



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

**De las Universidades Saludables a las  
“Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar  
intervenciones institucionales**

**Doctorando**

**Jesús María Sánchez Ordóñez**

**Castelló de la Plana, junio de 2022**





**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

**Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I**

**Programa de Doctorado en Desarrollo Local y Cooperación Internacional**

**De las Universidades Saludables a las  
“Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar  
intervenciones institucionales**

**Memoria presentada por Jesús María Sánchez Ordóñez para optar al grado de doctor  
por la Universitat Jaume I**

  
Doctorando

**Jesús María Sánchez Ordóñez**

  
Directores  
**Miguel Ángel Gimeno  
Navarro**

  
**Rosa Ana Peris  
Pichastor**

**Castelló de la Plana, junio de 2022**



**Licencia CC Reconocimiento - Compartir igual (BY-SA)**



Financiación recibida:

Para el desarrollo de la presente investigación no se contó con financiación parcial o total de parte ningún organismo.



## AGRADECIMIENTOS

---

Considerando que la culminación de este proceso es tanto un logro académico como un logro personal, son muchas las personas y entes a los cuales quiero agradecer.

En primer lugar, a los seres que me dieron la vida, Moisés y Rebeca, ellos quienes con grandes esfuerzos y pasando del campo a la ciudad cuando era un niño, hicieron posible mi enamoramiento por el estudio, desde el preescolar hasta el doctorado y así hasta que resista; mis padres que tengo la fortuna de disfrutar aún en vida le dan sentido a cada uno de estos significativos logros.

A Eleonora mi compañera de camino, quien aparte de todo lo bueno que me ha prodigado me ha dado el ser por el cual tiene sentido todo este esfuerzo, mi hijo Juan David del que siempre me sentiré orgulloso y del que espero viva su vida tal como la desea.

A mis hermanos, sobrinas, sobrinos, parientes y amigos quienes siempre han sido parte especial del entorno que me ha formado y ayudado a ser quien soy.

En segundo lugar, agradezco a las personas e instituciones que me han aportado cada granito de arena para llegar a este punto: La educación pública colombiana que me ha permitido beber la sabia del conocimiento, desde la primaria, el bachillerato y la educación superior; sin lo que significó para mí esto, no estaría escribiendo este mensaje ad- portas de mi Título de Doctor.

Página aparte mi reconocimiento a la Universidad del Valle, Alma Mater de la que hago parte y en la que he podido construir un proyecto académico y laboral, trascendiendo a diferentes entornos; en especial a la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, donde todas las personas que la componen han sido un apoyo vital para tener las mejores condiciones de estudio en este momento.

Ya en mi proceso doctoral, agradezco con el alma lo que significó el acompañamiento desde el primer instante hasta la última coma de mi Tesis, de los Doctores Miguel Ángel Gimeno Navarro y Rosa Ana Peris Pistachor, sin ellos seguramente mi formación doctoral en la UJI no hubiera sido posible. Asimismo, a todos los docentes y funcionarios de la UJI de quienes siempre obtuve las

mejores respuestas. No paso por alto a todas las personas de Castellón que me brindaron confianza y afecto durante mi estancia inolvidable en ese hermoso rincón del sur de España.

Agradecimiento especial a los doctores Fernando Melgoza Espín (UAEM- Jicarero) por su apoyo y amistad, quien hizo posible mi estancia fructífera en tierras mexicanas; a toda la comunidad de la Escuela de Estudios Superiores del Jicarero, en donde me sentí como en casa. Al Doctor José Luis Castillo presidente de la REMUPS y docente de la Universidad Veracruzana, así como a su equipo de investigación y colegas; por último, a los Maestros Jeison Aragón y Daniela Frutos que hicieron posible mi acercamiento a la Universidad de Montemorelos.

En Colombia, un agradecimiento especial a la persona que sembró en mi la idea que una Universidad como la del Valle podría convertirse en entorno saludable, Doctor Antonio Restrepo del SMU; a la Profesora Delia Burgos, luchadora incansable por unos entornos más saludables en Univalle; a la Profesora Alba Emilse Gaviria de la Universidad de Antioquia y a sus colegas quienes de una manera amplia y generosa contribuyeron para el desarrollo de mi Tesis.

A todas las personas e instituciones que han contribuido en este arduo proceso, un abrazo especial de agradecimiento.

## RESUMEN

El presente estudio se ubica dentro del campo de las intervenciones institucionales en salud, específicamente dentro de las estrategias de entornos saludables promovidos por la OMS. El propósito de la investigación se centró en determinar qué son las universidades saludables, caracterizando los fundamentos, nociones, enfoques de sus intervenciones y el papel que juegan como agentes de salud en sus entornos para un mejor desarrollo y vida en las sociedades; así mismo proponer una visión integral e integrada para la construcción de intervenciones en entornos universitarios saludables. Para esto se construyó un diseño metodológico híbrido desde los métodos mixtos conformado por un componente teórico que se denominó investigación documental y un componente aplicado. En este último se realizó un estudio comparado entre siete universidades saludables de tres países con niveles de desarrollo y contextos muy diferenciados. Así mismo se incluyó un estudio de caso de una de las universidades colombianas de la muestra. Dentro de las principales conclusiones están: que la mayoría de estudios y de intervenciones abordan la población estudiantil, principalmente desde las dimensiones física y mental; predominan los enfoques patogénico y salutogénico con primacía del patogénico; se requiere incorporar los enfoques holísticos, complejos, multidimensionales y con participación de todos los stakeholders universitarios; se propone finalmente pasar de la noción de universidades saludables a universidades como entornos para la vida.

***Palabras Clave:*** Universidad saludable, promoción de la salud, salutogénico, desarrollo, entorno, gobernanza.



---

## CONTENIDO

---

Índice de Figuras .....	xiii
Índice de Tablas .....	xiv
Lista de Abreviaturas .....	xv
<hr/>	
Introducción general .....	1
<hr/>	
<b>Capítulo 1. Sobre la Salud y el Desarrollo</b>	
<hr/>	
1.1. Introducción .....	13
1.2. Aproximaciones al Concepto de Salud .....	15
1.2.1. Paradigmas de la Salud .....	16
1.2.2. Dimensiones de la Salud .....	21
1.2.2.1. Salud Física .....	22
1.2.2.2. Salud Mental .....	23
1.2.2.3. Salud Social .....	24
1.2.2.4. Salud Ambiental .....	25
1.2.2.5. Salud Espiritual .....	27
1.2.3. Enfoques para las Intervenciones en Salud .....	28
1.3. Aproximaciones a la Evolución de la Noción de Desarrollo .....	30
1.3.1. Indicios Sobre la Relación entre la Salud y el Desarrollo .....	32
1.4. A manera de síntesis .....	35
<hr/>	
<b>Capítulo 2. Entornos, Organizaciones y Universidades Saludables</b>	
<hr/>	
2.1. Introducción .....	40
2.2. Entornos saludables .....	40
2.3. Organizaciones Saludables .....	43
2.3.1. Revisión de la literatura sobre organizaciones saludables .....	45
2.4. Universidades Saludables.....	48
2.4.1. ¿Universidades Saludables o Universidades Promotoras de Salud? .....	51
2.4.1.1. Recuento histórico de la promoción de la salud en entornos universitarios .....	53
2.4.1.2. Las Redes de Universidades Saludables .....	56
2.4.1.3. Aproximaciones metodológicas e intervenciones enmarcadas en universidades saludables .....	58
2.4.2. Investigaciones sobre universidades saludables .....	61
2.5. Aproximación a la Gobernanza Universitaria .....	63
2.6. A manera de síntesis .....	74

---

---

### Capítulo 3. Planteamiento de la Investigación y Metodología

---

3.1. Objeto de la Investigación .....	81
3.1.1. Objetivos .....	83
3.2. Metodología .....	86
3.2.1. Consideraciones Ontológicas y Epistemológicas .....	86
3.3. Diseño de la Investigación .....	88
3.3.1. FASE I. Investigación Documental .....	91
3.3.1.1. Procedimiento .....	92
3.3.2. FASE II. Investigación Aplicada .....	96
3.3.2.1. <i>Estudio Comparativo entre Universidades de México, España y Colombia</i> .....	97
3.3.2.1.1. Procedimiento .....	97
3.3.2.1.2. Aproximación Cualitativa .....	99
3.3.2.1.3. Aproximación Cuantitativa .....	109
3.3.2.2. <i>Estudio de Caso (Universidad del Valle)</i> .....	115
3.3.2.2.1. Procedimiento .....	116
3.3.3. Consideraciones éticas .....	121

---

### Capítulo 4. Resultados de la Investigación

---

4.1. FASE I: Investigación Documental. Principales resultados .....	127
4.1.1. Revisión sistemática I .....	127
4.1.2. Revisión Sistemática II .....	130
4.2. FASE II. Investigación Aplicada. Estudio comparativo.....	132
4.2.1. Aproximación cualitativa.....	132
4.2.1.1. Condicionantes.....	139
4.2.1.1.1. Surgimiento .....	139
4.2.1.1.2. Líderes o Impulsores .....	140
4.2.1.1.3. Bases Conceptuales y Filosóficas .....	140
4.2.1.1.4. Paradigmas de la Salud .....	141
4.2.1.1.5. Dimensiones de la Salud .....	144
4.2.1.1.6. Nociones de Salud .....	144
4.2.1.1.7. Nociones de Universidad Saludable .....	145
4.2.1.1.8. Diferencia entre Universidad Saludable y Universidad Promotora de Salud .....	147
4.2.1.1.9. Contextos .....	147
4.2.1.1.10. Aspectos de la Gobernanza Universitaria Claves en el Proceso .....	150

---

---

#### **Capítulo 4. Resultados de la Investigación**

---

4.2.1.2. Operatividad .....	161
4.2.1.2.1. Características de las Intervenciones .....	162
4.2.1.2.2. Resultados .....	170
4.2.1.2.3. Situación actual en las universidades saludables .....	173
4.2.1.2.4. Menciones sobre la Situación de la Pandemia del COVID-19 .....	173
4.2.1.3. Teorización .....	175
4.2.2. Aproximación cuantitativa: Nociones de Salud en el colectivo de estudiantes .....	178
4.3. FASE II: Investigación Aplicada. Estudio de Caso: Universidad del Valle como Universidad Saludable .....	189
4.3.1. Los ODS en el Marco de Planificación Nacional, Regional y de la Universidad del Valle .....	192
4.3.2. Historia de Universidad Saludable en Univalle .....	194
4.3.3. Enfoques de Universidad Saludable .....	196
4.3.4. Nociones de Salud .....	196
4.3.5. Noción de Universidad Saludable .....	198
4.3.6. Universidad del Valle como Entorno Saludable según opiniones de sus Actores .....	201
4.3.7. Gobernanza y Participación en Universidad Saludable .....	206

---

#### **Capítulo 5. Conclusiones y Discusión Final de la Investigación**

---

5.1. Conclusiones .....	217
5.2. Discusión .....	224
5.3. Universidades como entornos de vida: propuesta para su construcción ....	234
5.3.1. Gobernanza: factor clave para la construcción de entornos universitarios de vida .....	234
5.3.2. Construcción de Universidades como Entornos para la Vida: Fundamento y Bases para su Fortalecimiento .....	236
5.4. Fortalezas y Limitaciones del estudio .....	245
5.5. Futuras líneas de investigación .....	246

---

<b>Referencias</b> .....	249
--------------------------	-----

---

<b>Apéndices</b> .....	263
------------------------	-----

---



---

## Índice de Figuras

---

<b>Figura 1.</b> Esquema del paradigma de las cajas chinas y los sistemas independientes interrelacionados que intervienen .....	17
<b>Figura 2.</b> Dimensiones de la salud desde la perspectiva holística .....	22
<b>Figura 3.</b> El individuo con sus dimensiones y sus entornos .....	41
<b>Figura 4.</b> Principales hitos de la Promoción de la Salud en el mundo.....	54
<b>Figura 5.</b> Componentes del MAG.....	67
<b>Figura 6.</b> Esquema de los componentes de la investigación.....	87
<b>Figura 7.</b> Matriz de Stakeholders y dimensiones de la salud.....	94
<b>Figura 8.</b> Mapa conceptual del estudio comparativo.....	96
<b>Figura 9.</b> Proceso de un diseño sistemático desde la Teoría Fundamentada.....	105
<b>Figura 10.</b> Mapa conceptual del estudio de caso.....	113
<b>Figura 11.</b> Proceso de estructuración de la estrategia de Universidad Saludable.....	138
<b>Figura 12.</b> Condicionantes para las intervenciones de universidad saludable .....	139
<b>Figura 13.</b> Resultados sobre gobernanza desde el modelo Analítico de Gobernanza de Hufty (2010) ....	149
<b>Figura 14.</b> Niveles jerárquicos identificados en las universidades .....	157
<b>Figura 15.</b> Factores que inciden en la operatividad de las intervenciones de Universidad Saludable.....	161
<b>Figura 16.</b> Niveles de intervención institucional .....	162
<b>Figura 17.</b> Imágenes de la celebración de la actividad física (Universidad en México).....	167
<b>Figura 18.</b> Proceso de construcción de las categorías de análisis.....	175
<b>Figura 19.</b> Valoración de la Dimensión Mental de la salud, en función de la Universidad de procedencia del estudiantado.....	185
<b>Figura 20.</b> Valoración de la Dimensión Mental de la salud, en función del país en el que se ubica la Universidad.....	187
<b>Figura 21.</b> Valoración de la Dimensión Física en función del país en el que se ubica la Universidad.....	187
<b>Figura 22.</b> Relación entre los modelos de salud y de desarrollo.....	226
<b>Figura 23.</b> Intersección entre Universidad Saludable y Formación Integral.....	232
<b>Figura 24.</b> Universidades como entorno para la vida .....	238
<b>Figura 25.</b> Estructura para definir los enfoques de intervención .....	239
<b>Figura 26.</b> Etapas del proceso de intervención.....	242
<b>Figura 27.</b> Matriz para el diseño y monitoreo de las intervenciones .....	244

---

## Índice de Tablas

---

<b>Tabla 1.</b> Síntesis de los enfoques evolutivos del constructo de Salud .....	20
<b>Tabla 2.</b> Acciones de universidad saludable a nivel organizacional .....	58
<b>Tabla 3.</b> Acciones de universidad saludable según dimensiones de la salud.....	60
<b>Tabla 4.</b> Formulación de la pregunta según la estrategia PICO (Revisión Sistemática I).....	91
<b>Tabla 5.</b> Bitácora de búsqueda Revisión Sistemática I.....	92
<b>Tabla 6.</b> Formulación de la pregunta según la estrategia PICO (Revisión Sistemática II) .....	92
<b>Tabla 7.</b> Bitácora de búsqueda para universidades saludables y promotoras de salud .....	93
<b>Tabla 8.</b> Bitácora de búsqueda para el concepto de salud.....	93
<b>Tabla 9.</b> Universidades y sujetos incluidos en la muestra cualitativa... ..	99
<b>Tabla 10.</b> Definición operacional y aspectos para considerar de las pre-categorías... ..	100
<b>Tabla 11.</b> Muestra no probabilística en universidades de tres países.....	106
<b>Tabla 12.</b> Descripción de la variable Salud con definición operacional e ítems para evaluar .....	109
<b>Tabla 13.</b> Descripción por pre-categoría... ..	115
<b>Tabla 14a.</b> Síntesis de los Diseños Metodológicos.....	118
<b>Tabla 14b.</b> Síntesis de los Diseños Metodológicos .....	119
<b>Tabla 15.</b> Síntesis del proceso de codificación abierta... ..	134
<b>Tabla 16.</b> Proceso sistemático de categorización.....	136
<b>Tabla 17.</b> Comparativo entre las menciones sobre paradigmas identificadas en los tres países .....	141
<b>Tabla 18.</b> Dimensiones de la salud en las intervenciones de Universidad Saludable.....	142
<b>Tabla 19.</b> Menciones sobre los contextos .....	147
<b>Tabla 20.</b> Articulación con REDES de cooperación.....	152
<b>Tabla 21.</b> Comentarios sobre normativas universitarias .....	155
<b>Tabla 22.</b> Articulación de las menciones con respecto a los ejes misionales.....	160
<b>Tabla 23.</b> Tipos de intervención que se implementa .....	163
<b>Tabla 24.</b> Dimensiones a las que se asocian las intervenciones.....	165
<b>Tabla 25.</b> Stakeholder a quién se dirigen las intervenciones .....	167
<b>Tabla 26.</b> Análisis descriptivo de los ítems de la Escala, por países y universidades .....	179
<b>Tabla 27.</b> Análisis de las correlaciones entre las Dimensiones de salud.....	181
<b>Tabla 28.</b> Contraste de las puntuaciones y promedio en las Dimensiones de la salud (Prueba T).....	183
<b>Tabla 29.</b> Contraste entre las Dimensiones de la salud, en función de la universidad de procedencia (Prueba de Kruskal-Wallis).....	184
<b>Tabla 30.</b> Contraste entre las Dimensiones de salud, en función del país (Prueba de Kruskal-Wallis .....	186
<b>Tabla 31.</b> Componentes del primer momento de intervención .....	240

---

## Lista de Abreviaturas

---

<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>COP</b>	Comportamiento Organizacional Positivo “CO” corresponde a “corona”, “VI” a “virus” y “D” a “disease” (“enfermedad”). enfermedad descubierta en el año 2019
<b>DSS</b>	Determinantes Sociales sobre la Salud
<b>EE. UU.</b>	Oficialmente Estados Unidos de América
<b>ENT</b>	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
<b>EVN</b>	Esperanza de Vida al Nacer
<b>HERO</b>	Healthy y Resilient Organizations
<b>HPU</b>	Health Promoting University
<b>MAG</b>	Marco Analítico de la Gobernanza
<b>NPM</b>	New Public Management
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONU</b>	Organización de Naciones Unidas
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PICO</b>	Population, Intervention, Comparison, outcome
<b>PNUMA</b>	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente
<b>PS</b>	Promoción de la Salud
<b>PyP</b>	Prevención y Promoción
<b>REDCUPS</b>	Red Colombiana de Universidades Promotoras de Salud
<b>REUS</b>	Red Española de Universidades Saludables
<b>RIUPS</b>	Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud
<b>RMUPS</b>	Red Mexicana de Universidades Promotoras de Salud
<b>TO INN</b>	From Tradition to Innovation in Teacher-Training Institutions
<b>US</b>	Universidad Saludable
<b>UPS</b>	Universidad Promotora de Salud







*“La salud es todo un mundo. No sólo abarca al cuerpo, sino también a la mente y al espíritu... y no sólo abarca al dolor o al placer actual, sino también todo el ser y la perspectiva del hombre”. (James H. West).*

## **INTRODUCCIÓN GENERAL**

Las Universidades han jugado un papel significativo en todas las sociedades. Desde que se crearon las primeras, más de 10 siglos atrás, se han constituido poco a poco en la médula del desarrollo de los países, pues es el espacio donde convergen gran parte de las diversidades socio culturales de cada contexto. Es aquí donde se forman los profesionales y ciudadanos, quienes posteriormente lideran los diferentes sectores de la sociedad; igualmente en las universidades se genera gran parte del conocimiento científico en los distintos campos disciplinares que sirve para apalancar los desarrollos tecnológicos y sociales, entre otros.

La credibilidad y confianza en las universidades las convierten en faros para la solución de los múltiples problemas que agobian a las comunidades. En algunos países y/o territorios se considera incluso a estas instituciones como uno de los pocos vestigios de honestidad, transparencia, democracia, participación y escenarios interculturales para la construcción de convivencia pacífica; algo relevante en un mundo donde estos valores cada vez son más difusos y los conflictos terminan resolviéndose a través de manifestaciones violentas.

Uno de los desafíos que emerge hoy para las universidades es el de contribuir a la construcción de entornos saludables, ya que en el mundo actual no aparecen las respuestas adecuadas que posibiliten la mejora de las situaciones y condiciones de vida individuales y colectivas. La coyuntura actual, además, se caracteriza por el efecto negativo de los modelos de desarrollo

implementados por los Estados y Organizaciones. Estos se centran en el crecimiento económico, generando inequidades y desigualdades en la distribución de las riquezas, en las dotaciones del bienestar, así como el agotamiento de los recursos naturales no renovables por las prácticas extractivistas y de consumo que promueven.

Otro aspecto importante es la exacerbación de los entornos donde se desarrolla la vida de las personas, cuyos impactos más negativos son, entre otros: las *Enfermedades Crónicas No Transmisibles* (ENT), el *cambio climático acelerado*, la *contaminación* y el *agotamiento desbordado de todos los recursos vitales*.

Por lo anterior, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han venido buscando estrategias para frenar todos estos impactos negativos que ponen en cuestión la vida en el planeta (Urbina-Fuentes et al., 2017). De ahí que, en las últimas tres décadas, se ha evidenciado el efecto de los Determinantes Sociales sobre la Salud (DSS) de las personas, impulsando desde los diferentes escenarios multinacionales y poli temáticos la adopción de decisiones y acciones políticas para contrarrestar estas problemáticas (OPS/OMS, 2018).

Al reconocer la influencia de los DSS en la calidad de vida de las comunidades e individuos se ha vuelto necesario impulsar intervenciones en todos los entornos (Tolosana, 2015) creando estrategias como municipios saludables, organizaciones saludables, escuelas saludables, entre otras (Mejía, 2013).

En el caso de las Universidades se ha iniciado desde la década de los 90s y, más concretamente, en la década del 2000, el movimiento mundial de Universidades Promotoras de Salud o Saludables; siendo Iberoamérica una de las regiones del mundo donde se observa un gran dinamismo y compromiso por incorporar las instituciones y sus campus a la Promoción de la Salud (Heraud, 2013; Martínez-Riera et al., 2018).

La estrategia en Redes generada mediante la creación en 2007 de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS) y de redes nacionales (en países como: Chile, Perú,

Ecuador, México, Costa Rica, Colombia, España, Puerto Rico, entre otras que están en proceso), han puesto en la agenda universitaria y política la potencialidad que tienen las universidades para impactar en los DSS. Esto mediante la promoción e intervención en espacios, estilos y hábitos saludables (como dietas sanas, actividad física, salud sexual y reproductiva, consumos responsables, no consumos de sustancias o prácticas adictivas, fortalecimiento de la salud mental positiva, movilidad sostenible, inclusión de diversidades, sustentabilidad, convivencia, espiritualidad, entre otros).

Pero, aunque las Instituciones Universitarias van acumulando experiencias de intervención en muchos de estos Determinantes Sociales, no se ha logrado la construcción de una ruta clara de actuación. Es evidente la ausencia de un marco epistemológico, teórico o metodológico para la consolidación de las Universidades Saludables (lo que se debe seguramente a lo reciente de la temática y la gran complejidad que encierra); contar con estos marcos que orienten la acción, resulta necesario para el afianzamiento de las estrategias de intervención en los escenarios universitarios.

Algunas de las experiencias conocidas en los eventos académicos, materiales o investigaciones en este ámbito, resaltan la urgencia del compromiso directivo universitario, de políticas públicas gubernamentales, institucionales e intersectoriales, de articulaciones intrainstitucionales, de la participación de las comunidades universitarias, de una mejor gobernanza y recursos para la promoción de la salud y de modelos evaluativos como elementos comunes tanto en los países europeos como los latinoamericanos que se han incorporado a este movimiento (Heraud, 2013; Martínez-Riera et al., 2018).

El presente trabajo analiza el papel de las universidades en la construcción de entornos saludables como contribución a un mejor desarrollo y calidad de vida de las sociedades. Esto implica identificar los tipos, niveles, formas de implementación y características principales de las intervenciones que se están llevando a cabo por parte de las universidades, en relación con la Salud.

Para lograr este propósito se han estudiado los paradigmas de salud, sus dimensiones y los enfoques para su intervención específicamente con la población universitaria. Igualmente, se analiza la

relación entre los constructos de salud y de desarrollo; también se hace una aproximación a las nociones de salud y de universidad saludable de los sujetos que conforman los stakeholders universitarios; todos estos considerados aspectos relevantes para las acciones de Universidad Saludable que se diseñan e implementan.

