

⁷ Psicología, psicopedagogía, psicología educativa, enfermería, fonoaudiología, trabajo social, administración educativa, ingeniería, sociología, fisioterapia, bacteriología, historia, medicina, odontología, educación familiar y comunicación social.

con sus pares y con el valor de la ciudadanía y la participación como formas de construir una ciudad inclusiva y sin indiferencia.

Voces de las participantes: experiencias y conceptos

De acuerdo con los temas propuestos a través de las preguntas trabajadas en las sesiones de grupos y en las plenarias, la discusión se centró en tres grandes temáticas: el concepto de *calidad de vida*, las características del PSC y la forma como contribuye a la calidad de vida de la comunidad educativa y, finalmente, los problemas que los participantes en el taller identifican en la ejecución del PSC y las sugerencias y alternativas que ofrecen.

Definiendo conceptos: de la salud hacia la calidad de vida

Más allá de la idea biologicista y patocéntrica de la salud como ausencia de enfermedad, los participantes en el taller definieron la salud como un concepto positivo orientado hacia el desarrollo social y humano, el bienestar y la calidad de vida de las personas y los colectivos. Así mismo, conciben a las personas no como seres unidimensionales, sino sujetos en los que se dan de manera integrada dimensiones ecológicas, psicológicas, biológicas, sociales, culturales, jurídicas y espirituales.

De manera similar a la promoción de la salud, la CV es un concepto que integra en una relación compleja diferentes elementos y que reconoce el origen y la producción social y cultural el fenómeno salud-enfermedad. Dentro de los elementos que los participantes consideran que forman parte de la calidad de vida se encuentran:

- *Componentes del contexto familiar, escolar, comunitario y social*, como la diversidad de la realidad social, los derechos humanos, la convivencia, la democracia, la educación participativa, el valor de la individualidad, el dinero y los recursos financieros y las oportunidades sociales.
- *Fenómenos sociales*, por ejemplo, la interacción, los vínculos afectivos y sentimientos como el amor.
- *Características y habilidades*, como el liderazgo, la toma de decisiones, el diálogo, la resolución de conflictos, el respeto a la diferencia, la capacidad de afrontamiento y el proyecto de vida.
- *Prácticas y conceptos relacionados con la salud*, como la actividad física, la recreación, el deporte y las vivencias y los estilos de vida saludables.

La calidad de vida como propósito permite vincular las acciones de los diversos actores sociales, contextualizadas en la realidad. En este sentido, y puesto que esta se da en los contextos históricos, culturales y sociales particulares de las personas, las familias, las comunidades, las regiones y los países, no hay un modelo ideal de calidad de vida; más bien es necesario trabajar de manera participativa, armónica y colaborativa a través de procesos de construcción conjunta de los diferentes actores, personas y colectivos, para definir, a partir de sus realidades y necesidades, los conceptos e intencionalidades de la calidad de vida, y así diseñar e implementar las estrategias que les permitan lograrlos.

Al mismo tiempo que la calidad de vida se dirige hacia ideales como el desarrollo armónico social y personal, el bienestar integral, el equilibrio de la salud física y mental de las personas y la búsqueda del éxito, también consideramos que se orienta a metas concretas, por ejemplo: el empoderamiento de los niños en sus derechos a la vida, la prevención de enfermedades y el dar respuestas a necesidades individuales.

En este sentido, además de la asociación que cotidianamente hacemos entre la calidad de vida con ideas como bienestar, felicidad, logro de ideales y éxito, hay acuerdo en que es necesario darle contenido al concepto y proponerlo a modo de un proceso que permita comprender sus dimensiones temporales y espaciales. Esto significa que el PSC vaya más allá de las acciones transversales y toque más a fondo la realidad del escolar enseñándole también habilidades para la vida. Adicionalmente, los jóvenes consideran que la preservación del medio ambiente, las buenas relaciones interpersonales, la recreación, el deporte y el entretenimiento son elementos centrales de la calidad de vida.

El Programa Salud al Colegio y su contribución a la calidad de vida de las niñas, niños y jóvenes

Los jóvenes definieron el PSC como un programa o un proyecto que la Alcaldía de Bogotá les presta. Al mismo tiempo que manifiestan sentirse agradecidos por los servicios que reciben, consideran que el PSC es un derecho que tienen, por ser estudiantes y menores de edad, de ser protegidos y de recibir cuidados para su salud, por parte de las instituciones que cuentan con los recursos para hacerlo.

En este sentido, plantean que las acciones recibidas a través del programa son también una necesidad y una exigencia que hace la educación pública para los estudiantes. Sin embargo, ellas no se ven como sujetos pasivos, sino que consideran que actúan como líderes cuando asumen acciones, identifican problemas y proponen soluciones.

El PSC viene contribuyendo a la calidad de vida de los estudiantes a través de diversos tipos de acciones y estrategias. Dentro de las mencionadas por los participantes en el taller se encuentran: acciones en salud con grupos particulares; acciones de prevención de enfermedades; acciones y estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida; acciones especiales; estrategias de participación, coordinación, comunicación e información, y talleres con jóvenes y talleres con padres.

- *Acciones en salud con grupos particulares:* Incluyen vacunación; nutrición; tamizaje de enfermedades prevalentes; evaluación de crecimiento y desarrollo; consulta médica; atención preconcepcional; atención a gestantes y a lactantes; atención al menor trabajador; y atención a la población en situación de discapacidad (actividades con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte).
- *Acciones de prevención de enfermedades* de mayor prevalencia o de problemas de salud relevantes, como maltrato, violencia, negligencia, descuido y abuso, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual y discapacidad.
- *Acciones y estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida:* incluyen talleres sobre desarrollo socioemocional, promoción de los derechos sexuales y reproductivos, promoción del buen trato, Ciudad Protectora, Caminos Seguros, educación en salud y empoderamiento de los niños y los jóvenes.
- *Acciones especiales* para atender enfermedades y problemas prevalentes que incluyen programas como refrigerios y comedores escolares, salud oral, recreación y manejo del tiempo libre y educación sexual.
- *Estrategias de participación, coordinación, comunicación e información:* dentro de los que identifican los diagnósticos participativos; convenios interinstitucionales; alertas; manuales de rutas de atención, remisión y seguimiento; grupos gestores; emisoras de radio, y otros medios de comunicación como prensa, video y revistas.
- *Talleres con jóvenes:* orientados hacia el mejoramiento de la calidad de vida. Dentro de estos identifican talleres para la orientación de los jóvenes, el fomento del liderazgo, la solución de conflictos, la convivencia social y el trabajo con pares, el fortalecimiento de habilidades para la vida, la facilitación de la toma de decisiones y el fortalecimiento de los motivos. También se mencionaron los talleres con padres.

Retos y amenazas

Los participantes están de acuerdo en que el PSC ha significado un gran avance en el camino de integrar acciones para contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de los escolares en Bogotá. Sin embargo, también manifiestan que existen retos y amenazas que son necesarios enfrentar.

Dentro de los retos, hablaron de garantizar el respaldo al programa a través de políticas públicas consistentes y continuas, así como de la necesidad de sobrepasar algunas barreras que provienen de estilos antiguos de ejecutar programas de salud, como la falta de información, las estructuras jerárquicas, el activismo y el asistencialismo, y propiciar más bien la planeación participativa, la corresponsabilidad y los sistemas de información confiables y de calidad.

El PSC tiene conceptos y acciones limitadas que deben revisarse. Por ejemplo, los jóvenes manifestaron que, más allá de acciones de salud física, es vital incluir acciones y estrategias que promuevan la salud mental y que les atiendan sus necesidades en relación con el sufrimiento emocional, el riesgo de suicidio, la soledad, los conflictos con los amigos y la familia. Ellos consideran que la Línea 106 no es suficiente ni adecuada para este fin:

Nosotros reconocemos la labor de la Línea 106, pero lo que pretendemos es que se desentiendan un poco del rol de docentes y se metan un poco más al rol paternal. Si a un muchacho le cuesta trabajo decirle al papá que está deprimido, mucho más le va a costar marcar una línea y hablar con una persona totalmente desconocida y contarle sus problemas.

Así mismo, cuestionaron la promoción implícita de la actividad sexual indiscriminada que están haciendo los hospitales al entregar condones y la necesidad de acompañar de manera cercana a los jóvenes en estos temas.

Dentro de las amenazas, a pesar de reconocer algunos avances y logros, plantean que las estructuras jerárquicas tradicionales del sector de la salud han tenido poca capacidad de crear espacios reales de participación. Igualmente, la participación de estudiantes y docentes se ve limitada, porque las personas de este sector ya han definido previamente prioridades y acciones.

Así, formas antiguas y hegemónicas de trabajar en el sector de la salud se convierten en amenazas para que los diferentes actores participen de manera activa y con poder real en el análisis de la realidad, al igual que en el diseño, ejecución y evaluación de acciones y estrategias locales. Como lo expuso un joven en una de las plenarios: “Con todo

respeto, temo mucho hacer polémica, pero acá hay que aclarar las cosas. Cuando yo me refiero a injerencia del colegio, es que el hospital no puede llegar a un colegio e imponer cosas”.