De esta manera, la presente investigación apunta a determinar qué son las universidades saludables, caracterizar sus fundamentos, nociones, enfoques de sus intervenciones y el papel que juegan como agentes de salud en sus entornos para un mejor desarrollo y vida en las sociedades. Esto con el fin de proponer una visión integral e integrada para la construcción de intervenciones en entornos universitarios saludables.

Para alcanzar estos objetivos, se ha diseñado un proceso de investigación articulado en dos fases. La primera de ellas es de naturaleza teórica; en ella se llevó a cabo una investigación documental, buscando identificar los paradigmas de salud y los marcos de referencia que predominan en las acciones del mundo universitario actual, además, concretar así las dimensiones que permitan encausar intervenciones en el marco de Universidades Saludables.

La segunda fase, de carácter empírico o de investigación aplicada, se articula en dos estudios de campo. El primero corresponde a un estudio comparativo entre siete universidades de tres países, con niveles de desarrollo distintos pero relevantes en el contexto iberoamericano por sus acciones en universidad saludable (España, México y Colombia) dentro de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS). Con este estudio se pretende describir los paradigmas, nociones conceptuales y enfoques de salud y universidad saludable que tienen los actores implicados en las acciones en las universidades; además, permite analizar la valoración que realizan los estudiantes de estas universidades sobre las dimensiones del concepto de salud. En esta misma fase, para captar y comprender con más detalle las realidades cotidianas y las experiencias vividas en la implementación de intervenciones de universidad saludable, se realiza un estudio de caso, centrado en una universidad colombiana seleccionada por sus características y avances en el ámbito objeto de este trabajo.

A través de esta aproximación de investigación híbrida (teórica y empírica, cualitativa y cuantitativa, extensiva e intensiva), el presente trabajo busca un acercamiento comprensivo y holístico a la estrategia de universidades saludables. El estudio comparado aporta elementos particulares de los contextos en los que se insertan las acciones, además de las diversas miradas de los actores que se han implicado y que desde la estrategia de redes de cooperación como la RIUPS y las redes nacionales han ido construyendo poco a poco los caminos para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los entornos universitarios; el estudio de caso permite profundizar en los asuntos que han facilitado o dificultado este fortalecimiento en un escenario particular como fue la Universidad del Valle.

En el desarrollo del trabajo, los primeros dos capítulos corresponden a la exposición del estado de la cuestión. El primero se denomina sobre la salud y el desarrollo. En el mismo, por un lado, se realiza un acercamiento a las construcciones conceptuales sobre salud, sus paradigmas y dimensiones en intervenciones; y, por otro, a la evolución de la noción de Desarrollo. Finalmente, se buscan los indicios sobre la relación entre la salud y el desarrollo.

En el segundo capítulo se hace una aproximación teórico-conceptual sobre los aspectos fundamentales de una universidad saludable vista como entorno, no solo desde la perspectiva interna sino en relación a su medio circundante. En este sentido, se abordan conceptos como el de entorno saludable, organización saludable, universidad saludable, universidad promotora de salud, redes de cooperación de universidades saludables y gobernanza universitaria. Ante la ausencia de un marco teórico propio para este ámbito, se llevan a cabo dos revisiones de literatura: una sobre investigaciones de entornos saludables, y otra respecto a universidades saludables o promotoras de salud. Este trabajo permite establecer una línea de base que facilita la identificación de los puntos de ruptura necesarios para precisar la formulación del problema de investigación. La literatura encontrada evidencia la escasez de producción investigadora sobre universidades saludables; y apunta la necesidad de indagar, más profunda y detenidamente, este tema en los contextos universitarios.

En el tercer capítulo se señalan los objetivos del trabajo, y la metodología seguida en el estudio. Así, se detallan el diseño, el alcance, los métodos y técnicas de investigación utilizados, así como las perspectivas epistemológicas que fundamentan la investigación.

En el capítulo cuatro se presentan los principales resultados alcanzados en las dos fases del trabajo. En la primera (aproximación teórica) se exponen dos revisiones sistemáticas, de las que se publicaron dos artículos científicos en revistas con reconocimiento en bases de datos. En la segunda (aproximación empírica) se adopta un paradigma interpretativo. En el estudio comparativo, a través del uso de métodos mixtos y teoría fundamentada, se establece como categoría nuclear “la universidad como entorno para la vida”; de esta se desprenden dos categorías centrales que se denominaron condicionantes y operatividad. En la categoría condicionantes se integran las propiedades y dimensiones relacionadas con el proceso de diseño, formulación y planeación de las intervenciones en los entornos saludables. En la categoría operatividad se identifican los aspectos relevantes que tienen incidencia sobre la implementación y evaluación de las intervenciones. En esta misma fase también se presentan los resultados cuantitativos del instrumento de valoración de dimensiones de salud y del estudio de caso.

Finalmente, en el capítulo cinco se presenta la disertación final y las conclusiones de la investigación. En este apartado, a partir de los hallazgos obtenidos en las dos fases de la investigación, se sustenta la necesidad de pasar de la noción de universidad saludable a la de “entornos para la vida”. Se reflexiona sobre las debilidades que evidencian la necesidad de ese cambio de enfoque, destacándose: la primacía del paradigma patogénico en las intervenciones; el fraccionamiento de estas acciones, en donde se privilegia mayoritariamente la población estudiantil; la confusión y ambivalencia respecto a los paradigmas, nociones y enfoques sobre salud y universidad saludable; la incongruencia entre los enfoques que tienen las intervenciones con las nociones que han construido los stakeholders, principalmente, la población estudiantil.

Igualmente, esta nueva noción apunta a superar la visión de salud y desarrollo como fines en sí mismos o como medio la una de la otra. El trabajo muestra la necesidad de potenciar una visión multidimensional que, desde la complejidad y el holismo, pongan la vida como máximo valor; y donde, desde la promoción y la prevención, se logre impactar positivamente en estos entornos.

Por último, desde esta nueva perspectiva se hace una propuesta con lineamientos generales para integrar tanto los enfoques como los stakeholders durante todo el ciclo de intervención. Esta propuesta apunta a generar impactos más consistentes en los entornos donde se implican las comunidades universitarias.



# **Capítulo 1**

## **Sobre la Salud y el Desarrollo**

---



## Capítulo 1

### Sobre la Salud y el Desarrollo

---

<b>1.1. Introducción .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Aproximaciones al Concepto de Salud.....</b>	<b>15</b>
1.2.1. Paradigmas de la Salud.....	16
1.2.2. Dimensiones de la Salud .....	21
1.2.2.1. Salud Física.....	22
1.2.2.2. Salud Mental.....	23
1.2.2.3. Salud Social .....	24
1.2.2.4. Salud Ambiental .....	25
1.2.2.5. Salud Espiritual.....	27
1.2.3. Enfoques para las Intervenciones en Salud.....	28
<b>1.3. Aproximaciones a la Evolución de la Noción de Desarrollo .....</b>	<b>30</b>
1.3.1. Indicios Sobre la Relación entre la Salud y el Desarrollo .....	32
<b>1.4. A manera de Síntesis .....</b>	<b>35</b>



## 1.1. Introducción

La salud humana, desde su carácter teleológico, suele concebirse ligada a su lucha perenne contra la enfermedad. Es así como la presencia de personas con virtudes especiales para reestablecer el estado de salud y las ideas sobre la naturaleza de las enfermedades debió aparecer en etapas muy tempranas de la humanidad (Guerrero, 1986). Las ideas sobre la enfermedad están ligadas a los diferentes momentos históricos, sociales, culturales y políticos; teniendo en cuenta esta perspectiva plantean tres grandes sistemas que se han identificado a lo largo de la historia, que son: el sistema mágico (el más rudimentario y antiguo), el empírico y finalmente el científico (soportado en los desarrollos de las Ciencias y la Tecnología).

Tras la II Guerra Mundial la salud se empieza a considerar fundamental para el bienestar de las sociedades e individuos, siendo estimada como un factor básico y esencial para el desarrollo humano y el bienestar social (García-Rodríguez et al., 1999). En esta nueva visión, debido a la relación entre la salud de los individuos y poblaciones con las formas de producción e industrialización, los procesos de urbanización desmedida, sumado al daño ambiental ocasionado por los altos consumos y en general los modelos de desarrollo que se universalizan en esta época, los Estados son los llamados a preservar los más altos niveles de salud y bienestar. Es aquí donde la noción más agenciada globalmente es la del desarrollo centrada en el crecimiento económico, para la que salud es un medio cuyo fin es el bienestar. A partir de este momento, salud y desarrollo se retroalimentan formando parte de un mismo proceso dinámico, que tiene al ser humano, el bienestar y la equidad como sus ejes centrales (Muñoz, 2011).

Sin embargo, la evidencia científica ha demostrado como los efectos negativos de este desarrollo (entendido como crecimiento económico) se manifiestan, por ejemplo, en el alto número de enfermedades no transmisibles, las que se asocian a estilos de vida marcados por los tipos de dieta, calidad de alimentos, ritmos acelerados de trabajo y exposición a altos niveles de contaminantes ambientales (OPS/OMS, 2018).

Adicionalmente, algunos aspectos como la obesidad y el consumo de cigarrillo son causantes de grandes externalidades sociales y económicas (Goodchild et al., 2016; OMS, 2018); igual ocurre

con un gran número de enfermedades físicas y mentales (Sarmiento, 2017) relacionadas directamente con los aspectos propios de cada contexto. El mundo posmoderno y, particularmente, el azote de las pandemias ha acrecentado las alteraciones en la salud mental de las personas, lo que se refleja en situaciones como el estrés, el pánico, los temores, la ansiedad, la depresión e incluso el aumento de casos de suicidio, que entre otras atacan a todos los grupos etarios (Martinez- Esquivel, 2020).

En este contexto las intervenciones e inversiones que realizan los Estados se justifican en la búsqueda de los índices más altos de salud de sus ciudadanos. Los retornos no solamente están en el bienestar de los individuos sino en la mejora de la productividad y, por ende, del crecimiento económico, el cual parece ser el fin último de las acciones gubernamentales (véanse a este respecto, las tensiones vividas durante de la pandemia de la COVID-19, sustentadas en intereses contrapuestos salud vs economía).

De otro lado, con el avance del sistema científico de la salud, se han podido ampliar los determinantes que inciden en el proceso salud-enfermedad. Así, los problemas de salud ya no obedecen a un solo factor o causa sino a múltiples aspectos como el ambiente, las condiciones sociales, económicas, políticas, culturales, tecnológicas, individuales, entre otras. Esto implica involucrar condiciones, situaciones o fenómenos complejos y estructurales que, en su mayoría, rebasan los enfoques de promoción y de prevención.

En este escenario la salud es protagonista en múltiples debates y, principalmente, en la toma de decisiones que terminan involucrando considerables recursos en algunos países más que en otros. Dichas decisiones se fundamentan, entre otros aspectos, en las nociones que sobre la salud estén validadas en ese momento o que tengan sus gobernantes de turno (Blanco, 2005).

Lo indicado hasta aquí muestra la relevancia de los paradigmas, conceptos y enfoques que se tienen sobre la salud. Y obliga a llevar a cabo una revisión profunda de los mismos, que permita obtener nuevas perspectivas que orienten las intervenciones y guíen los modelos de desarrollo.

## **1.2. Aproximaciones al Concepto de Salud**

La salud, como parte fundante y vital de los individuos y las comunidades, ha ido construyéndose conceptualmente desde el origen mismo de las civilizaciones. En sus primeros momentos la salud se asocia a ideas mágicas, religiosas, sobrenaturales, en las cuales el hombre busca una explicación a los problemas que afectaban el balance y producían los males que lo aquejaban.

Los griegos son los primeros en buscar explicaciones más racionales sobre todos los generadores de enfermedades y desarmonías entre el hombre y sus medios circundantes. Son conocidos los postulados de Pitágoras, Aristóteles, Polibo, o Galeno, entre otros, quienes buscaron el origen de los fenómenos que enfermaban a las personas y comunidades (Guerrero, 2008). En la Edad Media personajes como Paracelso buscaban explicaciones químicas, apoyadas en la Fe en Dios como Ser responsable de la alquimia de la salud que preserva la vida (Vega-Franco, 2002).

La influencia del positivismo centró las ideas de salud en modelos unicausales, donde las enfermedades eran generadas por agentes invisibles presentes en los entornos de vida (sea en el aire, en el agua o en la tierra). Esto, además, sentó las bases de la epidemiología moderna al buscar métodos de carácter científico para entender y controlar las enfermedades. En la era contemporánea, antes de la mitad del siglo XX, tras la incorporación del concepto de homeostasis, las ideas de Rudolf Virchow fueron la base para los programas de promoción y prevención como responsabilidad del Estado en procurar una “homeostasis social” (Guerrero, 2008).

Todo esto contrasta con la realidad actual, en la que se ha evidenciado que el proceso salud-enfermedad no solo es un problema médico. La salud también responde al marco sociocultural en el cual está inmerso el individuo y la comunidad a la que pertenece, por lo que tiene el pleno derecho de participar en las decisiones sobre su intervención. Según Cruz et al. (2000) exitosas las políticas de salud solo cuando cuentan con la participación popular. Así, tanto las comunidades como las personas son sujetos, por lo cual tienen derechos y deberes que ejercer, tienen opiniones, sentimientos y capacidad para elegir y tomar decisiones.

Como se observa, la conceptualización de salud supera su relación con la enfermedad. Es dinámico y está implicado con los contextos: cultural, social, ambiental e histórico en los que se analiza (Guerrero, 2008; Valenzuela, 2016)

Como hito en el desarrollo conceptual de la salud, la definición más difundida (mitad del siglo XX) ha sido la producida la OMS, que la conceptuó como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”<sup>1</sup>. A pesar de que este concepto en su proceso de validación y apropiación mundial ha sido objeto de gran variedad de críticas, ha servido para guiar las acciones gubernamentales e institucionales; de hecho, aún no existe otra definición universalmente aceptada que oriente las intervenciones en este ámbito.

### **1.2.1. Paradigmas de la Salud**

Al rastrear la construcción del concepto de salud emergen con fuerza los debates entre los diferentes paradigmas que han imperado en este ámbito (Hernández-Girón et al., 2012). En las Ciencias de la Salud, es desde la Salud Pública y de la Epidemiología donde encontramos pistas para identificar los paradigmas existentes. En el caso de la Epidemiología, Mervyn Susser (1996) planteó la existencia de tres eras en el desarrollo de esta disciplina: *Era sanitaria* (ubicada desde el s. XVII hasta comienzos del s. XIX), donde las enfermedades se originaban en elementos no visibles del agua, el aire o la tierra, llamados “miasmas”; *Era de las enfermedades infecciosas* (finales del s. XIX a comienzos del s. XX), o era de los “gérmenes” como causa de las enfermedades; *Era de las enfermedades crónicas* o también llamado paradigma de la “caja negra”

---

<sup>1</sup> Cf. World Health Organization, Constitution Statement. WHO, OMS, Ginebra, 1946. Asimismo, véase el art. 25 de la Constitución de la OMS del día 7 de abril de 1948 y la definición recogida en la Declaración de Alma-Ata de 1978, donde se ratifica dicha concepción de la salud, en OMS, "Declaración de Alma-Ata", *Tribuna Médica* 784 (1979)

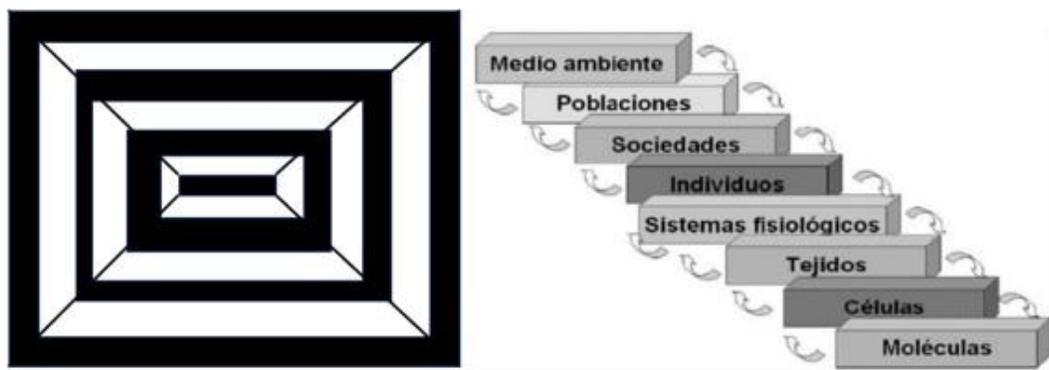
(desde la segunda mitad del s. XX), que se caracterizó por enfermedades cuya etiología no se conocía claramente (Susser y Susser, 1996).

A partir de la década de los 90s emerge un nuevo paradigma que se denomina “eco-epidemiológico” o de las “cajas chinas” (Figura 1), que surge por la presencia de enfermedades pandémicas o epidémicas como el VIH-SIDA y otras donde se presentan determinantes de distinto orden, desde nivel celular al nivel poblacional (Hernández-Girón et al., 2012). De la mano de esta nueva concepción surge, entre otros aspectos, la llamada epidemiología social, que se empieza a alejar de los modelos unicausales y reconoce la complejidad que se presenta hoy en día en los procesos de salud-enfermedad (Blanco, 2000).

Este paradigma epidemiológico post contemporáneo identifica, dentro de los procesos de salud-enfermedad, la existencia de factores determinantes o sistemas autónomos pero interdependientes que, de forma compleja, intervienen generando diferentes problemas para los individuos y colectivos.

### Figura 1

*Esquema del paradigma de las cajas chinas y los sistemas independientes interrelacionados que intervienen*



*Fuente:* (Blanco, 2000)

Superar la noción de salud como ausencia de enfermedad propició la aparición de múltiples concepciones. Entre las más relevantes está la noción de salud positiva, que ha ido tomando fuerza como uno de los paradigmas sobre los que se centra la Promoción de la Salud. Así mismo, la salud

positiva contiene como dimensiones intervinientes la física, la espiritual, la mental (intelectual-emocional) y la ambiental (Gavidia y Talavera, 2012; Valenzuela, 2016).

Ubicando los enfoques de salud en un mismo plano, donde los extremos correspondan de un lado a la salud negativa o centrada en la enfermedad y en el otro la salud positiva o centrada en lo saludable, se identifican una amplia gama de aproximaciones teóricas y modelos epistemológicos, cada uno de los cuales ofrece algún grado de utilidad para la comprensión e intervención.

Se pueden considerar como relevantes, en la actualidad, los paradigmas de salud que rebasan el enfoque biomédico, entre los que están: el bio-sicosocial, el salutogénico y el holístico (Valenzuela, 2016).

De estos paradigmas, el *bio-sicosocial* se ubica en el eje de la salud negativa; aunque rebasa el paradigma unicausal de la epidemiología clásica se enfoca en la enfermedad, considerando la salud como un fin en sí misma. Teóricamente se nutre de la teoría sistémica con base en las dimensiones física, psicológica y social. En este paradigma se avanza en el sentido de ampliar las políticas e intervenciones en salud a elementos del bienestar y calidad de vida de individuos y comunidades, aunque valorando los aspectos objetivados de la relación salud-enfermedad.

El paradigma *salutogénico*, a pesar de que se centra en la salud y no en la enfermedad, coincide con el bio-sicosocial en cuanto a elevar la salud como fin. Sin embargo, se diferencia en aspectos como darle más prelación al enfoque de promoción de la salud, reconociendo la determinación de los individuos y grupos, así como los activos con que cuentan para afrontar la salud.

El paradigma *holístico*, que como lo plantea Álvarez, (2007, citado en Valenzuela, 2016) no fracciona al individuo, reconoce las dimensiones física, mental, social, emocional y espiritual. Tal como ocurre con el paradigma epidemiológico de las cajas chinas, cada dimensión, a pesar de ser autónoma, actúa de manera interdependiente y se integra al ser humano, lo que lo convierte en un todo en relación con sus entornos de vida. Este paradigma, aunque se puede ubicar en el eje de la salud positiva, se diferencia de los dos anteriores en cuanto a que la salud no es vista como un fin, sino como parte de la vida. Su propósito es brindar felicidad a las personas; no considera ni la prevención ni la promoción como enfoques para la intervención, más bien se centra en las

capacidades con que cuenta el individuo y la sociedad para una buena vida. Su fundamento teórico está en las teorías de la complejidad. En este paradigma se agregan además aspectos subjetivos de la salud como el sentirse bien y también todo lo que representa la relación recíproca del individuo con el ambiente natural en donde vive, que en sí misma puede constituir otra de las dimensiones holísticas.

Las intervenciones fundamentadas en este paradigma holístico son diversas y de mayor complejidad, dado que se busca desde una forma integral e integrada involucrar a individuos y colectivos con cada una de sus dimensiones. En particular en la dimensión espiritual del holismo, por su amplitud al abordar lo religioso, lo transpersonal y lo espiritual se pueden incluir temas como todo lo derivado de la “New Age”, entre los que se destaca el mindfulness, el yoga y la meditación, en su mayoría nacidas en las culturas orientales (Cornejo y Blázquez, 2013).

Como se observa, si bien todos estos paradigmas coexisten en la era contemporánea (Cruz et al., 2000), resulta evidente que la perspectiva biológica unicausal ha sido ampliamente rebasada.

A partir de lo expuesto hasta aquí, y de la literatura encontrada al respecto, se agrupan -de forma sintética- los momentos más significativos en el desarrollo del constructo de la salud desde su origen hasta ahora (Tabla 1), de la siguiente manera:

- **Salud 1.0:** recoge el momento asociado a la salud desde sus primeras conceptualizaciones hasta la mitad del siglo XX. El enfoque es biomédico, patogénico y unicausal. Se reconocen solo las dimensiones física y mental. El individuo es un paciente pasivo; y las intervenciones se centran en el enfoque del riesgo.
- **Salud 2.0:** abarca el periodo contemporáneo, influido por las definiciones surgidas con la creación de la OMS tras la II guerra mundial. Reconoce tres dimensiones (física, mental y social) que son las del enfoque bio-sicosocial. El individuo asume un rol más activo en el proceso. Las intervenciones ya incorporan la promoción de la salud, aunque ligada a factores de riesgo y exposición. Se privilegian los aspectos objetivados de la salud y del bienestar.

- **Salud 3.0:** corresponde a la conceptualización actual donde se busca la integralidad y amplitud en la complejidad que tiene la salud desde múltiples dimensiones. Incluye desde el modelo holista tanto a los enfoques patogénico como salutogénico. Además, reconoce, otras dimensiones como la espiritual y la ambiental. La salud no es fin en sí misma, ni tampoco un medio, es uno de los componentes de la vida. Los individuos son actores involucrados. Amplía las posibilidades de intervención a aspectos como calidad de vida y felicidad.

**Tabla 1**

*Síntesis de los enfoques evolutivos del constructo de Salud*

	SALUD 1.0	SALUD 2.0	SALUD 3.0
Modelo	Modelo Biomédico (patogénico: salud negativa)	Modelo Biopsicosocial (patogénico: salud negativa)	Modelo Holista (patogénico y salutogénico)
Dimensiones	Física - Mental	Biológica - Psicológica - Social	Física - Psicológica - Social - Transpersonal - Ambiental
Foco	Prevención Enfermedad Salud física y mental	Prevención Enfermedad Calidad vida y Bienestar	Promoción salud + Prevención enfermedad Salud positiva y Felicidad
Visión	Teleológica (Fin)	Teleológica (Fin)	Proceso (Medio)
Componentes	Atribuidos	Objetivados (estar bien)	Objetivados + Subjetivados (sentirse bien) + Negociados
Tecnologías	Medicina biologicista positivista Historial clínico	Medicina poblacional Automatización tratamiento patologías, protocolos	Medicina global y personalizada Big data, Machine learning
Actores	Diada: Paciente pasivo – Médico activo	Diada: Paciente y Médico activos	Stakeholders

*Fuente:* Adaptado de Gimeno (2016)

De acuerdo con la Tabla 1, la perspectiva de la salud 3.0 se aproxima más a una visión integral. Esta perspectiva recoge los ejes centrales de la conceptualización en clave de intervención; es decir, tanto los aspectos objetivos como los subjetivos que inciden en la construcción de significado tanto en individuos como en colectivos.

Es evidente la amplitud que va alcanzando el concepto de salud en cada uno de los tres momentos indicados, así como también resulta evidente que esta amplitud evolutiva obliga a romper paradigmas y limitaciones propias del fraccionamiento y reduccionismo de este concepto.

A pesar de esto, y por más que se reconozca la amplitud del concepto, cuando se analiza la visión de salud imperante en las nociones oficiales de los Estados y las instituciones esta no logra superar las restricciones que encarna la salud 1.0.

### **1.2.2. Dimensiones de la Salud**

Para lograr una mayor comprensión del concepto de salud, abarcar su complejidad y mejorar las intervenciones, es preciso que, validando el paradigma de las “cajas chinas” o de la salud 3.0, se determinen las dimensiones que se interrelacionan entre el individuo, las comunidades y sus respectivos entornos de vida.

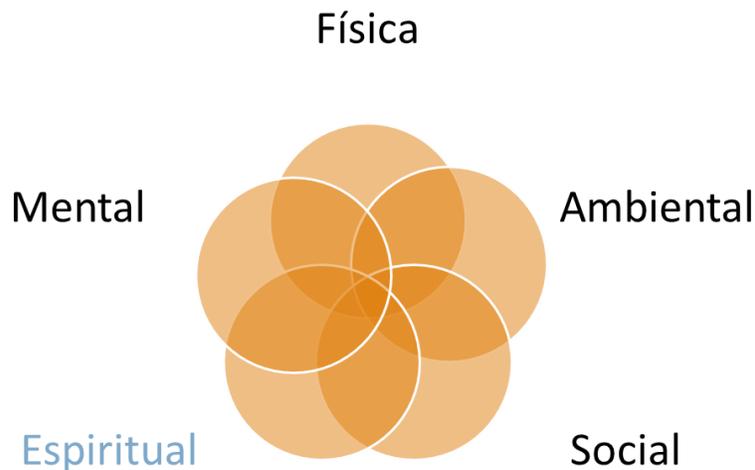
En este sentido Valenzuela (2016) agrega que el concepto de la salud y la salud propiamente dicha no debe ser tratada solo desde una de sus dimensiones, sino que se debe entender desde múltiples aspectos, entre los que están: las condiciones de vida, los entornos biológicos, socio-culturales y económicos, emocionales, mentales y espirituales.

Estos aspectos son considerados desde la conceptualización emitida por la OMS, al incorporar a la salud las dimensiones física, mental y social, reconociendo que cada una de ellas interviene en el proceso salud-enfermedad. A estas tres dimensiones, tanto desde el enfoque holístico como desde la salud positiva se coincide en agregar las dimensiones ambiental y espiritual (Juárez, 2011). Estas nuevas dimensiones indican un gran desafío para las intervenciones en salud, particularmente en los ciclos tempranos en donde no se identifican afectaciones biológicas en el individuo.

En la Figura 2 se observa de manera gráfica cada una de las dimensiones de la salud desde la perspectiva holística. Ubicadas de forma aleatoria en donde cada una de ellas tiene su propia dinámica, muestran intersecciones con las otras, existiendo puntos donde coinciden todas; y también momentos donde su interrelación es mayor con algunas en particular. La figura muestra, visualmente, la complejidad de la salud; y por qué no se puede reducir, para su análisis e intervención, solo desde una dimensión o solo limitada a la enfermedad.

## Figura 2

*Dimensiones de la salud desde la perspectiva holística*



A continuación, se hace una breve exposición para precisar cada una de estas dimensiones:

### 1.2.2.1. Salud Física

Actualmente, la dimensión física de la salud es más relevante que nunca. Esto se debe al gran incremento de las ENT, lo cual ha activado las alarmas en todos los países.

La actividad física es reconocida como una estrategia de alto impacto en la salud pública, lo que está evidenciado con innumerables investigaciones desde la mitad del siglo XX (Valenzuela, 2016). De otro lado, la evidencia muestra que aspectos como dietas no saludables, consumos de sustancias

como el tabaco o el alcohol, la inactividad física y el estrés, entre otros, están asociados a las ENT, pero tal como lo señalan Zapata et al. (2010) son modificables mediante la incorporación de estilos de vida saludables.

### **1.2.2.2. Salud Mental**

La salud mental ha sido catalogada como aspecto fundamental en el bienestar y avance de las sociedades e individuos por parte de la OMS. Lo que no solo es por causa de las grandes externalidades negativas que produce, si no por las implicaciones que representa para los demás entornos del individuo (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Son muchos los estudios epidemiológicos que abordan la relación entre trastornos mentales con las cargas globales de enfermedad mundial (Restrepo y Jaramillo, 2012), lo que lleva a los organismos internacionales a insistir en el diseño y ejecución de intervenciones en las políticas sociales y públicas de todos los países. Al respecto se encuentra vigente el Plan de Acción de la OMS para la Salud Mental, cuya “finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales” (OMS, 2013, p. 10).

Siendo reconocida la relevancia mundial que tiene la salud mental, aún no existe un consenso para una definición universal que permita guiar las acciones que se requieren.

La salud mental también está mediada por el momento histórico en el que se estudie. Así, desde el enfoque biomédico existe una tendencia a reducir la salud mental a su componente biológico que es el cerebro, por lo que tiende a convertirse en un aspecto más de la dimensión física de la salud. Ahora bien, posturas más actuales (Villamizar et al., 2015) señalan que la salud mental se ve determinada por características individuales, factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

### **1.2.2.3. Salud Social**

La salud social marca una diferencia con la visión clásica de factores de riesgo y relación unicausal extendiendo su objeto a la comprensión de las inequidades y desigualdades presentes en los colectivos sociales. Estudia las diferencias entre condiciones de salud entre estratos sociales, entendiendo que estas diferencias en la salud de los individuos y grupos son evitables y además injustas (Álvarez Castaño, 2009).

La relación entre los aspectos sociales y la salud es uno de los asuntos esenciales de la Salud Pública actualmente; Los determinantes sociales de la salud son el marco para visibilizar las desigualdades e inequidades sociales que se relacionan con las condiciones y situaciones de vida de las personas, lo cual sirve para orientar intervenciones multinivel y multisector en este campo. Según (Mejía, 2013) La preocupación por los factores sociales y su implicación en la salud de las comunidades no es nueva, esto se hizo evidente desde finales del siglo XVIII, al establecerse la Salud Pública como una Disciplina. Precisamente desde esta perspectiva es que se han venido promoviendo desde entonces las políticas sociales y públicas para impactar los DSS.

Frenz (2013) y Mejía (2013) exponen que para la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS, las intervenciones estatales recomendadas para reducir las inequidades en salud solo se pueden lograr con la articulación de todos los sectores clave de la sociedad; apuntando a mejorar las condiciones de vida y procurando una mayor equidad respecto al poder, el dinero y en general de todos los recursos.

En los entornos de vida de las personas las interrelaciones además están ligadas a aspectos como la convivencia de los diferentes grupos poblacionales; las violencias que producto de los diversos conflictos se generan; la discriminación por múltiples aspectos como la raza, etnia, identidad sexual, situaciones socio-económicas, religiosas, políticas, culturales entre otras; que se consideran variables condicionantes de la calidad de vida comunitaria.

La construcción de conocimiento para la intervención en la salud social no se puede limitar al marco de los DSS. Fundamentalmente hay que actuar para contrarrestar estos determinantes sobre la base de procesos organizativos y de la movilización social que ayuden a la necesaria

transformación social. Esto implica cuestionar las estructuras políticas y económicas que actualmente predominan en el mundo, de tal manera que broten nuevas formas de organización social que garanticen mejores condiciones de vida para las comunidades (Mejía, 2013).

#### **1.2.2.4. Salud Ambiental**

Hablar de salud ambiental también obliga a reconocer la variedad de conceptualizaciones existentes; todas ellas asociadas a los diferentes paradigmas imperantes en cada época. Desde el ambiente concebido como ajeno al individuo hasta considerarlo en su interacción con los grupos sociales y la naturaleza. Actualmente se reconoce la amplitud del concepto, el que abarca además de las personas a los determinantes, procesos y funciones (Martínez et al., 2014).

Dentro de los ejes desde los que se ha venido construyendo la salud ambiental, el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) propone distinguir en primera instancia la llamada vertiente "verde", que nace de la preocupación de los impactos negativos de la actividad humana en el ambiente natural. En esta vertiente se ubican enfoques como el desarrollo sostenible, pobreza, efecto de invernadero, ordenamiento territorial, daños en los ecosistemas, biotecnología, entre otros. De otro lado aparece la vertiente "azul" liderada por la OMS, que se ocupa de los efectos que tiene el ambiente sobre la salud y bienestar de las personas, esta es la más cercana a la denominación de la salud ambiental (Martínez et al., 2014). Estas dos perspectivas son tenidas en cuenta en la formulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluidos en la Agenda Mundial 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Precisamente la OMS en el año 1989 define la salud ambiental como “aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana que son determinados por factores ambientales físicos, químicos y biológicos, externos a las personas. La OMS también se refiere a la teoría y práctica de

valuación, corrección, control y prevención de los factores ambientales que pueden afectar de forma adversa la salud de la presente y de futuras generaciones”<sup>2</sup>.

Esta definición, como se ve, se centra en los potenciales daños de los factores del ambiente sobre la salud humana; apuntando su quehacer a la prevención de enfermedades y accidentes por medio de la creación de entornos favorables a la salud; dejando de lado los daños al medio ambiente y prácticas asociadas al contexto social y económico.

Enfocándose en los factores ambientales considerados como determinantes de salud, las intervenciones en este ámbito se dirigen a la prevención y promoción en los contextos comunitarios, lo que demanda una acción multidisciplinaria.

Dada la complejidad de los entornos y la carga de salud-enfermedad relacionada con el impacto de los factores ambientales se requiere la mirada holística; como también nuevas capacidades profesionales tal como lo plantea la OMS, la OPS y la ONU en las declaratorias de países (Gastañaga Ruiz, 2019). Ahora bien, la mayoría de los estudios sobre este tema se especializan en analizar las relaciones univariantes entre algún aspecto del ambiente y una patología o efecto específico en las personas. La salud ambiental ha dejado de lado lo que podría llamarse «factores ambientales de tipo social». Estos factores hacen referencia a la probabilidad que ciertos entornos sociales y dinámicas interpersonales se comporten como “contaminantes” (figurativamente); que al comportarse como los contaminantes físicos del entorno ocasionen daños en la salud física y/o mental de las comunidades (Ordóñez-Iriarte, 2020). No obstante, los ODS incorporan acciones en los ámbitos social y económico lo que indica la importancia de conectarlos con la sostenibilidad ambiental.

En esta perspectiva Cuellar (2009) afirma que la mayoría de los problemas de salud asociados a factores ambientales se originan en acciones humanas desbordadas sobre los ecosistemas, así como

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. Salud ambiental. (Consultado el 12/12/2019.) Disponible en: [http://www.who.int/topics/environmental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/environmental_health/es/).

a las desigualdades sociales entre países. Se hace énfasis en incorporar explícitamente los factores sociales, económicos o multiculturales.

Por lo anterior, el espectro de la salud ambiental no se debe agotar en el estudio de los impactos ambientales sobre la salud humana, sino que debe abarcar todo el ciclo de la gestión de intervenciones dirigidas a impedir o a revertir los efectos nocivos del ambiente sobre la salud y viceversa. Esto implica reconocer las interacciones entre los organismos entre sí y con el ambiente que los circunda (Quintero-Corzo et al., 2015).

#### **1.2.2.5. Salud Espiritual**

La dimensión espiritual se incluye al reconocer la importancia que ha tenido, y sigue teniendo, para los sujetos la idea de una relación transpersonal o las creencias enmarcadas en la fe desde diversas latitudes. Estas ideas han servido como base de intervenciones en momentos de crisis, por ejemplo, con enfermedades crónicas severas, terminales, críticas o incluso en la terapéutica de adicciones o situaciones de rehabilitación de diversa índole.

Así mismo, aunque la evidencia está poco documentada (Navas y Villegas, 2002) también se puede observar la utilidad de la espiritualidad en el desarrollo de estilos de vida más adecuados para evitar enfermedades físicas y/o mentales. En este sentido, existe una amplia variedad de aspectos que podrían considerarse protectores del riesgo a enfermedades (dieta, conductas de consumo de sustancias, prácticas asociadas a la sexualidad “responsable”, entre otras) que se desarrollan como parte de los comportamientos aceptados por diferentes colectivos.

Es posible entender la espiritualidad desde una mirada individual que motiva comportamientos y prácticas favorecedores en la construcción de sentido interior en relación consigo mismo, con otros seres o con un espíritu universal.

Se pueden catalogar como prácticas espirituales, entre otras: la oración, la relajación, la meditación, y en general todas las que expresen una relación espiritual.

Aunque, históricamente desde comienzos de la humanidad se les ha otorgado poderes divinos, mágicos o sobrenaturales a diferentes construcciones humanas, solo a comienzos del siglo XX una disciplina como la Psicología se interesó en el estudio de las implicaciones de estas prácticas sobre la salud. Esto propició el nacimiento de la corriente denominada como Psicología de la Religión, cuyos precursores aceptaban la existencia de un Dios, convirtiendo las prácticas espirituales y específicamente las religiosas en objeto de conocimiento (Quiceno y Vinaccia, 2009).

En la actualidad la espiritualidad como constructo, ha superado las barreras de lo meramente religioso y de la moral, cobrando así mayor importancia, sobre todo en Occidente; en donde ya se vienen adelantando numerosas investigaciones que tienen como fin alimentar las intervenciones en salud y especialmente las terapéuticas (Koenig, 2008).

### **1.2.3. Enfoques para las Intervenciones en Salud**

Tras haber hecho una aproximación a los constructos, a los paradigmas y dimensiones de la salud, pasamos ahora a considerar las intervenciones en el campo de la salud. En este sentido, es importante reconocer la generalización de dos enfoques de intervención: el de prevención de la enfermedad y el de promoción de la salud. El primero surge de los enfoques de riesgo; y el segundo de incorporar el paradigma salutogénico.

De esta manera, en primer lugar, se entiende la **Prevención en Salud** como un concepto esencialmente sanitario, nacido en el modelo bio-médico y unicausal de la salud que incluye estrategias como cribados, tamizajes o screening, vacunas, acciones pedagógicas sobre factores de riesgo; todas estas eminentemente enfocadas a evitar la enfermedad y ligadas a la salud negativa.

En segundo lugar, la **Promoción de la Salud** se entiende como un concepto unido a la salud positiva que requiere además de la implicación de otros sectores diferentes al sanitario, para que las personas y comunidades cuenten con las condiciones y los medios necesarios para mejorar y asumir su propia salud. Es así como, desde la promoción de la salud, se promueve el desarrollo de capacidades y la disposición y uso de los recursos no solo económicos o materiales que facilitan una vida satisfactoria (Márquez et al., 2014).

Considerando la complejidad de la salud hoy en día también se hace necesario asumir desde el paradigma holístico e integrador las estrategias de promoción de la salud. Desde esta perspectiva hay que ir más allá de la prevención de la enfermedad, incluyendo aspectos propios del individuo (físicos y psicológicos) así como los externos a él; en el que se ubican los DSS de su entorno (Martínez et al., 2008).

Al resaltar la necesidad de actuar desde el enfoque de promoción de la salud y desde una mirada holística del individuo no se desconoce la utilidad de los sistemas sanitarios y del enfoque de prevención; las intervenciones dependen del enfoque que se requiera en el momento específico. Esta noción de complementariedad de los enfoques de intervención en salud puede brindar mayores posibilidades de impactar las condiciones y calidad de vida de las personas y de sus entornos.

Tanto la prevención como la promoción de la salud están llamados a potenciar los entornos de vida ya sea desde los territorios, ciudades, municipios, comunidades como de las organizaciones.

Pero es preciso decir que en las estrategias globales de intervención impulsadas por los organismos multilaterales ha primado el enfoque de la prevención en el marco de las políticas nacionales e institucionales; esto en parte por la gran dependencia de la epidemiología que privilegia los paradigmas positivistas centrados en la unicasalidad (Rina y Sotolongo, 2009).

Esta supremacía de la prevención en gran parte se debe también a la influencia del enfoque del riesgo sobre los que se han construido las políticas e intervenciones en salud en los últimos años y que ha demostrado utilidad en varios temas, por ejemplo: las ENT, las epidemias, pandemias, las enfermedades laborales, los accidentes o las vulnerabilidades naturales. No obstante, la evidencia ha mostrado que frente a los desafíos complejos que imponen las ENT, los enfoques basados en la prevención son insuficientes.

De ahí que la promoción de la salud se revitaliza como estrategia en todos los entornos donde se desarrolla la vida de las personas, generando nuevas formas de afrontamiento en las dimensiones de la salud, empoderando a individuos, colectivos, organizaciones y gobiernos para su abordaje integral.

Es inocultable que, a pesar de la proclama en la Carta de Ottawa donde aparece la promoción de la salud como un medio para garantizar la salud para todos en el mundo y que ha sido valorada en todos los eventos de los organismos multilaterales, resaltando su potencialidad para reducir desigualdades y mejorar las condiciones de salud y bienestar, las brechas y los DSS reducibles siguen creciendo, impactando los indicadores desfavorables en las poblaciones (PAHO, 2015; UNICEF,2016).

### **1.3. Aproximaciones a la Evolución de la Noción de Desarrollo**

Cuando se aborda la salud como objeto de estudio y de intervención surgen de inmediato relaciones con los denominados modelos de desarrollo. Esto se debe, por un lado, a la estrecha relación de los entornos socio-económicos con las condiciones objetivas y subjetivas de la salud. Y, por otro lado, a que, al ser un componente fundamental del bienestar social, los Estados están obligados a desplegar acciones para mantener los estándares más altos de salud colectiva; esto requiere de recursos y de gobernanza, ambos aspectos condicionados también por los modelos de desarrollo.

Por tanto, se hace necesario un rastreo preliminar para develar las construcciones epistémicas y políticas que se tejen sobre el Desarrollo; y, de ahí, entender su relación con la salud y la calidad de los entornos de vida.

Adentrarse en estos debates sobre el desarrollo y su implicación en el bienestar y la salud de las personas nos ubica históricamente en la mitad del siglo XX, etapa de posguerra mundial, debido a la relevancia que este periodo ha tenido para todos los países del mundo y a que aquí se identifican los primeros trazos para poner el desarrollo como propósito central de las sociedades (Ruiz et al., 2016).

Así mismo como la salud se reconoce como un constructo humano de carácter socio histórico, el concepto de desarrollo también lo es (Gamarra, 2015). Por esta razón, las acciones agenciadas por las sociedades y los Estados han estado impregnadas de la idea de evolución, cambio, progreso, crecimiento, entre otras alineadas con la noción de desarrollo.

Con lo anterior se parte de reconocer la amplia gama de teorías sobre el desarrollo que emergen después de la crisis global de los 30s y que se acentúan después de la II guerra mundial. De estas teorías no todas logran imponerse como hegemónicas. Según Casella (2008) es la idea del desarrollo como crecimiento económico la que se impone inicialmente. Esta idea, impulsada por los economistas, sugiere que para lograr incrementos en el nivel de bienestar de las sociedades es necesario tasas de crecimiento económico sostenidas en el tiempo. Este paradigma se ha impuesto a lo largo de los años siendo la base para tomar decisiones políticas esencialmente; lo cual ha sido promovido de forma global por los países de mayor riqueza y poder a través de los organismos multilaterales como la ONU, la OMS, CEPAL, Banco Mundial, entre otros (Casella, 2008; de Souza Silva, 2010; Siero et al., 2015).

A pesar de que desde esta perspectiva economicista se han logrado avances en los niveles de desarrollo para muchos países, el consumo insostenible de bienes y servicios que este modelo agencia evidencia efectos negativos sobre la vida de las comunidades y sobre el planeta en general. Dentro de los impactos negativos de mayor relevancia están, entre otros: el aumento de las desigualdades, de los niveles de pobreza monetaria, el desastre ambiental asociado al calentamiento del planeta y el agotamiento de los recursos naturales no renovables. Por la magnitud de estos impactos ya desde los propios organismos multilaterales se están formulando intervenciones para su mitigación. Una muestra de ello son los DSS, cuyo fin tácito es, precisamente, disminuir parte de estos impactos negativos endilgables a la idea de desarrollo como crecimiento económico per se.

Como respuesta a esta realidad aparecen en las últimas décadas del siglo XX y primeras del siglo XXI otras nociones sobre el desarrollo que se oponen a la perspectiva economicista. Entre estas sobresalen las teorías alternativas de desarrollo, desarrollo como aumento de capacidades, de libertad, desarrollo a escala humana, postdesarrollo, de-crecimiento, entre otras. Estas nociones alternativas apuntan a reivindicar al ser humano como centro del desarrollo; lo deslindan del crecimiento económico; y le agregan una serie de adjetivos al concepto sin lograr desplazarlo en su totalidad.

Con estas consideraciones en este estudio se asumirá el Desarrollo:

*Como una idea en construcción que no significa un fin al cual llegar, se asocia más a una perspectiva holística en donde los recursos económicos y materiales constituyen uno de los medios para la vida, en la cual se puede disfrutar, tratar de ser feliz o bien vivirla según la elección autónoma de los sujetos con capacidades y libertades.*

### **1.3.1. Indicios Sobre la Relación entre la Salud y el Desarrollo**

Podríamos retroceder hasta finales del siglo XIX y comienzos del XX, particularmente en lo que se denominó la revolución industrial, que introdujo cambios significativos en las formas de producción, abriendo las puertas al avance tecnológico impulsado por la mecanización de las actividades productivas, para entender desde allí el origen de las implicaciones entre el crecimiento económico y la salud de las personas y colectivos.

No obstante, fue en el período después de la 2ª Guerra Mundial cuando, al instaurarse el nuevo orden mundial, se incorporaron en las prioridades globales dos asuntos que a primera vista son muy diferentes pero que, con las evidencias existentes, tienden a confundirse. Ellos son desarrollo y salud.

Buscando más respuestas a los debates sobre salud y desarrollo, específicamente de la forma en que se están enfrentando los desafíos actualmente, encontramos que la ONU desde el año 2000 empezó a mostrar interés en los DSS, aunque inicialmente centrado en la pobreza. De esta forma y en acuerdo con sus países miembros definen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como primera apuesta global para disminuir el nivel de pobreza mundial en un 50%.

Los ODM se constituyeron en una primera estrategia global debido a que tales acuerdos multilaterales se consideran vinculantes para todos los países afiliados, aunque este acuerdo dejó a su discrecionalidad la incorporación a las políticas nacionales y al parecer también los recursos para su ejecución. Al agotarse los 15 años de estos ODM y realizar las evaluaciones respectivas por cada país es inocultable que la meta no logró cumplirse, solo en algunos países se observó un

descenso notorio en los niveles de pobreza y de indigencia, pero en general los avances no fueron como se esperaban.

En este nuevo contexto, toma relevancia el enfoque del “desarrollo sostenible”, que si bien no es nuevo como concepto, sí es novedosa la forma de formularlo y abordarlo de forma transversal a escala global e involucrando a distintos actores (Mayntz, R. 2002). En 2015 se acuerda, tras múltiples discusiones en los escenarios de la ONU, replantear los ODM y cambiar a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En ellos prima, esta vez, no solo la pobreza material-monetaria, sino que se establece como eje central la sostenibilidad ambiental. El cambio climático avanza vertiginosamente amenazando la vida en varios lugares del mundo. Es así como se fijan los 17 objetivos y sus respectivas metas, tratando de contrarrestar las debilidades encontradas en los ODM. Igualmente, se pone sobre la mesa la necesidad de aumentar los flujos de cooperación con el fin de poder cumplir las metas.

Realizando un análisis detallado a los 17 ODS (PNUD, 2016) el número tres se enfoca a la salud y el bienestar. En su enunciado apunta a “garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades”, reflejando explícitamente la preocupación mundial de intervenir los DSS que están en relación con la salud y el bienestar. Este ODS número tres consta de metas articuladas a objetivos, los cuales se consideran fundamentales para garantizar la salud y el bienestar para todas las personas. Se pretende alcanzar la cobertura universal de salud basada en los principios de equidad, acceso y calidad, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades.

Desde una perspectiva amplia, teniendo en cuenta que la misma ONU dice que son aproximadamente 50 metas en 14 objetivos que estarían articuladas al mejoramiento de la Salud (no solo el ODS 3), es fácilmente deducible que los 17 ODS están vinculados a la Salud y el Bienestar de las personas y comunidades, debido a que se relacionan directamente con los DSS.