Otra amenaza se encuentra en la práctica de los funcionarios del sector de la salud de juzgar a los estudiantes como irresponsables respecto a su salud, y a los docentes, como no participativos, al mismo tiempo que se asume que la responsabilidad y el control del programa se encuentran en los funcionarios sanitarios. Hay acuerdo en la necesidad de cambiar estos modelos basados en la jerarquía y encaminarse hacia modelos de responsabilidades y tareas compartidas.

Además de la preocupación manifestada por docentes y funcionarios sobre el asistencialismo, los jóvenes plantean que las formas más comunes de participar en el programa son asistiendo a las actividades, recibiendo servicios y, en ocasiones, criticándolos. El temor, las jerarquías y la falta de espacios propicios limitan la posibilidad de que las niñas, niños y jóvenes y también los docentes puedan ejercer la reflexión crítica y la participación activa en espacios comunes con los funcionarios sanitarios. Como lo planteaban dos jóvenes:

La participación que nosotros tenemos como estudiantes es recibir esos servicios que nos brindan y cuestionando... Los profesores también (hacen lo mismo).

Estamos recibiendo beneficios, pero también necesitamos dar esa conciencia... que vean también nuestras necesidades... pensar cómo hacer para que nosotros los jóvenes participemos de una manera activa en el PSC... Yo propongo que en las carteleras hablemos de lo que se está desarrollando en cada colegio, los programas, lo que nosotros proponemos y cómo nos vemos beneficiados.

Además de sus efectos en la calidad, la continuidad del PSC está amenazada por la rotación del personal de los hospitales y el tipo de contratación a corto plazo, pues ello condiciona interrupciones y discontinuidades de los procesos locales. Así mismo, pero aunque con menor frecuencia, esta situación también sucede en los colegios. Algunos jóvenes manifestaron su inconformidad, porque como consecuencia del cambio de rectora, se cambió el nombre de su colegio y se dejaron de lado proyectos que venían desarrollando.

Una última amenaza se encontró en la limitada capacidad de respuesta a los problemas y necesidades identificados.

Recomendaciones

Presentamos algunas recomendaciones que se derivan de lo expuesto y que fueron entregadas en su momento a los organizadores del Congreso, con el propósito de que fueran tenidas en cuenta para políticas y programas, por las personas e instancias con el poder de hacerlo.

Con respecto a ampliar el concepto y algunas estrategias del PSC, recomendamos ampliar los beneficiarios del PSC a la comunidad educativa y funcionarios de salud. En el marco de un programa participativo, consideramos importante incluir estrategias que propicien la calidad de vida de la comunidad educativa en general y también la de los funcionarios de salud.

Es necesario considerar la importancia de la soledad y el sufrimiento emocional como aspectos centrales en la salud y la calidad de vida de los estudiantes y diseñar estrategias que contribuyan a mejorar las relaciones interpersonales, a controlar los chismes y a fomentar el respeto a las diversas formas de pensar, sentir y actuar.

También recomendamos: diseñar estrategias y actividades en relación con el uso del tiempo libre y el acompañamiento a los jóvenes, a través de sus pares o de estudiantes de cursos más adelantados; mejorar los espacios deportivos y de entretenimiento en los colegios, e incluir proyectos que consideren la preservación del medio ambiente.

Es importante propiciar la integración del programa dentro del currículo, brindando espacios académicos específicos y permitiendo que los docentes tengan espacios particulares para el PSC. También es recomendable explorar nuevas estrategias y técnicas participativas y de educación en salud que propicien reflexión crítica de la realidad y cambios de comportamientos.

En relación con la participación, recomendamos fomentar la participación de los diversos actores en todos los procesos, de acuerdo con las prioridades y competencias. Por ejemplo, es fundamental garantizar la participación de individuos de la comunidad educativa en el diseño de diagnósticos y planes locales y buscar el compromiso y apoyo políticos de todos los gerentes del CADEL.

En coherencia con los valores y principios del PSC es necesario: diseñar programas que se construyan desde las realidades y particularidades de las poblaciones y que consideren diversidades de etnia, género, edad, problemas de salud, entre otros; generar espacios de reflexión crítica sobre las estructuras jerárquicas, el poder hegemónico y las formas de propiciar la participación en un contexto democrático; fortalecer el trabajo en equipo, la construcción de redes, la interdisciplinariedad, la coordinación interinstitucional, los grupos gestores y

otras estrategias participativas, y fomentar formas de circulación de la información de manera transparente y amplia, de tal manera que los diferentes actores en los diferentes ámbitos de acción tengan acceso sencillo a lo que otros están haciendo, a dar sus aportes y a conocer diversas formas en que podrían participar.