De esta manera se colocan las cartas sobre la mesa para que los países agrupados en la ONU demuestren su nivel de compromiso y responsabilidad frente a las personas y sus entornos ecológicos; alejándose de esa visión hegemónica de desarrollo centrada en el crecimiento económico, en el uso indiscriminado de los combustibles fósiles, en las estrategias extractivistas y en la especulación financiera.

El éxito de los ODS depende de factores como la voluntad política de todos los países agrupados en la ONU y de que las grandes empresas asuman su rol como responsables de las externalidades negativas que se producen debido a sus procesos y estrategias de expansión. Igualmente, se requiere que la ONU logre ejercer un verdadero liderazgo; para ello deberá continuar fortaleciéndose, creando mejores mecanismos de integración y negociación con actores de la sociedad civil (Ruíz, 2017). Un aspecto de mucha relevancia en este marco tiene que ver con la gobernanza tanto pública como privada que se construya alrededor de los ODS. En el caso de los Estados es necesario que sus políticas y acciones incorporen las metas de cada uno de los objetivos; y que empresas privadas y públicas -incluyendo las ONGs- lo hagan también y participen en las redes nacionales e internacionales. Es obligatorio que la ciudadanía se apropie y vincule mediante mecanismos participativos de la puesta en marcha de los ODS.

Ahora bien, el no querer repetir los errores que se cometieron en la implementación de los ODM puede llevar a que el esquematismo y simplicidad de los ODS, que se considera clave para lograr una mayor eficiencia política, conduzca a que las metas resulten insuficientes, dejando fuera de foco los cambios estructurales que se requieren para que dichos objetivos sean viables (Sarmiento, 2017). Según los informes preliminares de la misma ONU y según las evidencias empíricas que se conocen, en algunos países se han acogido de forma ética y responsable los lineamientos propuestos; sin embargo, en la mayoría esto no ha pasado (OMS, 2018). En países de mayor desarrollo se observa preocupación por el conjunto de objetivos. Mientras que los de menor capacidad económica se quejan de la falta de recursos de cooperación y se niegan a desarrollar las metas y objetivos en su totalidad; en el mejor de los casos algunos objetivos se recogen en planes de desarrollo o políticas de forma fraccionada.

La articulación multisectorial y multinivel que los ODS demandan para un gran impacto no se está dando. Es deseable que al menos las tragedias que estamos viviendo a causa de los efectos negativos de los modelos de desarrollo impacten el imaginario y la conciencia colectiva de los ciudadanos y líderes, siendo los ODS el punto de partida para avanzar en los modelos de salud y desarrollo.

Las intervenciones agenciadas por Estados y Organizaciones hacen parte de un mismo entorno y no es de mucha utilidad considerar la salud sin el desarrollo y viceversa pues ambos componen un todo contextual.

Este debate entre salud y desarrollo es amplio y persistente a lo largo de la historia, el conocimiento acumulado es significativo, pero a pesar de esto en el acervo científico no se identifican evidencias contundentes, en donde a partir de las publicaciones dispersas se demuestre la asociación entre variables de salud y de desarrollo (Higuera-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2018). Dentro de las producciones que se aproximan a este objetivo aparecen estudios como el de Tafani et al. (2015), quienes logran asociar algunas variables como daño ambiental y desigualdad social, como parte de los elementos significativos del desarrollo, indagando el impacto que tienen estas sobre la salud y calidad de vida de las personas. Lo cual indica la necesidad de continuar indagando y generando evidencia que logren dar cuenta de la implicación de estos constructos (salud – desarrollo).

#### **1.4. A manera de Síntesis**

En este primer capítulo se ha ido develando la trascendencia e interdependencia de la salud y del desarrollo. Desde el análisis teleológico de estos constructos se ha hecho una aproximación a identificar características, paradigmas, enfoques y puntos de encuentro entre ellos.

En esta aproximación es evidente que, en el caso de la salud, se observa prevalencia del enfoque 1.0 de la salud, y que lo que se viene proponiendo de los ODS corresponde más a la salud 2.0. Por su parte, la salud 3.0 apenas ha venido ganando importancia en las últimas 3 a 4 décadas; se empiezan a conocer experiencias y evidencias enmarcadas en este enfoque, pero aún no logran protagonismo en las intervenciones.

En el caso del desarrollo, se evidencia la relevancia de la noción de crecimiento económico como fin. Dicha noción ha sido puesta en cuestión por los enfoques que reivindican la importancia de los aspectos ambientales, sociales y humanos, surgiendo ya enfoques más amplios y complejos que piden el cambio en los modelos existentes como condición para el bienestar y la salud, no solo de los individuos si no del planeta en general.

Ambos conceptos se consideran fundamentales para la pervivencia y evolución de la especie humana. Es por ello que su análisis y comprensión resultan esenciales en la construcción de mejores entornos de vida y orienta las intervenciones que desde estos ámbitos se plantean constantemente.

Es plausible observar cómo en las décadas recientes, aunque sea por efecto de la evidencia negativa, los organismos mundiales como la ONU y la OMS reconocen el impacto de los Determinantes Sociales de la Salud sobre las personas; y más relevante aún ver cómo se privilegian, como espacios de intervención, los entornos de vida. Esto, a su vez, le disminuye carga al individuo en las estrategias de prevención y promoción; haciendo una invitación a todos los actores para una acción decidida y contundente sobre estos DSS.

Si bien se insiste en la relevancia de promocionar la salud desde el enfoque salutogénico y holístico, no se puede desconocer la importancia que ha tenido y sigue teniendo el enfoque patogénico o biomédico en los desarrollos de la salud.

Con la emergencia de las ENT en las últimas décadas se hace necesario explorar nuevos paradigmas y enfoques de intervención. Los modelos unicastales o unidimensionales ya no son suficientes para enfrentar la complejidad de los DSS, sobre todo de los estructurales; así mismo se hace necesario la concurrencia efectiva de todos los actores de la sociedad.

## **Capítulo 2**

# **Entornos, Organizaciones y Universidades Saludables**

---





## Capítulo 2

### Entornos, Organizaciones y Universidades Saludables

---

<b>2.1. Introducción .....</b>	<b>40</b>
<b>2.2. Entornos saludables.....</b>	<b>40</b>
<b>2.3. Organizaciones Saludables .....</b>	<b>43</b>
2.2.1. Revisión de la literatura sobre organizaciones saludables .....	45
<b>2. 4. Universidades Saludables.....</b>	<b>48</b>
2.4.1. ¿Universidades Saludables o Universidades Promotoras de Salud? .....	51
2.4.1.1. Recuento histórico de la promoción de la salud en entornos universitarios .....	53
2.4.1.2. Las Redes de Universidades Saludables .....	56
2.4.1.3. Aproximaciones metodológicas e intervenciones enmarcadas en universidades saludables ..	58
2.4.2. Investigaciones sobre universidades saludables.....	61
<b>2.5. Aproximación a la Gobernanza Universitaria .....</b>	<b>64</b>
<b>2.6. A manera de síntesis.....</b>	<b>74</b>



## **2.1. Introducción**

La Salud Pública ha reconocido desde el siglo XVIII la estrecha relación entre condiciones de salud y las características estructurales del contexto (Mejía, 2013). Sin embargo, es ahora en el siglo XXI cuando se empieza a profundizar en los factores biológicos, ambientales, sociales, políticos, económicos y culturales, entre otros, que se implican en la salud física y mental de las personas y grupos. Estos factores, denominados Determinantes Sociales de la Salud (DSS), ponen sobre la mesa las políticas y modelos de desarrollo imperantes, cuestionando sus bases estructurales y centrando la mirada en la superación de estos como requisito para una mejor vida. Además, aceptar estos DSS como elementos prioritarios para la intervención obliga a que la mirada no se mantenga solo en los individuos, sino que es necesario comprender los entornos y su relación con las condiciones y situaciones de vida para reenfocar las intervenciones desde ahí.

Esta realidad ha sido recogida desde la OMS en todas sus declaraciones desde 1989, direccionando la preocupación de las intervenciones hacia los entornos de vida, donde los Estados, los individuos y las Organizaciones tienen ahora una mayor responsabilidad en los procesos de actuación. Por lo tanto, al retomar las propuestas de la OMS sobre la construcción de entornos saludables, es necesario retomar los desafíos ya mencionados de cara a mejorar los niveles de salud de forma equitativa, igualitaria, sostenible y sustentable desde el enfoque positivo de la salud y desde una perspectiva holística.

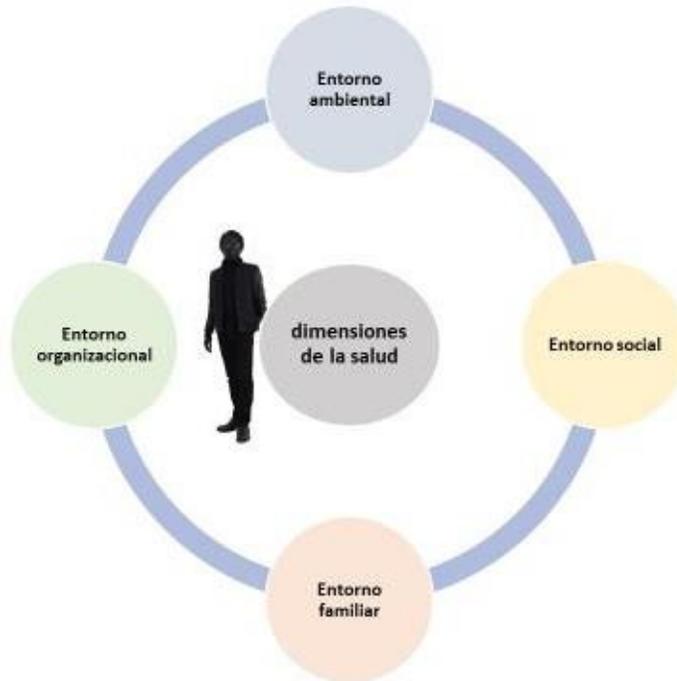
## **2.2. Entornos saludables**

La estrategia de entornos saludables promovida por la OMS parte precisamente de aceptar la influencia de los DSS sobre el bienestar y la salud de las poblaciones e individuos. Se pretende que las intervenciones, especialmente desde el enfoque de promoción, se enmarquen, cada vez más, en los DSS; es decir, en los entornos cercanos en los que se desenvuelve la vida cotidiana.

En la Figura 3 se puede detallar como se da la relación entre el individuo y sus dimensiones ya definidas de la salud con sus entornos: social, familiar, ambiental y organizacional.

### Figura 3

*El individuo con sus dimensiones y sus entornos*



El *entorno social* abarca lo económico, lo cultural, lo político y, en general, todas las relaciones propias del contexto en el que se ubica el individuo. En el entorno familiar, y dadas las grandes transformaciones culturales y demográficas de los últimos años, se pueden incluir todas las formas de familia propias de la modernidad y su influencia en las dimensiones de las personas. En el entorno ambiental, como ya se ha mencionado antes, se consideran todos los aspectos propios de la ecología necesaria para la vida, por ejemplo: el agua, el aire, la flora, la fauna, el clima, específicos de cada contexto.

Conviene subrayar que la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS, en su informe sobre el tema denominado "Subsanar las desigualdades en una generación" (OMS, 2009), hace referencia a la gran cantidad de investigaciones que asocian las condiciones de los entornos con la salud de las personas. En estas se identifican variables relacionadas con el saneamiento básico de las poblaciones, el acceso, la suficiencia y la calidad de servicios de agua potable y disposición de residuos, entre otros, son los más relevantes. Por otra parte, según Frers (2010), desde hace mucho

tiempo se tiene evidencia de los efectos negativos de un ambiente deteriorado en la salud de los individuos, lo cual abre un nuevo escenario en la actualidad.

Sin embargo, en el imaginario colectivo los problemas de salud derivados de un mal ambiente no se tomaban con mucha importancia debido a que se creía que con los avances de la ciencia se controlarían todos los problemas. No obstante, la complejidad y magnitud de estos problemas son tales que desbordan la capacidad de las sociedades para resolverlos. A esto se suman situaciones crónicas como la pobreza, las desigualdades e inequidades, las violencias, la marginación, los conflictos sociales y culturales, haciendo el panorama aún más difícil para la vida humana.

Así, las ciudades, comunidades o municipios saludables, como se denominan de acuerdo con el continente que lo defina, son los que deciden permanentemente crear y mejorar los ambientes físicos y sociales de sus entornos, así como generar capacidades comunitarias para el mutuo apoyo de las personas que les permita a su vez alcanzar su máximo potencial.

Al mismo tiempo, el proceso desenfrenado de urbanización de los últimos tiempos ha aportado un sinnúmero de enfermedades, muchas de ellas generadas por situaciones como el desempleo, falta o precariedad de vivienda, la aglomeración y atascamiento vial y el deterioro atmosférico (Bell, 2008), la multiplicación continua de desechos residenciales e industriales, la inseguridad y las violencias entre otros. Adicional a lo anterior, se adoptan culturalmente estilos de vida dañinos para la salud física y mental como el consumo de sustancias psicoactivas, el sedentarismo, la ingesta de alimentos nocivos para el organismo, etc.

En general, todo esto está en consonancia con los planteamientos de la salud ambiental que sugieren que un entorno saludable sustenta y mantiene un modo de vida saludable y viceversa (Frers, 2010). Por tanto, una ciudad saludable debe plantear sus intervenciones en cinco entornos esenciales en donde se ha demostrado ampliamente se construye la vida, estos son: el entorno educativo, comunitario, institucional, familiar y laboral<sup>3</sup>. Es decir, los entornos saludables como los

---

<sup>3</sup>“Un entorno laboral saludable aumenta la productividad de las empresas” artículo publicado del 10 de mayo de 2019 en el diario la República (Colombia) enlace: ([www.larepublica.co/salud-ejecutiva/un-entorno-laboral-saludable-aumenta-la-productividad-de-las-empresas-2860215?utm\\_medium=Social&utm\\_source=Facebook&fbclid=IwAR1ApCrh\\_fsL1ha5AxZKEH6Ep5KmbILouBTi\\_tD-C0ur071Tpb-BhNECdh4#Echobox=1557500431](http://www.larepublica.co/salud-ejecutiva/un-entorno-laboral-saludable-aumenta-la-productividad-de-las-empresas-2860215?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR1ApCrh_fsL1ha5AxZKEH6Ep5KmbILouBTi_tD-C0ur071Tpb-BhNECdh4#Echobox=1557500431))

municipios, ciudades, comunidades u organizaciones requieren de la acción decidida de sus gobernantes y líderes y de todos los actores que conforman el tejido social: sector gobierno, sector privado con ánimo y sin ánimo de lucro, sector fundacional, organizaciones sociales de todo tipo, la academia y la familia.

Por lo que se refiere a esta investigación, se centrará en el entorno de las organizaciones laborales y dentro de este ámbito en las universidades, aclarando que dentro de la categoría organización cabría todo tipo de dinámicas sociales con intereses diferentes (i.e. un grupo cultural, deportivo, religioso, etc.)

### **2.3. Organizaciones Saludables**

Existen evidencias sobre las particularidades de la relación individuo y organización desde los primeros teóricos de la organización productiva en el campo administrativo. Entre los más relevantes se encuentran los pioneros de la Psicología Organizacional, la Sociología o la Filosofía organizacionales. Sin embargo, los aspectos asociados a la salud organizacional se han abordado desde la salud negativa o enfoque biomédico; puntualmente referido a enfermedades y accidentes laborales. Es recientemente, en especial desde los DSS que se hace más notorio el efecto de los entornos en la salud humana, cuando las organizaciones laborales y la academia amplían su visión e incorporan la salud positiva y holística, empezando a hablar de organizaciones saludables o de organizaciones tóxicas.

La relación trabajo-salud ha existido incluso desde el mismo momento en que el hombre empezó a trabajar ya sea como agricultor, cazador o artesano, causando múltiples variables entre ellas las enfermedades ocupacionales o profesionales (Aguilar, 1992). El avance de los procesos de producción desde finales del siglo XIX ha ocasionado condiciones nocivas para la salud humana entre ellas: físicas, químicas, biológicas, arquitectónicas, mecánicas y psicosociales (Aguilar, 1992). Todas estas condiciones afectan la salud de los trabajadores en todas sus dimensiones. Es en el siglo XX, mediante el avance de las legislaciones en salud y seguridad social, de los conocimientos y en general de los cambios que se aceleran a medida que avanza el desarrollo tecnológico, cuando se hacen más visibles los determinantes de las condiciones de trabajo tal como lo define la OIT (Benavides et al., 2000).

Además, es importante señalar que las organizaciones son también agrupaciones humanas deliberadamente construidas en constante cambio, dinámicas y adaptables para el logro de sus objetivos (Velázquez, 2006); que no funcionan en el vacío, influyendo en su entorno y éste en ellas; y donde las personas tejen gran parte de su vida, asociando su salud a lo que pasa en su interior y fuera de éstas.

Al mismo tiempo, en el marco de las nuevas dinámicas que afrontan los entornos laborales actuales se presentan con frecuencia la fusión, transformación o desaparición de grandes, medianas y particularmente pequeñas empresas. Estos nuevos desafíos globales junto a los nuevos modelos de desarrollo imponen cambios referidos a las condiciones flexibles de contratación, a los procesos productivos de bajo costo, a los esquemas salariales a destajo, entre otros. Esto genera inestabilidad e incertidumbre laboral en las personas, afectando el control de sus proyectos de vida, incrementando las crisis emocionales por los sentimientos de pérdida de sentido, y filiación que se asocian al trabajo y a las organizaciones.

Todos estos cambios van llevando a la “des-organización”. La oficina, la empresa, o el puesto de trabajo, se evaporan mediante lo que se denomina ahora el “teletrabajo”, el “trabajo en casa” o “remoto”. En este nuevo “entorno online”, la interacción organizacional se reduce a un puesto itinerante de trabajo, o muchas veces al hogar, sin restricciones de horario conectado ya sea al computador o al teléfono mediante programas o aplicaciones que incluyen no solo herramientas para la gestión de las responsabilidades sino también el control que éstas se ejecuten.

Las organizaciones, al adaptarse a las actuales exigencias que impone el contexto y el mercado global generan nuevas demandas y resultados para los empleados; lo que hace más complejo el cumplimiento de las actividades. Las cargas emocionales, así como el volumen de las interacciones sociales sean estas presenciales o virtuales que se generan diariamente impactan negativamente tanto la salud física como la mental y, en general, al bienestar de los empleados que, a su vez, afecta negativamente a las empresas u organizaciones (Velázquez, 2017).

Dentro de la literatura disponible, en las organizaciones y en las políticas gubernamentales destaca la preocupación sobre aspectos físicos y ambientales del trabajo. No obstante, en los últimos años se han vuelto más visibles y urgentes los riesgos psicosociales que, según Velázquez (2017),

requiere de parte de los investigadores de estas temáticas organizacionales un mayor esfuerzo por entenderlas y conceptualizarlas, en pos de mejorar las intervenciones a todos los niveles.

### **2.2.1. Revisión de la literatura sobre organizaciones saludables**

Con el objetivo de aproximarse al estado del arte de las organizaciones saludables se ha realizado una revisión de la literatura científica en las bases de datos Dialnet, Scielo, DOAJ, Scopus, Medline, ISI Web of science, Redalib y Latindex. Las palabras clave para la búsqueda fueron: organizaciones saludables, bienestar social laboral, calidad de vida laboral, salud en el trabajo, desarrollo humano laboral. Por intereses de la investigación, se acotó la búsqueda a los años 2007 a 2017 y según la importancia de los aportes de los estudios se seleccionaron 16 documentos, 15 artículos de revisión, reflexión o investigación y un libro. En el Anexo 1 se especifican estos estudios detallando título, autoría y año de publicación. Posteriormente, desde un enfoque interpretativo se analizaron los objetivos y aportes de cada artículo, esto a través de un análisis transversal con los aspectos destacables de una organización saludable.

En general, los resultados muestran los efectos negativos de los entornos organizacionales actuales sobre la salud física y mental de las personas; así como las implicaciones tanto internas como externas al trabajar en pro de una organización saludable. En particular, se profundizará en los artículos que presentaron revisiones sobre el tema porque, además, son evidencia de la preocupación que esta temática despierta tanto en la investigación como en la intervención.

En primer lugar, Gimeno et al., (2013) en su estudio consideran de mucha importancia formular un marco referencial desde una perspectiva íntegra y holística para las organizaciones saludables. Los autores plantean un modelo evolutivo de organización saludable con cuatro momentos o estadios, los cuales se consideran como el marco de referencia para construir organizaciones saludables. Otro de los aportes de este trabajo es que consideran las organizaciones como el reflejo operativo de las creencias que tienen sus miembros sobre la salud, las cuales evolucionan desde perspectivas simples a las complejas, adoptando esta perspectiva evolutiva y dinámica como fundamento para las organizaciones saludables.

Cugnier y Silva, (2016) presentan una revisión de bibliografía en donde consideran las organizaciones como construcciones humanas, analizando los modos de gestión que pueden o no favorecer el acoso laboral. Dentro de los principales aportes de este trabajo están: resaltar que la cooperación entre las personas en las organizaciones está siendo olvidada y al hacer evidente el acoso moral como un problema de las organizaciones se espera que su análisis pueda proporcionar el rescate de un ambiente más colaborativo, honesto y saludable para las personas. Para estos autores el concepto de organizaciones saludables contempla varios niveles que van de lo individual hasta lo social, por lo que se pondera la salud como valor esencial con efectos positivos para todos los miembros de la organización y para los resultados organizacionales.

En la revisión de literatura de Al-Otaibi (2016) delimitada entre marzo de 1990 a noviembre de 2014 se encuentra evidencia emergente que la Promoción de la Salud (PS) en el lugar de trabajo mejora la efectividad del esfuerzo para promover y proteger la salud de los trabajadores. Demuestra que la PS es rentable, beneficiosa y reduce el absentismo laboral; por lo que la consideran fundamental para la planificación del lugar de trabajo y debe reconocerse como una parte integral de la salud laboral proactiva.

Por último, la revisión de documentos realizada por Gómez Vélez y Calderón Carrascal (2017) encontró que la legislación colombiana busca mejorar y crear escenarios de autocuidado, promoción, prevención y de asistencia a eventos laborales como enfermedades y accidentes. Sin embargo, para lograr esto es necesario mayor sensibilización y pedagogía a los grupos de trabajo en las organizaciones. Así mismo, este trabajo encontró que en el marco legislativo mundial se presentan dos propuestas epistemológicas, *la perspectiva psicodinámica*, que indaga por el sufrimiento que se genera en el trabajo en el contexto actual y la propuesta de *organización saludable* basada en la psicología positiva, conocida como Psicología Ocupacional u Organización Positiva. Esta perspectiva considera la salud de los empleados como un objetivo legítimo para ser incluido en las políticas organizacionales que busquen el beneficio para los empleados y para la misma organización.

Es evidente que en el nuevo mundo de las organizaciones, insertas en la complejidad del mercado global, estas luchan por sobrevivir y mejorar sus retornos financieros mediante estrategias de corto plazo y de alto impacto. Sin embargo, los activos intangibles como los denominan Kaplan y Norton

(2006) que son entre otros el talento humano de la organización, constituyen el patrimonio más importante de las empresas de cara la competencia desenfrenada del mercado.

El desarrollo y mantenimiento del talento de los llamados colaboradores (empleados) es una de las piedras angulares sobre las que se deben edificar las organizaciones; lo cual debe iniciar por la formación adecuada de los cuadros directivos, donde el humanismo y la capacidad de influir en equipos de alto desempeño sean la constante.

El cambio urgente en los enfoques de trabajo de la salud laboral asumiendo la salutogenia de los modelos positivos de salud en un marco holístico de intervención, amerita el compromiso e implicación plena de todos los que lideran los procesos organizacionales (Gimeno et al., 2013; Grueso-Hinestroza et al., 2013; Ulloa, 2013; Salanova et al., 2016).

El paradigma patogénico del riesgo y de la salud negativa no ha dado los resultados esperados en la Gestión Humana de las organizaciones; esto dado a que los empleados trabajan bajo la influencia de sus diferentes entornos de vida (Otálora, 2007). Siendo así, están mediados por sus problemas o vivencias familiares, sociales, comunitarias, así como por todos los DSS.

Por lo tanto, es el momento de incorporar los nuevos enfoques que la complejidad de los entornos obliga al desarrollo de las organizaciones. Lo deseable es propiciar en las organizaciones empoderamiento para la salud y el bienestar; así tanto los individuos como la misma organización equiparan sus necesidades y objetivos en aras de trabajar mancomunadamente las acciones que posibilitan su consecución.

Los cambios mencionados en el mundo del trabajo y de las organizaciones representan un desafío para el conocimiento de los problemas que se enfrentan; específicamente en cuanto al diseño, implementación y evaluación de soluciones que lleven a una mejora en la eficiencia organizacional y en su capacidad para adaptarse al cambio (Gimeno et al., 2008; Lorente y Vera, 2010; Hinestroza y Toca, 2012; Grueso-Hinestroza et al., 2013; Nader et al., 2014). Por ello, la colaboración entre estos dos ámbitos se antoja inevitable y necesaria. (Gimeno 2016).

La literatura revisada también permite reafirmar la importancia de los factores psicosociales y psicolaborales que afectan principalmente las dimensiones mental y física de la salud en las organizaciones que pretenden tener entornos saludables (Gómez y Calderón, 2017).

En esta línea, no es marginal ver cómo los países actualizan sus normativas incluyendo cada vez más regulaciones para prevenir, tratar y mitigar fenómenos como el acoso laboral, las discriminaciones humanas, las violencias y las enfermedades asociadas al estrés organizacional como el Mobbing, el Bournout, entre las más reconocidas. Esto obedece a la alta prevalencia e incidencia de casos y, sobre todo, al impacto negativo en el mercado, las organizaciones y los Estados por las altas externalidades negativas que generan (Carvajal et al., 2013; Marsollier, 2013).

Por ello, Al-Otaibi (2016) muestra las bondades de incorporar la PS en los lugares de trabajo, ya sea como valor o como política institucional. Además, considerando que la salud no es un fin y que contiene dimensiones que rebasan lo biológico. Así pues, es necesario impulsar en todas las Organizaciones el interés por evolucionar hasta llegar a ser saludables. Para ello, la salud positiva, la salutogenia y los modelos holísticos ofrecen herramientas ya probadas que permiten ir superando el enfoque negativo de la salud en el que giran muchas organizaciones en la actualidad.

## **2. 4. Universidades Saludables**

Habiendo presentado un marco general sobre la salud, el desarrollo, los entornos y organizaciones saludables, a continuación, nos centraremos en las Universidades Saludables, organizaciones objeto de esta investigación.

Las Universidades Saludables (US), o Promotoras de Salud (UPS) constituyen una estrategia de intervención derivada de las escuelas saludables Y se articula dentro del enfoque de territorios y organizaciones saludables promulgados por la OMS. Sus ejes centrales son el enfoque de promoción de la salud, el marco de los DSS y la determinación social.

Se parte de reconocer a la Universidad como una de las instituciones más valoradas y respetadas en todo el mundo, que se comportan como un entorno en sí mismas, es decir, (Martínez-Riera et al., 2018) como el ambiente, «lo que rodea» la cotidianidad, donde transcurre la vida de la comunidad universitaria, siendo lo que se pretende construir como entorno saludable (Beltrán et al., 2011). Esto es, como entorno las intervenciones que realizan las universidades no sólo repercuten en las personas, sino también en los procesos, las estructuras y la cultura que en ellas se construye. Además, por ser espacios donde convergen las personas que representan cada una de

las idiosincrasias globales (características socio-económicas, culturales, ideológicas, etc.) se consideran además como un gran laboratorio donde se pone a prueba la construcción colectiva tanto de conocimiento como de convivencia, de democracia y participación. Todo esto en un ambiente de respeto por los derechos fundamentales y sociales de cada uno de los miembros y organizaciones que la integran. Este escenario convierte a las universidades en atractivas para el desarrollo de una cultura de la salud y de la vida.

En cuanto a la movilidad de sus miembros, los estudiantes vienen y van constantemente, mientras los docentes, personal administrativo y operativo permanecen periodos más largos de su vida. No obstante, todos pertenecen a los entornos externos, por lo cual la posibilidad de impactar hacia esos otros entornos potencia la acción universitaria. Todas las personas en la universidad se forman y trascienden a los espacios privilegiados de la vida local, regional y nacional influyendo en decisiones públicas y privadas que afectan para bien o para mal las expectativas de bienestar y salud de ciudadanos y organizaciones. Esto justifica con creces la necesidad de valorar la PS como eje misional de toda universidad en el mundo.

Para Heraud (2013) las universidades encarnan una fuerza potencial para incidir positivamente en la vida y la salud de cada uno de sus miembros, pues son lugares en los que las personas pasan una gran parte de sus vidas, lo que les da la posibilidad de impactar en la formación de sus estilos de vida, educándolos en la responsabilidad frente a sí mismos y frente a los demás. Sumado a esto, las poblaciones universitarias tienen potencial para liderar innovaciones y ser modelos referentes para la sociedad.

Al respecto, la carta de Edmonton (Canadá) plantea que:

“Las universidades saludables son las que revisan sus propios sistemas, procesos y cultura internos y su influencia sobre la salud y bienestar individual y organizacional. También asumen la responsabilidad de contribuir a mejorar la salud y bienestar de la sociedad en general, a través de la colaboración y el trabajo en redes. Como instituciones académicas, ellas tienen procesos colegiados de gobierno que son únicos en relación con otras organizaciones”. (S. C. I. la R. de las A. de U. P. de Salud, 2005).

Así mismo Heraud (2013) afirma que:

“se puede definir a una universidad saludable como aquella que incorpora la PS a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas saludables a nivel de sus familias en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general” (p. 290).

Adicional a esto las US incorporan ejes temáticos de PS en los currículos de sus programas académicos fomentando la actividad física, no sólo de modo competitivo sino formativo y recreativo, la nutrición sana y la convivencia pacífica entre otros aspectos. Así, dentro de los principales retos que se imponen actualmente a las instituciones universitarias están los de propiciar el diálogo y construcción colectiva con las comunidades universitarias, mapeos de activos, visibilizar recursos y dinamizar intervenciones más allá de sus entornos, aumentando las acciones de vinculación con las comunidades externas. Asimismo, deben dotar a sus estudiantes de competencias para el trabajo en equipos transdisciplinarios en torno a la salud; promover una amplia participación de los stakeholders para la sostenibilidad y el cuidado de los recursos naturales (Martínez-Riera et al., 2018). Por último, es necesario generar procesos de evaluación permanente para analizar, comparar y retroalimentar las acciones; dado que hasta el momento no hay indicadores disponibles al respecto, de modo que aporten evidencias significativas para el desarrollo de procesos en todos los ámbitos de la salud.

Por lo que se refiere al background disciplinar en este ámbito, es muy escaso aún. Por un lado, el movimiento de entornos saludables y de universidades saludables es relativamente novedoso y, por otro, el marco epistemológico, teórico y metodológico es insuficiente; a lo que habría que sumar que el movimiento impulsor de redes de US está en un momento lento en cuanto a crecimiento y consolidación.

Por ello, se vio necesario la realización de una revisión de literatura específicamente en Universidades Saludables. El objetivo fue aproximarse a las nociones conceptuales, teóricas, históricas y metodológicas del concepto y de la estrategia.

Con el objetivo de aproximarse al estado del arte de las universidades saludables se realizó una revisión de la literatura científica en las bases de datos Dialnet, Scielo, Scopus, Medline, ISI Web of science, Redalyc y Latindex. acotando la búsqueda por el criterio de fecha de publicación, de

2008 al 2019. Dada la escasez de literatura encontrada, se incluyeron todos aquellos documentos académicos publicados que fueron un total de 19, entre artículos científicos (investigación, reflexión y revisiones), libros, guías, manuales, ensayos y otros documentos, ya sean de carácter gubernamental o institucional. Los documentos ofrecen información de México, Colombia, España, Perú, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Reino Unido. En el Apéndice 2 se encuentran codificados en detalle cada uno de los documentos seleccionados.

A continuación, fruto del análisis interpretativo transversal, se muestran los resultados más relevantes obtenidos de los documentos seleccionados en esta revisión.

#### **2.4.1. ¿Universidades Saludables o Universidades Promotoras de Salud?**

Un primer análisis que se consideró relevante con los documentos seleccionados en la revisión fue el de tratar de explicar conceptualmente el campo de estudio. En este sentido hablar de Universidades Saludables o Universidades Promotoras de Salud podría parecer que se refieren a lo mismo, no observándose diferencias profundas entre estos dos conceptos. Sin embargo, según Martínez-Riera et al. (2018) la diferencia radica tal vez en que las universidades promotoras de salud, aunque buscan ser saludables, este no es un estado que se alcanza. Por otro lado, la denominación de UPS recoge la voluntad institucional operacionalizada en todos los procesos transversales de desarrollo incluyendo la PS como eje central. Para Arroyo et al. (2009) el concepto de UPS hace referencia a las entidades de educación superior que han desarrollado una cultura organizacional guiada por los parámetros impulsados por el movimiento global de la PS, los cuales se evidencian dentro de la política institucional. Estos mismos autores afirman que dicha política además de su claridad debe contener aspectos como:

- Desarrollo normativo que propicie ambientes favorables de salud,
- formación académica profesional en PS a toda la comunidad universitaria,
- investigación y evaluación en PS,
- educación y comunicación para la salud,
- oferta de servicios integrales de atención a la salud,
- opciones de participación de los stakeholders (complementada con liderazgo y abogacía en salud por parte de sus comunidades internas) y

- acciones con alcance familiar y comunitario.

En general, Arroyo et al. (2009) resaltan la importancia de considerar el enfoque de los DSS; que contribuya a la salud, al cambio social, al bienestar y calidad de vida de la comunidad universitaria y su entorno externo. No obstante, US o UPS, es un debate no zanjado aún que se evidencia en los diferentes países, incluso en las mismas redes, utilizándose las dos acepciones. A modo de ejemplo se puede nombrar la RIUPS (Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud) y la REUS<sup>4</sup> (Red Española de Universidades Saludables), o en cada una de las universidades que asume esta estrategia.

Como lo expresa Sarmiento (2017) la terminología para la PS en la educación superior difiere en función del contexto geográfico. Así, Europa y América Latina tienen universidades que promueven la salud, las universidades de salud de los EE. UU y el campus saludable de América del Norte o la comunidad de campus saludable.

Por su parte, entender las universidades como un entorno saludable, también significa que existe una responsabilidad institucional que va más allá de las meras labores misionales y que promueven en los stakeholders universitarios las mejores conductas y prácticas en el marco de las dimensiones de la salud.

La connotación que tienen las universidades como organizaciones laborales implica también compromisos legales, y por tanto la obligación de actuar sobre todas las variables de su entorno. Así, incorporan la noción de organización saludable no solo desde el ámbito de la promoción y de la prevención si no desde las acciones administrativas para procurar la integridad y bienestar de sus empleados. En consecuencia, las universidades deben incorporar tanto en la misión-visión como en los planes institucionales, la salud como una de sus responsabilidades. De esta forma se articula la salud en las políticas gubernativas en todos los niveles internos. Lo relevante, más allá

---

<sup>4</sup> Hasta el 2018 la REUS no había modificado su nombre, a partir del 2020 se conoció que por reflexiones internas ahora se denomina REUPS, Red Española de Universidades Promotoras de Salud.

de optar por una u otra denominación, es la claridad del impacto positivo de ser una Universidad que ayuda a construir la salud integral de todas sus comunidades implicadas.

Se podría afirmar que el concepto de UPS o US continúa en proceso activo de construcción, donde se están dimensionando sus alcances y fines con el sentido de fundamentar la pertinencia práctica de su quehacer.

En este sentido, en la mayoría de las conceptualizaciones sobre UPS y US de las diferentes redes y universidades se observa coincidencia en los aspectos centrales que las definen. Entre ellos la incorporación de la PS a las intervenciones multinivel, la capacidad de influir en sus entornos y la generación de capacidades para la participación y autogestión en la búsqueda del bienestar, calidad de vida y desarrollo humano. Sin embargo, se requiere delimitar elementos diferenciadores, enfoques y metodologías con el fin de apartarse de, o articularse con, las otras acciones de salud y bienestar que se vienen ejecutando en el escenario universitario.

Por lo anterior, durante el proceso de consolidación teórica, epistemológica y metodológica se deberá acordar la mejor manera de llamar a las instituciones y redes con el fin de construir el marco necesario para su desarrollo disciplinar.

Considerando lo mencionado sobre este debate conceptual y a pesar de que las diferencias no están del todo claras, en el presente estudio se ha optado por el término “Universidad Saludable”, al considerarlo de mayor alcance institucional que el de “Universidad Promotora de Salud”.

#### **2.4.1.1. Recuento histórico de la promoción de la salud en entornos universitarios**

Para ubicar la génesis del movimiento de universidades saludables tanto en Europa como en América, es necesario remitirse al surgimiento de la PS como protagonista en las nuevas políticas de salud pública impulsadas por la ONU y la OMS. En la Figura 4 se puede apreciar parte del proceso que se ha ido desarrollando cronológicamente desde diversos escenarios.

#### Figura 4.

##### *Principales hitos de la Promoción de la Salud en el mundo*



Con el desarrollo de esta apuesta global surgen los conceptos de ciudades, municipios, escuelas, universidades y, en general, el de entornos saludables, emplazando a las organizaciones y líderes de todos los países a incorporar la PS en todas sus intervenciones. La oficina Regional de la OMS lidera en Europa a partir de los 80s iniciativas bajo este enfoque, aplicándolo en ciudades y entidades locales, escuelas, universidades, organizaciones profesionales, hospitales y otros escenarios (Heraud, 2013). Las bases para el primer documento de la OMS sobre universidades saludables se construyeron en la primera conferencia sobre universidades que promueven la salud en el Reino Unido en 1996 (Tsouros, 1998 citado por Sarmiento, 2017). En América Latina, universidades, tanto públicas como privadas, de países como Chile, México, Colombia, entre otros, se-incorporan al movimiento de universidades saludables en sus inicios.

De este modo, dentro de los principales eventos en los que se han forjado las líneas y criterios para las universidades saludables están los realizados en Chile en 2003, Edmonton- Canadá 2005 y Ciudad Juárez-México 2007. En Chile se asume un liderazgo para impulsar el trabajo en redes tanto nacionales como internacionales, generando la primera guía para universidades saludables. (Arroyo et al., 2009; Muñoz y Cabieses, 2008; Heraud, 2013). En el II Congreso Internacional de UPS en las Américas, que se efectuó en octubre de 2005 en la Universidad de Alberta en Edmonton (Canadá), se establece la declaración de la Carta de Edmonton para UPS e Instituciones de Educación Superior. En esta declaración se define un marco conceptual, metas, creencias y

principios, incorporando una guía con compromisos de acción institucional para impulsar la iniciativa en las universidades (Arroyo et al., 2009).

Posteriormente se han venido realizando otros encuentros internacionales y nacionales en los que se avanza en el fortalecimiento del movimiento y del trabajo en redes. Uno de los más recientes fue el IX Congreso Iberoamericano de UPS, realizado en mayo de 2019 en la Universidad de Nuevo León Monterrey (México).

Para Sarmiento (2017), fue Dooris en 2001 quien describió por primera vez una serie de procesos clave que deberían seguirse para desarrollar universidades que promuevan la salud. Entre estos elementos claves están: incorporar una visión de salud dentro de las políticas y los planes, generar entornos físicos sostenibles desde la PS. Otros como Foster-Fishman; Goldmon and Roberson, Silka; Ewing; entre otros (como se citó en Sarmiento, 2017) partiendo de esta propuesta agregan, entre otros, la necesidad de desarrollar una estructura, lograr una organización y asociaciones desde el trabajo en redes colaborativas, multidisciplinariedad, alianzas para eliminar las disparidades en la salud y asociaciones para promover un empleo saludable y seguro.

Fue en la Carta de Okanagan, de la Conferencia Internacional de Salud de 2015, donde se concretó promover universidades (i.e. Columbia Británica, Canadá), que reflejasen los nuevos avances en Salud Pública y en PS. En particular se apostó por políticas, e iniciativas relacionadas con US, que incorporaran el concepto de salud en todas las operaciones, empresas, culturas académicas y universitarias; así como liderar actividades de PS a nivel local y global (Suárez-Reyes, Muñoz, y Van den Broucke, 2018).

En el caso particular de España, este movimiento llegó con el inicio del siglo XXI, siendo muchas las universidades que están actualmente integrando el proyecto US en sus competencias. En este proceso sobresale el VIII Congreso Iberoamericano de Universidades Promotoras de la Salud en 2017, en el que se firmó la Declaración de Alicante, que incorpora estrategias de PS en los equipos de gobierno de las universidades y de los gobiernos municipales, autonómicos y estatales (Cerrillo et al., 2019). Fruto del trabajo de la Red Española de Universidades Saludables REUS, en noviembre de 2018 se realizó en Palma de Mallorca el I Congreso de Universidades Promotoras de Salud españolas, en el que se firmó la declaración que orientará los esfuerzos próximos de las universidades afiliadas.

### **2.4.1.2. Las Redes de Universidades Saludables**

Desde su origen, particularmente en Iberoamérica, el movimiento de universidades saludables ha apostado por la estrategia de redes, dado que en la actualidad el mundo interconectado y virtualizado permite compartir en tiempo real información desde cualquier sitio a través de internet. Las redes facilitan la construcción de sinergias para compartir conocimientos, experiencias, preocupaciones, anhelos y desafíos. Además, son muy eficientes al tiempo que eliminan las barreras, sobre todo financieras, permitiendo tener estructuras no burocratizadas que funcionan gracias al compromiso y motivación de todos sus afiliados.

En este sentido, ya en 1996 se formalizan redes académicas-profesionales que impulsan acciones de formación de Recursos Humanos en promoción y educación para la salud, y se dan los primeros pasos para formalizar el enfoque de UPS (Arroyo y Rice, 2009). Posteriormente, en Ciudad Juárez (Chihuahua, México) el 6 de octubre de 2007 se firma el Acta de constitución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS), cuyos objetivos son:

- “Impulsar la implementación y evaluación de la iniciativa UPS.
- Difundir la carta de Edmonton y las otras cartas y declaraciones de PS
- Diseminar el conocimiento, las metodologías y experiencias de PS al interior de las instancias de la universidad, así como de la comunidad.
- Intercambiar las experiencias y las lecciones aprendidas para vigilar por mayor efectividad los trabajos de las UPS.
- Contribuir al fortalecimiento de las capacidades institucionales de las universidades e instituciones de educación superior en la formación de recursos humanos interdisciplinarios en PS”.<sup>5</sup> Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS, 2007)

Esta estrategia ha permitido la formación de redes en varios países de Iberoamérica como son la Red Mexicana de Universidades Promotoras de Salud (RMUPS), la Red Colombiana de Universidades Promotoras de Salud (REDCUPS), Red Costarricense de Universidades Promotoras

---

<sup>5</sup> Acta de Constitución de la RIUPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2007-ActaConstitutivaRIUPS.pdf>

de Salud (REDCUPS) y las Redes nacionales de Chile, Cuba, Ecuador, Puerto Rico y Perú. Particularmente, en 2008 se creó la Red Española de Universidades Saludables (REUS), organización formada por 50 universidades españolas, tanto públicas como privadas, todas ellas comprometidas con la PS (Cerillo et al., 2019).

En el camino recorrido hasta ahora por la RIUPS se valora positivamente la realización de congresos y encuentros nacionales, regionales e internacionales, en los que se ha avanzado en la socialización de estudios, conceptos, experiencias y reflexiones, así como el compromiso colectivo reflejado en las diferentes declaraciones que se han producido. Así, entre los eventos realizados por la RIUPS cabe destacar el IV Congreso Internacional de UPS realizado en España en 2009 en la Universidad Pública de Navarra, el V Congreso Internacional y I Congreso Nacional de UPS en Costa Rica en 2011, el VI Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud y la IV Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública en San Juan de Puerto Rico en marzo de 2013 (Heraud, 2013). Entre los eventos recientes sobresalen el I congreso de la REUS, en noviembre de 2018 en la Universidad de Islas Baleares (España) y el IX Congreso Iberoamericano de UPS en mayo de 2019 que se realizó en Monterrey (México), donde estuvieron presentes representaciones de más de 18 países de América y de Europa, firmándose una declaración a punto de ser publicada. En estos últimos eventos se ha reconocido el avance de las diferentes redes, la intención de creación de nuevas redes y el aumento significativo de afiliados a la RIUPS. También se han identificado debilidades que deben ser gestionadas con urgencia (i.e. la implicación de las redes de rectores y directivos universitarios, entes gubernamentales y sector privado).

Así pues, es notorio que hoy en día existe un gran interés de los países y de las universidades para avanzar en la línea de la consolidación de las universidades saludables, tal como lo proclama la OMS; y a pesar del poco tiempo transcurrido ya se conocen algunos resultados. Sin embargo, aunque existe todo un camino por recorrer dada la complejidad del tema, lo importante es que el proceso ya está en marcha. Por tanto, en la medida en que se comprometan los actores de todos los niveles y se asuman responsabilidades, se esperan resultados que impacten en las instituciones y trasciendan a los entornos inmediatos de estas.

### 2.4.1.3. Aproximaciones metodológicas e intervenciones enmarcadas en universidades saludables

A lo largo de este proceso de construcción del movimiento de universidades saludables se han ido visibilizando experiencias que han alimentado las declaraciones y acuerdos en los escenarios de discusión, tanto en Europa como en las Américas. Todo este acervo repercute en la construcción de marcos referenciales para la acción en cada una de las instituciones afiliadas. La literatura analizada hasta ahora nos permite afirmar que no resultará fácil establecer marcos estandarizados de intervención; dado que cada universidad está afectada por las características específicas de sus entornos inmediatos donde las problemáticas, idiosincrasias, cultura organizacional, capacidades y recursos son elementos que determinan las políticas y acciones concretas susceptibles de ser implementadas.

Asimismo, fruto de la literatura revisada, en la Tabla 2 se muestran las intervenciones que se deberían implementar en el ámbito organizacional o institucional, empezando por las primeras recomendaciones consignadas en la carta de Edmonton y lo que se llamó la “Guía para universidades saludables (Arroyo et al., 2009).

**Tabla 2**

*Acciones de universidad saludable a nivel organizacional*

<b>Autor</b>	<b>Organizacional /Institucional</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>*Impregnar a los líderes institucionales con el concepto “salud para todos” y “desarrollo sustentable”.</li><li>*Adoptar una perspectiva a largo plazo al incorporar la PS en la vida institucional cotidiana y en los cambios culturales que la PS exige.</li><li>* Asignar recursos y comprometerse a actuar en la PS institucional e individual.</li></ul>
<b>B1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Incorporar PS los planes estratégicos institucionales.</li><li>*Comprometerse a provocar cambios a través de políticas, procedimientos, sistemas y prácticas institucionales para crear y mantener un entorno saludable que apoye el aprendizaje, trabajo y la vida.</li><li>*Crear conocimiento individual e institucional sobre opciones y entornos saludables.</li><li>* Mejorar el clima laboral y de estudio</li></ul>

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar intervenciones institucionales

Autor	Organizacional /Institucional
<b>B12</b>	Condiciones de trabajo - seguridad física
<b>B15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Uso de un enfoque de sistemas completo que es completo y participativo.</li> <li>*colaboración entre sectores dentro y fuera de la universidad</li> <li>*promoción de la investigación, la innovación y la acción basada en la evidencia</li> <li>* valorar las comunidades locales</li> <li>*actuar sobre una responsabilidad universal existente</li> <li>*integrar la salud en la cultura del campus a través de cinco áreas de acción: (a) integrar políticas y prácticas con atención a la salud; (b) crear ambientes saludables; (c) crear una cultura de bienestar; (d) apoyar el desarrollo personal; y (e) reorientar los servicios del campus. liderar la acción de promoción de la salud y la colaboración a nivel local y global a través de tres áreas de acción adicionales: (f) incorporar la salud y la PS en los planes de estudio de todas las disciplinas; (g) apoyar la investigación, la enseñanza y la capacitación para la PS; y (h) reforzar la colaboración dentro y fuera de la universidad</li> </ul>
<b>B3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Conformación de un Comité de Gestión de PS en la Salud en la universidad con funciones.</li> <li>*Elaboración de línea de base para identificar las necesidades de PS de la comunidad universitaria</li> </ul>
<b>B9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Educación y Comunicación en Salud y sus temas</li> <li>*formación de agentes de cambio, líderes de su propio bienestar y cuidado de sí.</li> <li>*universidad libre de humo</li> </ul>
<b>B10</b>	Creación de entornos saludables y programas de PS
<b>B14</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Propiciar ambientes favorables para la salud</li> <li>*Desarrollar acciones de formación académica en PS y otras modalidades de capacitación para la comunidad universitaria</li> <li>*Investigación en PS</li> <li>*Alfabetización en Salud y Comunicación en Salud</li> </ul>
<b>B16</b>	*Crear entornos de aprendizaje, trabajo y vida saludables y sostenibles

Dentro de los aspectos más relevantes de estas propuestas están la adopción de intervenciones desde las políticas institucionales en las que se incorpore la salud y sobre todo la PS en el marco misional, planes, programas y proyectos. Se considera además que, entre otros, hay que impactar positivamente todos los entornos, privilegiar los enfoques participativos, asignar recursos financieros, de talento humano, tecnológicos y técnicos, asignar responsabilidades, incluir las comunidades internas y externas, y establecer metas e indicadores, Por último, se hace énfasis en el monitoreo y evaluación de todas las intervenciones dado que esta es una de las mayores debilidades identificadas hasta el momento en las universidades saludables. Es decir, en general, todas las propuestas apuntan a qué, mediante la decisión y voluntad de las directivas universitarias, conjuntamente con sus comunidades, se logren impactar todos los entornos universitarios para elevar los niveles de bienestar y calidad de vida de los que allí conviven.