Finalmente, y teniendo en cuenta la amenaza que representa para el PSC la rotación del personal, sugerimos revisar prontamente las formas de contratación de profesionales y técnicos y realizar los cambios necesarios que permitan garantizar la continuidad de los procesos y la calidad de vida de funcionarios y docentes. Estudiantes, funcionarios, docentes y coordinadores del taller compartimos el valor y la necesidad de tener en cuenta dentro del programa, el bienestar y la calidad de vida de todas las personas que participan en el PSC.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Declaración de Alma Ata. Génova; 1978.
2. Rodríguez Domínguez J, Meljem Moctezuma J. Epidemiología e historia natural de la enfermedad. En: González Saldaña N, Torales Torales AN, Gómez Barreto D, editores. Infectología clínica. México: Trillas; 1984.
3. Leavell HR, Clarck EG. Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach. New York: McGraw-Hill; 1965.
4. Duque Páramo MC. Salud, enfermedad y desarrollo de la población infantil. En: Duque Páramo MC, Córdoba CI, editores. Cuidado de la salud en la niñez. Bogotá: CEJA; 2000. p. 11-32.
5. Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. Cuestionando la solución: las políticas de atención primaria de salud y supervivencia infantil [internet]. HealthWrights; 2000 [06-08]. Disponible en: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm>.
6. Lawn JE, Rohde J, Rifk in S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata rebirth and revision 1. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. 2008;372:917-27.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington; 2007.
8. Triana Murillo LM, Rojas Rodríguez YV. Experiencias de un grupo de escolares en relación con el manejo del tiempo libre en un colegio de los barrios orientales de Bogotá, 2007-2008. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
9. Alcaldía Mayor de Bogotá. Salud al Colegio. Me siento bien. Aprendo bien. 2007:1-52.
10. Otálvaro GJ. Conversación personal; 2007.

Anexo 1

Secretaría de Salud de Bogotá
Secretaría de Educación de Bogotá
Pontificia Universidad Javeriana
Universidad Nacional de Colombia

Congreso Internacional de Salud Escolar

Taller sobre la Calidad de Vida desde la Perspectiva Juvenil e Infantil
Actividad. Contando Nuestras Experiencias e Ideas

Los estudiantes

Conversar, discutir sobre las siguientes preguntas o temas:

1. ¿Qué experiencias quiero compartir sobre mi participación en el Programa de Salud al Colegio?
2. ¿Cómo ha sido la participación en el programa: la propia y la de amigas(os) compañeros(as) del colegio?
3. ¿Qué es para mí-nosotras(os) vivir bien? ¿Qué necesitamos para sentir que tenemos una vida buena? ¿Qué tenemos? ¿Qué nos hace falta?
4. ¿Cómo podemos contribuir a tener una vida buena?
5. ¿Cómo nos pueden apoyar los profesionales y el Programa Salud al Colegio para vivir bien?

Preparen una presentación con los acuerdos y conclusiones a los que llegaron. Tienen a su disposición materiales para preparar carteleras o también podrán presentar sus conclusiones a través de una representación, un poema, coplas o una canción.

Se presentará el video de los estudiantes del Colegio Torca y otros materiales que hayan traído.

Los profesionales y los docentes

Conversen, discutan sobre las siguientes preguntas o temas:

1. ¿Cómo estamos entendiendo la calidad de vida?
2. ¿Qué estamos haciendo por promover esa idea de calidad de vida en las comunidades educativas y en los estudiantes?
3. ¿Cómo es que los profesionales y docentes podemos contribuir a que los estudiantes en los colegios tomen decisiones que promuevan su desarrollo y calidad de vida?
4. ¿Cómo podemos apoyarlos en esas decisiones?

Anexo 2

Secretaría de Salud de Bogotá
Secretaría de Educación de Bogotá
Pontificia Universidad Javeriana
Universidad Nacional de Colombia

Congreso Internacional de Salud Escolar

Taller sobre la Calidad de Vida desde la Perspectiva Juvenil e Infantil
Actividad. Todas y todos proponemos

Con base en las presentaciones, en los problemas y en los logros, discutir sobre las siguientes preguntas:

1. ¿Qué propuestas tenemos para el Programa Salud al Colegio?
2. ¿Qué haríamos para mejorarlo?
3. ¿Qué haríamos para que todas las personas del colegio participemos más?
4. ¿Cómo haríamos para que los adultos y los niños, niñas y jóvenes podamos trabajar juntos?