En la Tabla 3 se observan las intervenciones recomendadas en los estudios y documentos de la revisión según las dimensiones a las que involucran estas.

**Tabla 3**

*Acciones de universidad saludable según dimensiones de la salud*

<b>Autor</b>	<b>Físico</b>	<b>Mental</b>	<b>Social</b>	<b>Ambiental</b>
<b>B6</b>	Salud sexual y reproductiva hábitos del sueño y el descanso manejo de la recreación y del tiempo libre	PS mental, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, conductas de autocuidado	Buen trato, cultura de paz, habilidades para la vida seguridad vial y cultura de tránsito	La conservación del ambiente ecoeficiencia y salud
<b>B12</b>	Aptitud física – nutrición, educación sexual	Salud mental drogas, alcohol y tabaco		Desarrollo sostenible
<b>B1</b>	Incorporación de estilos de vida saludables		Relaciones interpersonales armoniosas y la convivencia	
<b>B3</b>	*Alimentación saludable *Salud Sexual y reproductiva * actividad física		*Cultura de Paz y buen Trato, con enfoque de interculturalidad, equidad de género y derechos de salud	Ecoeficiencia y Salud. * políticas de gestión ambiental mediante mecanismos de desarrollo limpio
<b>B9</b>	Autocuidado y prácticas saludables y sus temas: actividad física y estilos de vida saludables, salud oral, salud visual, salud sexual y salud nutricional.	Salud mental	Convivencia y sus temas: responsabilidad social y participación comunitaria y Convivencia	Salud y medio ambiente y sus temas: entornos saludables, manejo de residuos y control de vectores.
<b>B10</b>	Dieta y sedentarismo	Alcohol, tabaco		
<b>B14</b>	*Ofrecer servicios preventivos y de cuidado y atención de la salud.		*Participación para el desarrollo de habilidades, liderato y abogacía en salud en la comunidad universitaria.	
<b>B16</b>				*Integrar la salud y el desarrollo sostenible en los planes de estudio

Como evidencia la revisión de la literatura, las intervenciones dirigidas a poblaciones estudiantiles básicamente se ubican principalmente en las dimensiones física y mental, y en menor grado en la social y la ambiental, no encontrando intervención alguna en la dimensión espiritual.

Las acciones más recomendadas tienen que ver con los estilos de vida entre los que se destacan la nutrición, la actividad física, la salud sexual, salud oral; así como se contemplan también la oferta de servicios de atención integral de la salud.

En la dimensión mental los temas más recomendados para las universidades saludables se asocian a los consumos nocivos y adictivos de sustancias psicoactivas (drogas, tabaco, alcohol), observando que el enfoque más sugerido es el de la salud negativa, es decir dando importancia a elementos epidemiológicos como factor de riesgo, exposición e individuos vulnerables o expuestos.

En la dimensión social se habla mucho de promover en las universidades saludables el buen trato, la convivencia, la cultura de paz, de acoger el enfoque de derechos, de inclusión, intercultural, de igualdad y equidad en géneros, entre otros; desde una perspectiva de participación amplia de las comunidades.

En la dimensión ambiental se considera fundamental la sostenibilidad o el desarrollo sustentable en los campos universitarios, forjar la construcción de un entorno vital responsable con todo lo ecológico de tal forma que no solo estimula la salud de los individuos, sino que se convierta en una herramienta pedagógica más para la formación de ciudadanos comprometidos con el planeta.

#### **2.4.2. Investigaciones sobre universidades saludables**

El trabajo realizado por Sarmiento (2017) sobre PS en instituciones de educación superior y la identificación y caracterización de las diversas iniciativas de PS asociadas con el tema de las universidades saludables en la Florida International University (FIU) de los Estados Unidos. Este trabajo ofrece una caracterización de los orígenes y proceso evolutivo del discurso de universidades saludables a partir del 2001. Asimismo, muestra un desarrollo importante sobre el tema de universidades saludables en algunos países industrializados en los últimos 15 años. Sin

embargo, la escasez de artículos originales de investigación producidos a nivel mundial fue evidente. La mayoría de las publicaciones en el tema se limitan a la reproducción parcial de experiencias, sin contribuir al avance del conocimiento, las innovaciones metodológicas o la evaluación sistemática de las intervenciones de PS (Sarmiento, 2017).

Este estudio enfatiza la necesidad de unos requisitos mínimos para evaluar procesos y resultados, como primer paso para avanzar en el diseño de una herramienta de evaluación práctica de las intervenciones en universidades saludables. Además, afirma el autor, que existe la necesidad de una estrategia universitaria integral y saludable a largo plazo, con enfoque transversal, interdisciplinario y altamente inclusivo, monitoreado y evaluado de forma continua.

Por su parte, el trabajo de Came y Tudor (2018) se basa en los valores de PS, ofreciendo una revisión crítica de los enfoques existentes de UPS. Esta revisión buscó temas poco abordados en el ámbito de la Promoción como la discriminación estructural, el sexismo, la homofobia y el racismo institucional que pueden prosperar dentro de los entornos universitarios. El estudio se realizó en universidades de Nueva Zelanda (Aotearoa), ocho consideradas occidentales y tres universidades indígenas (Whare Wānanga). Muchas de ellas tienen planes de estudio relacionados con la salud (hauora). A pesar de esto en ninguna se encontró evidencia sobre el compromiso institucional con la PS, en siete enseñan específicamente la PS.

Según la perspectiva de estos autores para lograr una US inclusiva, igualitaria y mental en Aotearoa Nueva Zelanda, y en otros lugares, es fundamental que los proyectos sean coordinados desde el centro corporativo y la jerarquía de una institución. Proponen un enfoque de cambio intersectorial basado en sistemas, comprometido en terminar con el sexismo, la homofobia y el racismo en los campus. También resaltan la equidad, la justicia social, el holismo, la inclusión y las relaciones de transformación con las comunidades locales y en el caso de Nueva Zelanda con las comunidades indígenas (Came y Tudor, 2018).

Otro de los trabajos revisado fue el de Cerillo et al. (2019), cuyo objetivo era valorar el movimiento de universidades saludables en España. Esta revisión expone el desarrollo y estado actual de las universidades saludables en España. Como hallazgo se resalta el predominio del enfoque de PS, aunque con presencia significativa del enfoque de Prevención. En cuanto a las universidades afiliadas a la REUS solamente un 38% tienen como eje la PS. Algunas de las conclusiones hacen

referencia al pobre desarrollo de los proyectos implementados en universidades saludables españolas, enfatizando en la necesidad de evaluar continuamente los proyectos para evitar que se desvíen del eje de la PS.

Los resultados de estos trabajos muestran que es de gran relevancia incorporar la PS a las acciones universitarias, tal como lo impulsan las redes de este movimiento en el mundo. Los beneficios de estas intervenciones tienen mucho valor tanto para los stakeholders como para las comunidades en general, pero se requiere con urgencia ir construyendo un marco común a nivel internacional en cuanto a lo epistemológico, lo teórico y lo metodológico, obviamente conservando las particularidades de cada uno de los entornos institucionales. En términos generales la literatura encontrada sobre US apunta a recuentos históricos, conceptuales, institucionales, políticos, de gobernanza, así como a algunas herramientas metodológicas que pueden ser de utilidad para las intervenciones. Sin embargo, no fue posible evidenciar paradigmas ni enfoques consensuados o consolidados, ni tampoco nociones sobre salud universitaria en las dimensiones física, mental, social, ambiental o espiritual. No obstante, se pueden deducir algunas tendencias como por ejemplo que en su mayoría las publicaciones priorizan la población estudiantil y las experiencias en su mayoría hablan de la salud física y mental como ya se dijo. No fue posible encontrar teorías y principios que hayan decantado una base sólida, en la cual se puedan soportar las investigaciones e intervenciones desde lo saludable en los ámbitos universitarios.

Sin embargo, en cuanto a la *estrategia de intervención en salud* se han encontrado aspectos relevantes para las universidades saludables. En este sentido, se encontraron con mucha fuerza alusiones a la gobernanza y, dentro de ella, a la participación en las universidades. Elementos que por su importancia se consideran claves a la hora de pensar en intervenciones institucionales de universidad saludables (Arroyo et al., 2009; Sarmiento, 2017; Martínez-Riera et al., 2018b).

Esto debido a que en el siglo XXI las demandas internas y externas para las universidades son mayores. Las decisiones y acciones que se terminan implementando en todo nivel para hacerle frente a estas demandas requieren de un mayor protagonismo y habilidades de las personas que ocupan los cargos de alta dirección. Sobre este asunto se encuentran en la literatura algunas reflexiones teóricas y estudios empíricos respecto a cómo funcionan y qué estructuras subyacen en el gobierno universitario moderno (Gaete-Quezada, 2015). Por tanto, cuando se enmarcan los

programas de universidad saludable dentro de las intervenciones en salud, la gobernanza y la participación deben ser explorados con detenimiento con el fin de analizar su posible relación con los logros o limitaciones de las acciones en cada universidad.

Para finalizar, a modo de resumen de la literatura revisada sobre Universidades Saludables, se podría decir que:

*Una Universidad Saludable es la que provee un ambiente adecuado, con entornos físicos, administrativos, sociales, culturales y ambientales que favorecen el aprendizaje, la productividad, la convivencia pacífica, la tramitación de conflictos, la participación, la inclusión, el bienestar y en general la vida de quienes la habitan, ya sea por corto tiempo o por muchos años.*

## **2.5. Aproximación a la Gobernanza Universitaria**

Todos los cambios presentados desde finales de los 70s, aumentados con las crisis globales del comienzo del siglo XXI, han llevado progresivamente a la reducción de las estructuras estatales. A la vez, adquieren mayor protagonismo los mercados y las organizaciones multinacionales. Y surgen nuevos conflictos sociales, violencias, aumento de las desigualdades sociales y de la pobreza económica, entre otros aspectos que complejizan los contextos mundiales. Todo ello, obliga a precisar conceptual, teórica y metodológicamente las nuevas formas de tramitar, dirigir y gestionar tanto las políticas sociales y públicas como las institucionales.

Es entonces en este marco donde, además con el agotamiento de los welfare states (Martínez, 2005; Aguilar, 2013; Husata, 2014) que cobra relevancia la *gobernanza*. Precisamente por esa relevancia, el tema ha entrado en la órbita de la academia. Además, para algunos autores, se trata de un concepto polisémico, coincidiendo la mayoría de estudiosos de esta temática en que no hay un consenso actualmente sobre su significado (Rodríguez et al., 2010; Lerner et al., 2012; Guinot et al., 2017).

La RAE<sup>6</sup> define la gobernanza como “arte o manera de gobernar que se propone como objetivo el logro de un desarrollo económico, social e institucional duradero, promoviendo un sano equilibrio entre el Estado, la sociedad civil y el mercado de la economía”. Esta conceptualización denota que la gobernanza rebasa la acción simple de gobernar, pues plantea el balance que debe lograrse con la sociedad civil y el mercado.

Así pues, Aguilar (2006) recomienda utilizar más el término gobernanza, desligándola de la acción tradicional de gobernación que se limita a lo que de forma exclusiva realiza un gobierno a través de sus instrumentos y recursos. Para este autor, la gobernanza se puede encontrar en niveles local, regional, nacional e internacional; siendo válido, además de en macro-contextos, en otros contextos específicos como el organizativo (Aguilar, 2006). A nivel procesual, Plumtre y Graham (1999) como se citó en, Rodríguez et al. (2010), afirman que la gobernanza tiene que ver con los procesos de acción colectiva surgidos de la interacción dinámica entre distintos actores, mediante reglas de juego determinadas, los cuales sirven para la toma e implementación de decisiones en una sociedad.

Por su parte, la ONU, a través de UNESCAP (Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico)<sup>7</sup> define la gobernanza como "el proceso de toma de decisiones y el proceso mediante el cual las decisiones se implementan (o no implementan)". En este informe se llama a considerar no solo los actores implicados en las decisiones y su implementación si no también en las estructuras requeridas para que se ejecuten.

Conviene subrayar que actualmente la escasez de recursos es cada vez más evidente, por lo que se hace necesario implicar a los actores con diversos intereses tanto gubernamentales como no gubernamentales. Por consiguiente, se requiere de una gobernanza mediante alianzas y redes de cooperación que garantice una amplia gobernabilidad (Lerner et al., 2012).

En el ámbito de la Salud Pública el concepto de gobernanza ha incursionado también con fuerza desde las instancias multilaterales, en donde aparece estrechamente ligada a la participación de los

---

<sup>6</sup> Diccionario de la lengua española, recuperado de: <https://dle.rae.es/gobernanza>, consultado el 29 de octubre de 2020

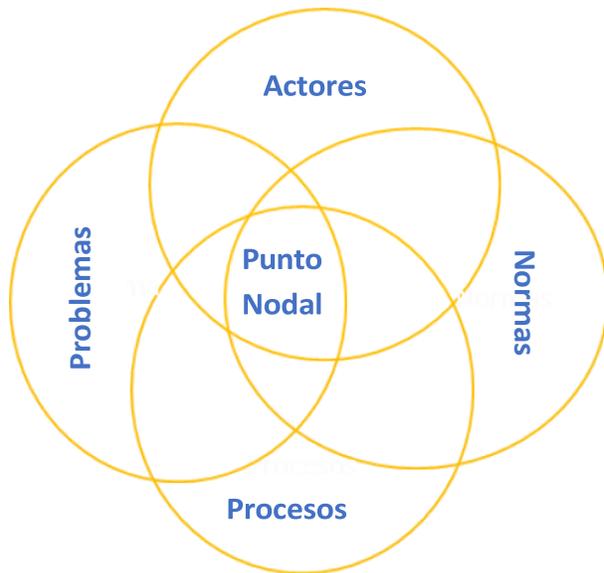
<sup>7</sup> What is Good Governance? Disponible en: <http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/governance.pdf>.

diferentes actores (stakeholders) desde espacios micro y macro locales, así como a temáticas referentes a la Prevención y Promoción de la Salud (Arenas-Monreal et al., 2012). En este campo, surge una propuesta metodológica que aporta elementos para el estudio de las gobernanzas asociadas a las problemáticas de la salud cuyo razonamiento rebasa los aspectos meramente técnicos (Hufty, 2010). Este autor parte de cuestionar la confusión en la conceptualización de gobernanza con los términos gobernabilidad, gobierno o gobernación; resalta la falta de coherencia externa, coherencia interna y coherencia social; proponiendo como solución hacer una diferenciación clara entre las propuestas analíticas y normativas. Los criterios que propone Hufty para construir una definición precisa con un objeto delimitado son: valor agregado, científicidad y operatividad. Desde esta perspectiva se identifican conceptos como gobernanza global, gobernanza moderna, nueva gobernanza y buena gobernanza.

De otro lado la gobernanza en las organizaciones está enmarcada en los espacios que estas generan, donde intervienen varias clases de actores (stakeholders), se cuenta con normativas, intereses y con prácticas específicas así mismo tiene mecanismos de coordinación verticales, horizontales e informales. En términos generales, la propuesta de Hufty se centra en una herramienta metodológica para analizar la gobernanza en la salud pública a la que denomina el Marco Analítico de la Gobernanza (MAG). El MAG (Ver Figura 5) aborda los procesos colectivos formales e informales presentes en la toma de decisiones y construcción de normas sociales en el ámbito de los asuntos públicos. A su vez el MAG consta de cinco categorías analíticas (Hufty, 2010):

## Figura 5

*Componentes del Marco Analítico de la Gobernanza (MAG)*



Fuente: Adaptación propia a partir de (Hufty, 2010)

Los componentes del MAG son:

- *Problemas*: corresponden a las situaciones que entran en juego
- *Actores*: son individuos o grupos de interés (stakeholders) quiénes actúan para la construcción de normas
- *Puntos nodales*: son los puntos de convergencia (físicos o virtuales) que se producen por la interacción de los problemas, los actores y las normas
- *Normas*: son las reglas de juego establecidas por los actores para orientar su comportamiento
- *Procesos*: son los momentos que se suceden en los que se conectan los actores, normas y los puntos nodales.

Por otra parte, para Arenas-Monreal et al. (2012) la gobernanza está estrechamente ligada a la participación social y a la construcción de políticas públicas saludables. En esta misma línea, Mira et al. (2018) encuentran múltiples ejemplos de participación ciudadana organizada, no organizada

o de movimientos sociales en intervenciones en el ámbito de los sistemas de salud, la PS, la cogestión y el empoderamiento. Respecto a la *participación* (Rowe, 2005) considera tres niveles a partir de la interacción que se presente:

1. *Comunicación*, esta se manifiesta unidireccionalmente, casi siempre de la Administración hacia la ciudadanía,
2. *Consulta* que igual a la anterior es unidireccional, solo que, de forma inversa, es decir la participación parte de la ciudadanía hacia la Administración, y
3. *Participación*, la cual se manifiesta en ambas direcciones de forma deliberativa.

Hablar de modelos participativos en salud implica asumir que los individuos y las comunidades tienen el derecho de autogestionarse y autorregularse, para lo cual deben ser conscientes de mejorar su capacidad de mantener y recuperar su salud (Martínez-Riera et al., 2018). Igualmente, esto obliga a apropiarse de la salud como derecho, de la comunicación como un componente de su vida social y de la PS como un proceso que conlleva la capacidad de transformar realidades, respetar diferencias, propiciar sinergias y alianzas, en general a co-construir desde la autonomía de cada actor y sector.

En el estudio reciente realizado por Mira et al. (2018), se evidencia que existe cierta retórica sobre los beneficios e importancia de la participación en salud, la cual genera un amplio consenso respecto a que los procesos participativos legitiman la toma de decisiones en política pública e institucional y hace que estas decisiones sean más adecuadas y sostenibles. En este mismo estudio se identifica que el problema de esta participación radica en la razón para la que se busca, en la representatividad de quienes participan y el tipo de legitimidad de las decisiones logradas con la involucración de pequeños grupos en las decisiones.

A pesar de, el desarrollo de nuevos enfoques y modelos para la participación es evidente el distanciamiento entre las propuestas que surgen de la participación y las políticas, prioridades o los planes de salud que se implementan.

Por lo que se refiere a la *Gobernanza* en las *Universidades*, decir que involucra las incertidumbres propias de los contextos antes mencionados, afrontando, además, una situación de desfinanciamiento progresivo principalmente para las que tienen el carácter de públicas. Esta

situación sumada a otras entre ellas, la privatización, virtualización y proliferación de programas y la deserción pone en entredicho la misión histórica y la responsabilidad social que tienen estas instituciones.

Así pues, la complejidad e incertidumbre actual que afrontan las universidades impone una nueva gobernanza. Paradójicamente siendo los centros de generación de conocimientos para la sociedad y las organizaciones no poseen modelos propios para el manejo de sus asuntos misionales, de ahí que cada universidad mediada por la cultura de sus stakeholders, y sus demás especificidades, implementa formas de gobierno que van desde la nueva o buena gestión pública hasta el management moderno.

En cuanto a la investigación, la Gobernanza Universitaria, entendida como la manera en que se organizan y funcionan las universidades internamente y se relacionan con sus entornos externos, ha sido una temática poco estudiada (Calduch et al. 2020; Virgili et al. 2015). Antúnez y Montané (2019) señalan que la gobernanza universitaria se asocia los procesos de gestión incluidos en los estilos que gobiernan las universidades, regidos por principios de democracia y solidaridad para el logro de sus objetivos, así como del mejoramiento institucional y desarrollo integral de todos sus actores. Para estos autores, entender la gobernanza como buen gobierno universitario incluye aspectos como legalidad, democracia interna, participación, transparencia, equidad, efectividad, inclusión y sensibilidad por los diferentes colectivos minoritarios y vulnerables, siendo sostenible e impactando sus entornos inmediatos (Antúnez y Montané, 2019). Así pues, la noción de gobernanza universitaria basada en los principios de democracia, autonomía y participación no debe quedar solo en la formación de profesionales competentes para las necesidades de la sociedad. Debe ir más allá, formando ciudadanos comprometidos con su entorno que demanda un proceso intencional y activo de participación de todos los actores que la integran, en especial de sus estudiantes (Calduch et al., 2020).

Así, en cuanto a la *Participación* en los contextos universitarios es una temática poco abordada, a pesar de su relevancia al hablar de los asuntos de la gobernanza institucional. Es importante señalar que la participación siempre ha sido considerada como parte fundamental del ethos universitario y los stakeholders en estas instituciones tienen tradición en diversas formas de participar de las múltiples dinámicas que se presentan. Sin embargo, en la revisión de la literatura no se encontraron

estudios sobre procesos participativos asociados a docentes, empleados y en general funcionarios universitarios.

Pese a lo anterior, especial mención requiere el caso de la *Participación Estudiantil*. En este sentido, existe evidencia empírica sobre la relevancia de la universidad como un espacio de socialización secundaria, donde el estudiante logra formarse como ciudadano de una sociedad democrática, pues en la medida en que se construyan espacios de participación se asegura el futuro de las democracias (Virgili et al., 2015). Así, en referencia a la participación estudiantil vemos que se encontraron los primeros indicios europeos en 2001 en la Declaración de Praga, documento en donde se dan los primeros trazos sobre el proceso de Bolonia, en el que se enfatiza la necesidad que los estudiantes universitarios participen e incidan en la organización, y contenido, de la vida universitaria. Igualmente, en la Declaración de Berlín (2003), se extiende la participación estudiantil a los Sistemas de Garantía de Calidad Nacionales.

En Latinoamérica, se recuerda todo el movimiento de Córdoba (Argentina) en 1918, en el que una de sus bases era precisamente el cogobierno universitario mediante la participación de estudiantes, profesores y trabajadores en la gestión conjunta de las instituciones para garantizar la autonomía (Virgili et al., 2015). Rivas (2009), citado por Virgili et al. (2015), acuña el término de “*ciudadanía universitaria*” para referirse a la experiencia en los espacios universitarios como formadora también de ciudadanía. En su opinión, la “comunidad universitaria” se desarrolla con la participación de todos los actores implicados tanto los que conforman el mundo académico como el estudiantil y los funcionarios.

Por otra parte, el estudio realizado en Chile por (Virgili et al., 2015), quienes estudiaron la participación en la Universidad de Concepción (UDEC), evidenció que para más del 50% de los estudiantes participar era influir en las decisiones universitarias, aunque sus opiniones no siempre se tomen en cuenta. Otro elemento importante es la reivindicación del *diálogo* por encima de “tomas y marchas”, pues consideran que participando son protagonistas de cambios estructurales en la construcción de una nueva sociedad. Otro resultado destacado es su interés en participar en la creación, o modificación, de programas curriculares, ya que son los directos afectados en estos procesos. En resumen, los estudiantes de la UDEC conocen los mecanismos de participación

institucionales tanto en lo educativo como en lo político, lo que es vital para construir democracia universitaria inclusiva y participativa (Virgili et al., 2015).

Aunque existen muchas formas de participación estudiantil en los procesos universitarios, su presencia suele reducirse a la política o representativa, o en las políticas de calidad. Empero, poco, o nada, se conoce de otras formas participativas como los colectivos diversos o participaciones deportivas, culturales, académicas y espirituales. Esto es, se desconocen un gran número de dinámicas que no teniendo como propósito incidir en las decisiones institucionales, inciden en gran medida en la formación integral como ciudadanos.

(Merhi, 2011, como se citó en Calduch et al., 2020), señala que para lograr la implicación y compromiso de los estudiantes se requieren por lo menos tres premisas para la participación estudiantil: *motivación, información y percepción de utilidad*. De todo lo anterior se puede colegir que aparte de estas premisas, para lograr una participación activa y efectiva en los procesos de gobernanza universitaria se requiere además de la construcción de una cultura de participación. Esta cultura además se verá favorecida si la institución forma parte de contextos donde existe una amplia tradición participativa.

La investigación realizada en el proyecto TO-INN sobre diversas formas de participación estudiantil liderado por la Universidad de Barcelona (España), evidenció que el nivel en todos los modos de participación fue muy bajo, siendo el motivo asociado a expectativas de desarrollo personal y profesional el más señalado. También fueron significativas la participación política y de representación, así como asamblearia o sindical. Por su parte, dentro de las razones para no participar en la vida y gestión universitaria estuvieron la falta de tiempo, de información y de interés. En lo referente a la participación en actividades reivindicativas (protestas, acciones colectivas, paros, entre otros) y de voluntariado, esta fue superior en Latinoamérica respecto a Europa o Norteamérica (Calduch et al., 2020). Además, este trabajo demostró que la participación estudiantil universitaria se encuentra influenciada por las características sociodemográficas, encontrando que el pertenecer a una comunidad indígena, tener personas a cargo, o poseer una situación de diversidad funcional condicionan la participación. Estos resultados evidencian las barreras que aún se encuentran en los entornos universitarios para construir participación inclusiva y equitativa.

Igualmente, una reciente investigación publicada con el auspicio del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD) y el gobierno chileno, muestra que una baja autorregulación en estudiantes universitarios puede estar asociada a variadas afecciones físicas y mentales, mientras que con una alta autorregulación se pueden lograr la promoción de hábitos y mejoras considerables en la salud (Oñate et al., 2021). La autorregulación que analiza este estudio puede estar directamente asociada a la percepción de utilidad planteada por Merhi que es una de las variables para que se dé la participación estudiantil. Por ello, se puede considerar que la autorregulación sumada a la participación, no solo de la población estudiantil sino de todos los stakeholders universitarios, constituye un factor de influencia para la construcción de entornos saludables.

Por otro lado, un elemento importante, que surge como gran desafío para la gobernanza universitaria, es la propuesta de la UNESCO 2015 donde llama a replantear la educación para el siglo XXI, superando el concepto de “bien público” y definiéndola como un “bien común” (UNESCO, 2015). Este cambio aparece como respuesta al crecimiento desbordado de la privatización educativa y todas las problemáticas que esta situación deriva para grandes grupos poblacionales. En este sentido, los bienes privados son aquellos que pertenecen a una persona o a una organización, los bienes públicos son del Estado, mientras que los bienes comunes pertenecen a la comunidad (Licandro y Yepes, 2018). Para la UNESCO la educación universitaria se equipara a los bienes comunes por diversas razones. Una razón es porque el conocimiento y la educación son bienes comunes que deben ser universales, por lo tanto, los procesos de gobernanza de las instituciones requieren de las voces activas de todos los involucrados (estudiantes, profesores, empleados, empleadores, Estado, financiadores, beneficiarios del conocimiento generado, egresados, entre otros). Esta participación hace que no sean propiedad de ninguna de esas instituciones, sino de la comunidad en la que operan (UNESCO, 2015).

Otro aspecto relevante de la Gobernanza Universitaria se refiere a la autonomía. Hablar de gobernanza en las universidades alude a considerar la autonomía de estas instituciones a la hora de tomar sus propias decisiones, de generar sus propios mecanismos organizacionales y de gestión para cumplir la función que le ha asignado la sociedad. No obstante, por todo lo dicho antes, esta autonomía cada vez más se pone en entredicho dada la necesidad de financiar sus responsabilidades misionales con recursos del mercado, de financiadores y del Estado.

En efecto, los mecanismos de autogobierno que han sido tradicionales en las instituciones universitarias, donde los estamentos, gremios o grupos de interés han contado con espacios para incidir directamente en el rumbo de estas cada vez son más difusos. Esto es consecuencia de los estilos de gestión pública que se generalizan, abriendo poco a poco la universidad a los deseos de los financiadores del sector privado en general y a los políticos que ven aquí un potencial para sus intereses. Con esta incorporación, las viejas estructuras weberianas, caracterizadas por la burocracia excesiva, formalidad exagerada y líneas jerárquicas ilimitadas, son vencidas por los nuevos enfoques gerenciales que irrumpen en la nueva gobernanza universitaria. En particular, el pensamiento estratégico, la prospectiva, los cuadros integrados de mando o *balanced scorecard*, el liderazgo, la diferenciación, segmentación, la calidad, la innovación y la penetración de servicios en el mercado son algunos de los elementos del nuevo marco de acción en las universidades (Herrera et al., 2020).

Ante estas nuevas realidades, según el proyecto *From Tradition to Innovation in Teacher-Training Institutions* (TO INN), liderado por la universidad de Barcelona y financiado por la Unión Europea y su programa Erasmus, si se pretende modernizar las instituciones de educación superior se debe hacer mediante un enfoque multidimensional. Para ello, se deben dejar de lado las acciones puntuales de cara a las reformas necesarias. La propuesta llama a articular de manera más profunda todos los componentes de las instituciones universitarias desde un enfoque sistémico. Al mismo tiempo, y reconociendo su permanente interacción e interdependencia, se proponen cuatro ejes vitales para esta modernización, estos ejes son (Antúnez y Montané, 2019):

1. Innovación Docente,
2. Pertinencia Curricular,
3. Dimensión Social y
4. Gobernanza Universitaria.

Por último, cerraremos este apartado señalando dos cuestiones que han sido utilizadas en el apartado empírico de este trabajo:

1. El Marco Analítico de la Gobernanza (MAG) propuesto por Hufty (2010), ha sido probado en varios estudios de Salud Pública y en otros campos, resulta de mucha utilidad para esta

investigación. En concreto porque aborda dentro de una de las pre-categorías la gobernanza universitaria. Por tanto, en el trabajo empírico se tuvieron en cuenta las categorías analíticas de Hufty (2010) específicamente asociadas a las intervenciones en los programas de universidad saludable.

2. En el análisis de la Participación, se han contemplado principalmente las variables *Motivación, Información y Percepción de utilidad*, propuestas por Merhi (2011). Estas orientaron la recogida de datos, con el fin de identificar la relevancia de la participación dentro de los programas de Universidad Saludable.

## **2.6. A manera de síntesis**

Las organizaciones tienen una responsabilidad muy grande frente a la construcción de entornos saludables, dado que todo lo que se vive en su interior donde conviven individuos y grupos en relación con situaciones y/o condiciones propias de la misión de cada organización afecta positiva o negativamente la vida y las dimensiones de la salud de sus stakeholders.

Por otro lado, los procesos, bienes, productos o servicios y las políticas de las organizaciones afectan también los entornos circundantes sean locales, territoriales o nacionales.

Las universidades siendo a la vez organización laboral y formadora de sujetos no escapan a estos desafíos; por lo que, les compete promover y generar las condiciones para que sus campus y espacios sean propicios para la vida y la salud integral de sus stakeholders.

Desde la perspectiva de la intervención aparecen aspectos que inciden en el impacto que puedan tener las acciones que se implementan en las universidades; dentro de estos aspectos el más relevante es la gobernanza; la cual se asocia directamente con la participación de los actores en los procesos de toma y gestión de las decisiones. Se hace necesario propiciar que los individuos y agrupaciones considerados como stakeholders en la Universidad participen y se involucren activamente en todos los momentos de la intervención desde la PS.

Adicionalmente las universidades están llamadas como su compromiso misional lo demanda, a generar nuevo conocimiento relevante para avanzar como organización saludable y proporcionar evidencias a las demás organizaciones externas a su entorno inmediato.

Como se ha reconocido, el trabajo en redes de cooperación nacional e internacional constituye un gran potencial para la acción efectiva multidimensional o multi sectorial y las universidades están implicadas en contribuir a esta gran cruzada de construcción de escenarios saludables y promotores de la salud.

El poco trabajo investigativo que se ha evidenciado mundialmente sobre los temas de entornos universitarios saludables y la concentración en estudios enfocados a estudiantes especialmente desde la dimensión física y mental; hace necesario trazar nuevas líneas de investigación y de intervención donde se abarque poco a poco todas las poblaciones y a todas las dimensiones presentes en la salud.



## **Capítulo 3**

### **Planteamiento de la Investigación y Metodología**

---



## Capítulo 3

### Planteamiento de la Investigación y Metodología

---

<b>3.1. Objeto de la Investigación .....</b>	<b>81</b>
3.1.1. Objetivos.....	83
<b>3.2. Metodología .....</b>	<b>86</b>
3.2.1. Consideraciones Ontológicas y Epistemológicas.....	86
<b>3.3. Diseño de la Investigación .....</b>	<b>88</b>
3.3.1. FASE I. Investigación Documental .....	91
3.3.1.1. Procedimiento .....	92
3.3.2. FASE II. Investigación Aplicada .....	96
3.3.2.1. Estudio Comparativo entre Universidades de México, España y Colombia. ....	97
3.3.2.1.1. Procedimiento.....	97
3.3.2.1.2. Aproximación Cualitativa.....	99
3.3.2.1.3. Aproximación Cuantitativa.....	109
3.3.2.2. Estudio de Caso (Universidad del Valle).....	115
3.3.2.2.1. Procedimiento.....	116
3.3.3. Consideraciones éticas.....	121



### **3.1. Objeto de la Investigación**

Esta investigación se enmarca en las intervenciones en el ámbito de la salud, la cual es considerada como constructo humano, dinámico y en estrecha relación con los modelos de desarrollo. Como se indicó en el Capítulo 1, las concepciones de Salud y Desarrollo han avanzado conjuntamente desde mitad del siglo XX. Así, el paradigma biopsicosocial -imperante desde ese momento- se ha visto superado por paradigmas alternativos más globales e integradores (como son el salutogénico y el holístico). Esto nos permite plantear, desde una perspectiva evolutiva, que estamos transitando hacia la Salud 3.0 (ver Tabla 1). En este proceso se reconocen nuevas dimensiones de salud, como la ambiental y la espiritual, que se agregan a la social, y a las más clásicas, como son la física y la mental. Además, junto a la tradicional prevención de enfermedades se añade la promoción de la salud.

Esta evolución en el constructo Salud ha ido de la mano del avance en el concepto de Desarrollo, clásicamente circunscrito al bienestar objetivo y a criterios economicistas. Esta visión reduccionista del desarrollo ha sido sobrepasada con la formulación de los ODM y los ODS, actual eje vertebrador del “desarrollo sostenible”. En estos Objetivos, los DSS juegan un papel fundamental.

Esos nuevos paradigmas que se abren paso en el campo de la salud destacan la co-responsabilidad de Estados, organizaciones e individuos para comprender e intervenir en los entornos, sobre todas las dimensiones de la salud. En este sentido, las universidades están llamadas a jugar un papel más significativo en la vida de las comunidades donde se ubican, dada su importancia social e histórica. A su vez, pueden ser grandes laboratorios sociales donde sus stakeholders incidan activamente en el ámbito de lo saludable, coadyuvando a construir entornos propicios para la vida.

Desde esta perspectiva (que obliga a mirar más allá de las personas, y comprender los entornos y su relación con las condiciones de vida) se ubica la estrategia de universidades saludables, impulsada por diferentes universidades y redes de cooperación desde comienzos del siglo XXI (como se mencionó en el Capítulo 2). La construcción de universidades saludables se fundamenta en las propuestas sobre entornos saludables de la OMS, en todas sus declaraciones a partir de la

Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986). En las estrategias de intervención en salud, la gobernanza y la participación son dos factores esenciales para considerar.

Sin embargo, el análisis del estado de la cuestión muestra que este campo de estudio es todavía incipiente. Así lo evidencia el escaso número de investigaciones a nivel mundial sobre entornos universitarios saludables. Además, la investigación teórica llevada a cabo ha permitido identificar algunas brechas en este problema de investigación. Por un lado, existe una concepción reduccionista y fragmentada de la salud, como se observa en la alta concentración de los estudios publicados en la población estudiantil; y, principalmente, referidos a las dimensiones física y mental de la salud. Por otro lado, cada universidad implementa sus acciones de acuerdo con sus propios criterios, según los recursos con que cuenta; no siendo posible establecer una articulación ni interna ni externa de las acciones de forma suficiente que garantice el impacto efectivo y sostenible de las acciones. Esta situación devela la necesidad de desarrollar líneas de investigación y de intervención con enfoque integral, que abarquen a toda la comunidad universitaria, en todas sus dimensiones de salud.

Por todo esto, se hace necesario conocer y comprender, en el terreno y desde la voz de los actores implicados, desde qué fundamentos y cómo se han venido desarrollando las intervenciones institucionales en materia de salud, con el fin de aportar nuevos elementos que fortalezcan la construcción de universidades saludables.

En resumen, en este campo de conocimiento, y en relación con este trabajo de investigación, se identifican como relevantes los siguientes aspectos:

- El predominio de una visión reduccionista de la salud, a la hora de construir universidades saludables.
- La ausencia de un marco epistemológico, teórico y metodológico para las universidades como entorno saludable.
- La prevalencia de un enfoque bio-médico en los estudios y las intervenciones evidenciadas desde los estudios realizados.
- La tendencia a implementar acciones desarticuladas y dirigidas, principalmente, hacia la población estudiantil; centradas, mayoritariamente, en la dimensión física y también en la mental.

- La realización de intervenciones basadas en actividades de corto alcance y tiempo sin una sistematicidad ni visión de proceso.
- La escasez de evidencias respecto a la participación y a la gobernanza en las estrategias de universidad saludable.

A partir de lo anterior, para orientar la investigación, surgen dos **preguntas centrales**:

- ¿Qué características, fundamentos, nociones y enfoques se identifican en las acciones enmarcadas dentro de universidades saludables?
- ¿Cuál es el papel de estas universidades saludables en la construcción de entornos saludables que contribuyan a un desarrollo sostenible en las sociedades globales, dinámicas y cambiantes actuales?

### **3.1.1. Objetivos**

Tomando como referencia esas preguntas de investigación se formulan los siguientes objetivos.

#### **Objetivo general**

El objetivo general del trabajo, en línea con las preguntas de investigación, es doble (teórico y aplicado). Por un lado, se pretende analizar las presunciones subyacentes que guían la construcción de universidades saludables. En este sentido, se busca determinar qué son las universidades saludables; qué fundamentos, nociones, enfoques guían sus intervenciones; y cuál es el papel que juegan como agentes de salud en sus entornos para una mejora en el desarrollo y la vida en las sociedades en que se enclavan. Por otro lado, a partir de la reflexión teórica y del análisis de aplicaciones concretas, se busca proponer lineamientos que contribuyan a un mayor impacto en las intervenciones que se implementan en los entornos universitarios saludables.

## **Objetivos Específicos.**

Para dar respuesta a ese objetivo doble, los objetivos específicos del presente trabajo se articulan en dos fases de investigación (Investigación Documental e Investigación Aplicada). Estos objetivos, así como las hipótesis vinculadas a ellos, se enuncian a continuación.

### **FASE I. Investigación Documental**

Esta fase del estudio es de carácter teórico. Los objetivos específicos que se pretenden alcanzar son:

1. Analizar la relación existente entre salud y desarrollo, aportando a la reflexión respecto a la intervención en ambos campos.
2. Identificar los paradigmas de salud y los marcos de referencia que predominan en las acciones del mundo universitario actual, concretando las dimensiones para orientar intervenciones en el ámbito de Universidades Saludables.

### **FASE II. Investigación Aplicada**

Esta fase es de carácter empírico; se concreta en la realización de dos estudios (comparativo y de caso). Los objetivos específicos de cada uno de los estudios se presentan a continuación.

#### *Estudio I. Estudio Comparativo*

1. Describir y contrastar los paradigmas, nociones conceptuales y enfoques de salud y universidad saludable que tienen los actores implicados en las acciones, en función del país donde se ubique la universidad.
2. Analizar y contrastar la valoración que realizan los estudiantes sobre las dimensiones del concepto de salud, en función del país donde se ubique la universidad.

Además, partiendo de la literatura revisada, se formulan las siguientes hipótesis:

### *Hipótesis 1*

Se espera que la dimensión física de la salud sea significativamente la más valorada por el colectivo de estudiantes.

### *Hipótesis 2*

Se espera que las dimensiones ambiental y espiritual de la salud sean significativamente las menos valoradas por el colectivo de estudiantes.

### *Hipótesis 3*

Se esperan diferencias significativas entre las valoraciones del colectivo estudiantil en función de su universidad de procedencia.

### *Hipótesis 4*

Se esperan diferencias significativas entre las valoraciones del colectivo estudiantil en función del país en el que cursan sus estudios.

### *Estudio de Caso: Universidad del Valle*

1. Analizar las nociones de los stakeholders de una universidad saludable sobre salud, y sobre universidad saludable.
2. Conocer las intervenciones que se han desarrollado en una Universidad Saludable que se puedan enmarcar en la estrategia de Universidades Saludables
3. Identificar la articulación de las intervenciones de una Universidad Saludable con los ODS.
4. Indagar el impacto sentido por sus stakeholders sobre las acciones en los entornos de una Universidad Saludable.

Con estos objetivos se pretende identificar y detallar todos los aspectos considerados como significativos para comprender qué es una universidad saludable, sus lógicas, cómo surgieron, de

qué forma se han venido implementando y evaluando las intervenciones. Con esto, a su vez, se pretende aportar a la construcción de los marcos teóricos, epistemológicos y metodológicos de las universidades saludables para su consolidación como campo disciplinar y de intervención futura.

## **3.2. Metodología**

Escoger el paradigma de investigación cuestiona sobre tres aspectos fundamentales al investigador. En primer lugar, está el cuestionamiento *ontológico*, que se refiere a la forma y la naturaleza de la realidad que es posible conocer. En segundo lugar, el cuestionamiento *epistemológico*, referido a la naturaleza del investigador y de su objeto investigado. Por último, el cuestionamiento *metodológico*, que es la forma en que el investigador se acerca a lo que quiere conocer (Forni y De-Grande, 2020). A continuación, se expone cómo se ha respondido a estos cuestionamientos.

### **3.2.1. Consideraciones Ontológicas y Epistemológicas**

Partiendo de la naturaleza del objeto de estudio, la revisión de la literatura recogida en los dos primeros capítulos, y considerando los objetivos señalados en el anterior apartado, el paradigma de investigación que se adopta en este trabajo es el *interpretativo*; más específicamente el *crítico social*. En este sentido, se estima que, para el abordaje de los problemas de investigación social, lo que interesa es el conocimiento sobre los problemas que se estudian, más allá de los métodos.

Desde esta aproximación se defiende la complementariedad de perspectivas del investigador y de los sujetos participantes (González, 2001). Las teorías que emergen son el fruto que el investigador recoge desde la realidad de los participantes. Se asume que la realidad está supeditada al sujeto que la conoce; y que resulta comprensible desde el conocimiento, percepciones, emociones, pensamientos y prácticas particulares de los sujetos. Esa realidad depende de un sujeto cognoscente, influido por una cultura e interacciones sociales particulares. En este paradigma el conocimiento producido no es generalizable como sí ocurre con los positivistas o pos-positivistas. Sin embargo, desde el paradigma crítico social se cuenta con mayor flexibilidad metodológica al posibilitar el diseño y la construcción de forma emergente durante todo el proceso de investigación. El investigador comparte interacciones con los sujetos investigados; y sus valores, así como sus

subjetividades, son parte del proceso de la generación del conocimiento. En cuanto a la validación, esta se da a través del diálogo, la interacción, la vivencia y consensos surgidos de la observación y construcción de sentido compartido (Sandoval, 1996; Charmaz, 2006; Ulin et al., 2006; Cornejo et al., 2016).

En relación con la forma y la naturaleza del objeto investigado se toman en consideración la *epistemología pragmática* (Hamui-Sutton, 2013; Guerrero-Castañeda, do Prado, y Ojeda-Vargas, 2016), apoyándose en el *constructivismo*, el *construccionismo social* y el *interaccionismo simbólico*. Desde el pragmatismo, la investigación y la acción son inseparables (Schaffhauser, 2014). Y se destaca la relevancia central tanto del marco teórico como de las preguntas y el problema a investigar. En otras palabras, gracias al pragmatismo los problemas de investigación son los que rigen las posibilidades de construir apuestas metodológicas novedosas, articuladas para aproximarnos a las realidades sociales. Según (Hernández et al., 2014) el pragmatismo se refiere a utilizar el método más apropiado para un estudio particular.

En nuestro caso, un foco básico de la investigación se centra en la creación y compartición de significados entre los individuos (identificar marcos de referencia; describir y contrastar paradigmas, nociones y enfoques de los actores implicados; o analizar nociones de los stakeholders sobre salud y sobre universidad saludable). En este sentido, se toma en consideración la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, para la que la realidad se crea mediante la interacción de las personas, centrándose en las relaciones dinámicas, su significado y las acciones que las acompañan.

Al hilo de lo anterior, esta investigación busca comprender cómo, a partir de esa creación de significados compartidos, se genera una realidad como la de las universidades saludables. Aquí se toma en consideración las aportaciones tanto del constructivismo como del construccionismo social. El constructivismo sostiene que las personas son las que construyen el conocimiento partiendo de sus experiencias y aprendizajes previos (Hamui-Sutton, 2013). Por su parte el construccionismo se centra en los entramados de significados que circulan en las sociedades a través del lenguaje. Ambas líneas coinciden en aspectos como el desconocimiento de una realidad objetiva. Si bien el constructivismo acepta la existencia de una “materialidad”, a pesar que esta no se pueda develar directamente; el construccionismo plantea la realidad que está conformada por pretensiones en mutua competencia (Agudelo y Estrada, 2012).

Al estudiar cómo las personas construimos la realidad se han expuesto una serie de riesgos (Pérez, 2016), entre ellos la familiaridad con el universo social del que somos parte, la noción neutra del lenguaje y la artificialidad al exponer los hechos sociales. Para afrontarlos se propone la ***vigilancia epistemológica***. Este es un concepto que puede entenderse como habituarse a rectificar constantemente el método seguido, explicando los problemas y principios al moldear el objeto de investigación. Para esta investigación se adoptan algunos elementos de vigilancia epistemológica con el propósito de mantener la rigurosidad y objetividad tanto en la recolección de los datos como en su etapa de análisis; entre estos propósitos resaltan la confrontación permanente de ideas con los sujetos participantes y con personas consideradas expertas en este campo, así como también la lectura de avances de los análisis por parte de pares expertos en los métodos cualitativos.

### **3.3. Diseño de la Investigación**

Diferentes autores (Gómez, 2006; Hernández et al., 2014) coinciden en que el punto de partida, en la construcción del marco metodológico de la investigación, es el estado del conocimiento sobre el problema a investigar, circunscrito en las revisiones de la literatura realizadas, así como la perspectiva con la que se quiera abordar la investigación.

Estudiar la intersubjetividad humana supone incorporar la complejidad al observar, nombrar o renombrar; implica auto reflejarnos como parte de y creadores de lo social (Cornejo et al., 2016).

Necesariamente, cuando nos enfrentamos a problemas concretos (como lo es la promoción de la salud) en entornos específicos (como son los campus universitarios) requerimos de estrategias investigadoras que nos ayuden a acercarnos lo más posible a las realidades que ahí se construyen, con el fin de entenderlas y potenciar las acciones institucionales de la mejor manera. Por esto las metodologías combinadas, flexibles, iterativas como las cualitativas o las que permiten utilizar los datos cuantitativos, son una luz que nos ilumina este denso camino.

En este sentido, y con el fin de desarrollar un estudio coherente que responda a las preguntas de investigación y logre los objetivos formulados -teniendo en cuenta además que el objeto de investigación (las universidades saludables) se considera complejo, dinámico y novedoso- se ha optado por utilizar una metodología mixta. Los métodos cualitativos y los cuantitativos,

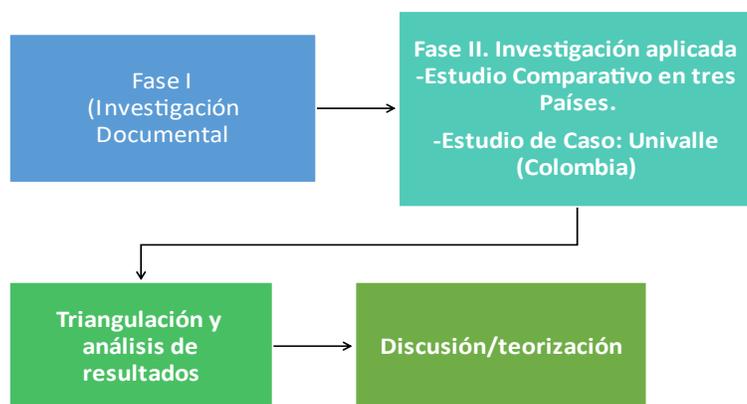
combinados adecuadamente, proporcionan más confiabilidad y validez en los procesos de investigación. No obstante, la combinación de las perspectivas deductiva e inductiva aumenta la complejidad en el proceso, lo que obliga al investigador a tener mayor dinamismo y apertura en su manejo (Gómez, 2006). Se ha de tener en cuenta, también, que la integración de los datos en los métodos mixtos se puede dar en todo el proceso, es decir durante la recolección, el análisis e interpretación.

Al utilizar esta metodología se ha podido ampliar la visión y, a la vez, reducir la complejidad del fenómeno estudiado. La complejidad y amplitud del problema en esta investigación, según los planteamientos de (Stacciarini y Cook, 2015; Hamui-Sutton, 2013), radica en la multiplicidad de actores involucrados, el carácter de la temática que aborda, el tamaño de la población implicada, lo reciente de la estrategia de intervención y la ausencia de un marco teórico que la fundamente

En el diseño de la investigación, como ya se ha indicado al enunciar los objetivos, se plantea un proceso conformado por dos fases. La Fase I es de carácter eminentemente teórico; y la Fase II de carácter aplicado. En estas fases se llevan a cabo tres estudios interconectados (Investigación Documental, Estudio Comparativo y Estudio de Caso), tal como lo muestra la Figura 6.

## Figura 6

*Esquema de los componentes de la investigación*



En la Fase I (teórica) se lleva a cabo una Investigación Documental. Se recopila y analiza la literatura científica central sobre los constructos fundamentales del trabajo. Las búsquedas documentales previas muestran la falta de un marco holístico amplio, así como la gran influencia del enfoque bio-médico o patológico en las universidades saludables. La investigación documental aporta elementos para la construcción de un marco de referencia epistemológico, conceptual, teórico y metodológico, básico para el resto de la investigación. Esta investigación es exploratoria, lo que se considera más ajustado a las características del problema a investigar y a los objetivos específicos formulados, dado que lo que se pretende es buscar, seleccionar y analizar la literatura científica que se ha producido en este campo hasta el momento. Los estudios exploratorios son de gran valor, pues permiten conocer temáticas poco estudiadas o muy novedosas (Hernández et al., 2014; Gómez, 2006); también nos permiten aproximarnos a problemas desconocidos, en este caso un campo incipiente como lo es la promoción de la salud en los entornos universitarios.

En la Fase II (aplicada) se realizan dos estudios, en los que se investigan los espacios naturales (universidades saludables) donde se desenvuelven las acciones y los actores. En el estudio comparativo se analizan siete universidades de tres países (Colombia, México y España) con niveles de desarrollo y contextos desiguales. En el estudio de caso se realiza un examen más profundo y detallado en una universidad saludable, como es la Universidad del Valle de Colombia. Esta Fase se considera tanto exploratoria como descriptiva. Inicialmente, la información recabada permite conocer la naturaleza y características de cada universidad estudiada, detallando y profundizando en los aspectos considerados más relevantes según las pre-categorías definidas.

Posteriormente, ya con los resultados de las dos Fases del estudio, se realizó una integración de los datos para si construir la discusión final y etapa de teorización, que se cierra con las conclusiones de la investigación.

De acuerdo con lo anterior, no resulta fácil determinar el tipo exacto de método mixto utilizado en esta investigación. Sin embargo, siguiendo la perspectiva de (Meissner et al., 2011), se puede decir que por *sincronización* es convergente, en la medida en que tanto la información cualitativa como la cuantitativa se levantan de forma simultánea, guiada por variables y categorías no coincidentes totalmente. Respecto a la *lógica analítica* los datos que se recogen con los dos métodos se integran en la fase de análisis, por cuanto las variables y categorías son distintas para cada método. La

*prioridad* se otorga al método cualitativo. El punto de interfaz se da en la interpretación de los resultados obtenidos con los datos cualitativos y cuantitativos.

La aproximación cualitativa de los estudios se considera iterativa; no es rígida, lo que permite ir y venir en todo el proceso de la investigación. Por esta razón, la definición de las categorías y/o variables se puede hacer desde las revisiones de literatura, o bien estas se identifican o descubren a lo largo del proceso. El investigador puede regresar incluso hasta la formulación del problema y hacer ajustes que se consideren necesarios según el análisis de los datos recabados (Amezcuca y Toro, 2002; Hernández et al., 2014). El componente cuantitativo se considera como no experimental y transversal; es decir, los datos se recogen en un momento y contexto particular, no se hace ningún tipo de manipulación de las variables del estudio, y los instrumentos se aplican para tener una perspectiva de los sujetos respecto al problema de investigación.

A continuación, se detallan cada una de las fases y estudios realizados en la investigación.

### **3.3.1. FASE I. Investigación Documental**

La revisión de la literatura sobre salud y desarrollo no permitía establecer una idea precisa de la relación entre ambos constructos. Por otro lado, la literatura sobre universidades saludables también es difusa sobre las características de este constructo, así como sobre los fundamentos teóricos, epistemológicos y metodológicos que lo sustentan. Combinando ambos aspectos, se planteaba el siguiente problema de investigación: cómo las universidades saludables y, en general, las estrategias de construcción de entornos saludables se ubican respecto a la relación salud-desarrollo y a su evolución. Particularmente, se consideró relevante saber desde qué marcos, paradigmas y dimensiones se ha venido trabajando en este campo de conocimiento.

Al rastrear las intervenciones en salud en diferentes contextos, así como en el análisis de la evolución del concepto de salud, se evidencia una relación fuerte -directa o indirecta- entre las acciones en materia de salud y las nociones de desarrollo imperantes en cada espacio y momento. En las intervenciones de las universidades saludables se observa el predominio del modelo biomédico y epidemiológico, así como la preponderancia de estudios y acciones dirigidas a la

población estudiantil, dejando de lado los demás miembros que componen las comunidades universitarias.

Para responder a este problema de investigación se optó por llevar a cabo una *investigación documental*. Este tipo de investigación resulta útil cuando se requiere nutrir aún más el marco teórico, profundizando desde fuentes secundarias y primarias en algunos aspectos teóricos o metodológicos significativos para una investigación. Para Alfonso (1995) citado por (Gómez, 2010), este tipo de investigación incorpora un proceso científico que requiere una búsqueda, recolección, selección, análisis e interpretación de datos sobre un problema de investigación; permitiendo la construcción de nuevo conocimiento. Lo que aquí se hace es partir de resultados de otros estudios o de reflexiones teóricas generando nuevo conocimiento desde la interpretación de tales fuentes. En síntesis, según (Gómez, 2010), el proceso de investigación documental contiene los siguientes pasos: selección y delimitación del asunto, búsqueda de fuentes de información, organización de la información mediante esquemas conceptuales, análisis e interpretación de los datos, para finalmente redactar el producto del proceso investigativo.

Con este marco de referencia, se plantearon dos revisiones sistemáticas dentro de esta primera fase de la investigación:

- La *revisión sistemática I* tuvo como propósito analizar la relación existente entre salud y desarrollo.
- La *revisión sistemática II* se hizo con el objetivo de identificar los paradigmas de salud y los marcos de referencia que predominan en las acciones del mundo universitario actual, así como las dimensiones sobre las que se centran las intervenciones en las Universidades Saludables.

### **3.3.1.1. Procedimiento**

En estas dos revisiones sistemáticas se siguió la estrategia PICO. Esta surge desde las Ciencias de la Salud (Mamédio et al., 2007) con el fin de afinar los criterios científicos de formulación de un problema de investigación mediante un proceso de cuatro componentes (P: paciente o problema-

*population-*; I: intervención *-intervention-*; C: control o comparación – *comparison-*; y O: resultados esperados *-outcome-*).

Posteriormente, se utilizó el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Moher et al., 2014). Esta herramienta ha sido también un aporte de las Ciencias de la Salud preocupadas por la manera de cómo cruzar diferentes estudios o lo que se conoce como metaanálisis; no obstante, igual que PICO, este método también es muy empleado para diversas revisiones sistemáticas en otros campos, principalmente cuando se abordan intervenciones (Hutton et al., 2016). El método PRISMA consta de cuatro momentos: **identificación**, donde se incluyen todas las publicaciones encontradas en las bases de datos y demás registros que se consideren pertinentes según la pregunta; **cribado** de las publicaciones, que se descartan y aceptan según los criterios definidos; **idoneidad**, donde se seleccionan o excluyen los artículos según el criterio del investigador; **inclusión** de los artículos seleccionados para el análisis cualitativo (interpretación) y cuantitativo (metaanálisis) (Moher et al., 2014).

La construcción del problema y de los objetivos de la revisión sistemática I, adaptando la estrategia PICO, se presenta en la Tabla 4. De esta manera el ámbito/problema de estudio fue la relación directa entre desarrollo y salud; específicamente, se pretendió indagar si con mayores niveles de desarrollo mejoran las dimensiones de la salud de las poblaciones e individuos.

**Tabla 4**

*Formulación de la pregunta según la estrategia PICO (Revisión Sistemática I)*

---

<b>P</b> <b>(Problema)</b>	¿Qué relación hay entre las nociones y modelos de desarrollo con la salud integral de las poblaciones y cómo es posible mejorar los niveles de salud en el mundo? ¿Cuáles son los paradigmas de desarrollo y como se relacionan con los niveles de salud de los países?
<b>I</b> <b>(Intervención)</b>	¿Según las nociones o modelos de desarrollo como se intervienen los problemas que afectan la salud de las poblaciones?
<b>C</b> <b>(Comparación)</b>	Comparar indicadores de desarrollo y salud para determinar su relación con los modelos vigentes
<b>O</b> <b>(Resultado esperado)</b>	Identificar si con mayores niveles de desarrollo mejoran las dimensiones de la salud de las poblaciones e individuos.

---

Para el desarrollo de la búsqueda se utilizó el metabuscador de la biblioteca de la Universidad del Valle, mediante la bitácora de búsqueda (Ver Tabla 5); como horizonte temporal se determinó de 1998 a 2019. Se utilizaron otros filtros de búsqueda como: que fueran publicaciones académicas arbitradas, que el texto completo estuviera disponible y que estuvieran publicados en español, portugués o inglés.

**Tabla 5**

*Bitácora de búsqueda Revisión Sistemática I*

desarrollo y salud		Ti Título ▾
AND ▾	modelos de desarrollo	Seleccione un campo (opcional) ▾
AND ▾	desarrollo sostenible	Seleccione un campo (opcional) ▾
AND ▾	nociones de desarrollo	Seleccione un campo (opcional) ▾
AND ▾	desarrollo alternativo	Seleccione un campo (opcional) ▾
OR ▾	impacto del desarrollo en la salud	Seleccione un campo (opcional) ▾
NOT ▾	psicología del desarrollo	Seleccione un campo (opcional) ▾
NOT ▾	patologías	Seleccione un campo (opcional) ▾

En la segunda revisión sistemática, se construyeron mediante la herramienta PICO las preguntas que orientaron la revisión (Tabla 6).

**Tabla 6**

*Formulación de la pregunta según la estrategia PICO (Revisión Sistemática II)*

<b>P (Problema)</b>	¿Cuáles son los paradigmas, dimensiones y marcos de referencia presentes en las intervenciones en el ámbito de universidades saludables?  ¿Qué nociones de salud subyacen a las intervenciones de universidades saludables?
<b>I (Intervención)</b>	¿Desde cuáles dimensiones y hacia quiénes se dirigen las intervenciones de universidades saludables?
<b>C (Comparación)</b>	Comparar los estudios publicados desde las variables dimensión de la salud y stakeholder implicados en las intervenciones desde universidades saludables
<b>O (Resultado esperado)</b>	Establecer las dimensiones, paradigmas y nociones desde las que se están desarrollando las intervenciones en universidades saludables

Se hicieron dos búsquedas, la primera (Tabla 7) respecto a universidades saludables para la cual se fijó como periodo de tiempo los años de 1998 a 2019; específicamente se recopilaron artículos relacionados con entornos y/o stakeholders universitarios, que permitieran además ser clasificados dentro de las dimensiones holísticas de la salud (física, mental, social, ambiental y espiritual).

### Tabla 7

#### *Bitácora de búsqueda para universidades saludables y promotoras de salud*

Búsqueda Discovery Service para : **Universidad Del Valle - Colombia**

universidad saludable	TX Texto completo ▾
AND ▾ universidad promotora de salud	TX Texto completo ▾
AND ▾ entornos universitarios saludables	TX Texto completo ▾
AND ▾ salud universitaria	TX Texto completo ▾

[Búsqueda básica](#) [Búsqueda avanzada](#) [Historial de búsqueda ▶](#)

---

Dada la falta de universalidad del concepto de salud se consideró necesaria una revisión sobre este constructo para darle marco a las universidades saludables, en este sentido para esta segunda búsqueda se fijó un periodo de publicación entre los años de 2002 a 2018 (Tabla 8). La búsqueda se orientó desde el metabuscador de la biblioteca de la Universidad del Valle en el que se incorporan las principales bases de datos científicas que existen actualmente.

### Tabla 8

#### *Bitácora de búsqueda para el concepto de salud*

concepto de salud	TX Texto completo ▾
AND ▾ nociones de salud	TX Texto completo ▾
AND ▾ dimensiones de salud	TX Texto completo ▾
AND ▾ paradigmas en salud	TX Texto completo ▾

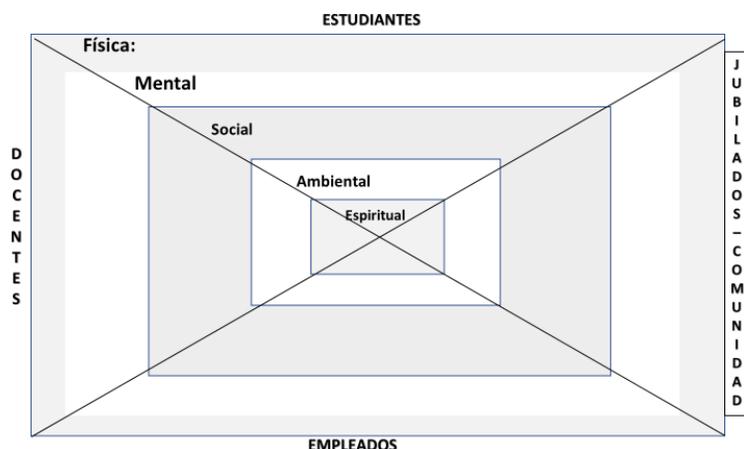
Al concluir el proceso de búsqueda con la bitácora construida según el método PRISMA y habiendo logrado la saturación, se hicieron otras búsquedas complementarias para disponer de un mayor acervo científico. Posteriormente, los documentos preseleccionados se sometieron a un proceso de filtrado con tablas de Excel, hasta llegar a la selección final según el objetivo propuesto.

Para extraer la información y realizar una síntesis sistematizada de la misma se utilizó una matriz de elaboración propia denominada *Matriz de dimensiones y stakeholders*, como se observa en la Figura 7.

**Figura 7**

*Matriz de Stakeholders y dimensiones de la salud*

\*\*



Finalmente, desde el enfoque interpretativo se hizo el análisis de la revisión.

### 3.3.2. FASE II. Investigación Aplicada

En esta fase de la investigación se buscaba aprehender las realidades concretas de las universidades saludables, como entornos de salud donde operan los sujetos. El propósito es determinar los marcos de referencia que guían las intervenciones y aportar elementos que permitan fortalecer dichas acciones, al tiempo que se pueda ir consolidando la promoción de la salud en entornos universitarios como campo disciplinar.

Para ello se desarrollaron dos estudios. El primero fue un *estudio comparativo* entre siete universidades, ubicadas en tres países (España, México y Colombia) con niveles diferentes de desarrollo. El segundo estudio es un *estudio de caso*, en el que se seleccionó a la Universidad del Valle por razones que se describen más adelante.

El estudio comparativo buscó develar los puntos de convergencia y las diferencias que tienen los sujetos y las instituciones de la muestra respecto a las acciones que se llevan a cabo. El estudio de caso profundizó en algunos aspectos relevantes que se encontraron tanto en la fase I como en el estudio comparativo.

### **3.3.2.1. Estudio Comparativo entre Universidades de México, España y Colombia.**

Este estudio indaga sobre cómo se implementan las políticas, programas y proyectos en el marco de las universidades saludables. Se pretende dar respuesta a dos *objetivos específicos*: 1) Describir los paradigmas, nociones conceptuales y enfoques de salud y universidad saludable que tienen los actores implicados en las acciones de las universidades de la muestra. 2) Analizar la valoración que realizan los estudiantes de la muestra sobre las dimensiones del concepto de salud, con el fin de incluir una línea de base incipiente sobre las nociones del concepto de salud.

Además, partiendo de la literatura revisada y del conocimiento acumulado sobre este campo disciplinar, se formularon cuatro *hipótesis*, relacionadas con la importancia que se da a las dimensiones de salud (Hipótesis 1 y 2); y con el contexto en el que se cursan los estudios (Hipótesis 3 y 4).

#### **3.3.2.1.1. Procedimiento**

Para alcanzar los objetivos y contrastar las hipótesis se consideró apropiado usar metodología mixta; y combinar fuentes de información primaria y secundaria, interpelando a diversos actores, desde contextos diferentes.

Para el primero de los objetivos, se consideró -según las características del objeto de estudio, las limitaciones de tiempo y recursos, y el motivo de búsqueda de la información- que el proceso inductivo (del que se valen los métodos cualitativos) era el más adecuado. Además, para el objetivo de este estudio comparativo se requería conocer a las personas y sus interacciones en sus

respectivos ambientes cotidianos de trabajo y estudio, dentro de los campus universitarios. Por dicho motivo se siguió una *aproximación cualitativa*.

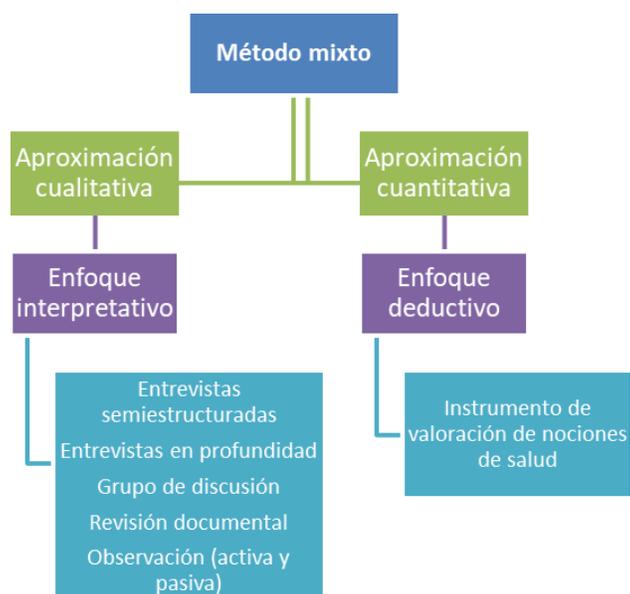
Por su parte, para dar respuesta al segundo objetivo (y contrastar las cuatro hipótesis formuladas) se optó por una *aproximación cuantitativa*. Esto debido a que esta perspectiva posibilita la comparación de datos entre distintas poblaciones, permitiendo establecer significancia y asociación entre variables.

Por lo anterior, y en concordancia con el desarrollo doctoral (del investigador), se realizaron estancias tanto en España como en México con el fin de recabar toda la información posible en las universidades objeto de estudio. Siendo así en España la información se recogió entre el mes de septiembre a diciembre de 2018, en Castellón y en Palma de Mallorca respectivamente. Para el caso de México, esto se hizo entre abril y julio de 2019 en las ciudades de Cuernavaca, Jojutla, Xalapa y Montemorelos. En Colombia, para Univalle el proceso de recogida se extendió desde febrero de 2018 a octubre de 2021. La información correspondiente a la UdeA se levantó entre enero y octubre de 2021.

En la Figura 8 se describe el proceso metodológico que se diseñó para este estudio comparativo.

### Figura 8

*Mapa conceptual del estudio comparativo*



### 3.3.2.1.2. Aproximación Cualitativa

La parte cualitativa del estudio se enfocó en tres tipos de información, obtenida de fuentes primarias y secundarias. Por un lado, en la recopilación e interpretación de los significados simbólicos observables, surgidos de las categorías lingüísticas utilizadas por los sujetos participantes de acuerdo con lo planteado por (Hernández-Sampieri y Mendoza 2018, Gómez, 2006; Ulin et al., 2006; Strauss y Corbin, 2002). Por otro, sobre sus roles, actividades, enfoques, creencias, percepciones, juicios valorativos, conocimientos y aportes en el campo estudiado, partiendo de algunas pre-categorías orientadoras, formuladas como fruto del proceso iterativo de la investigación. Finalmente, para complementar esta información primaria, con el análisis de documentos relacionados con la actividad como universidad saludable de las instituciones de la muestra.

### **Muestra**

El estudio comparativo se realizó entre países que tienen grados de desarrollo económico y social diferentes; de acuerdo al último informe de desarrollo humano publicado en 2020 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *España* ubicado en el puesto 25 del Ranking mundial con un índice de 0,904, considerado de muy alto desarrollo humano; *México* que en este Ranking aparece en el puesto 74 con un índice de 0,779, dentro de los países considerados de alto desarrollo humano; y *Colombia* cuyos niveles de desarrollo humano que en este mismo Ranking ocupó el puesto 83 ubicado también en países de alto desarrollo humano pero con un índice de 0,767<sup>8</sup>. Con este criterio se espera observar los avances de las universidades auto reconocidas como saludables según sus normas internas y contextos específicos, para de esta manera comprender el objeto de estudio.

Con lo anterior las universidades que se incluyeron en la muestra fueron:

- España: Universidad Jaume I de Castellón (UJI); Universidad de Islas Baleares (UIB)

---

<sup>8</sup> Información recuperada de:

<https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips?leadSource=verify%20wall#xj4y7vzkg>



- México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM); Universidad Veracruzana (UV) y Universidad de Morelos (UM)
- Colombia: Universidad del Valle (Univalle); Universidad de Antioquia (UdeA).

Así mismo, esta muestra de universidades de los tres países se eligió con base en los siguientes criterios:

- Por su impacto regional
- Por estar implementando las estrategias de universidades saludables (ya sea con intención explícita en sus documentos institucionales como planes de desarrollo institucional o con actos administrativos de menor alcance)
- Por su importancia dentro del País
- Por su carácter de pública (a excepción de MM la cual se incluyó dada su especificidad como universidad de corte confesional)
- Porque todas pertenecen a las redes nacionales de Universidades Promotoras de Salud (REUS-España; REMUPS-México; REDCUPS-Colombia) y
- Porque todas tienen carácter de afiliadas a la RIUPS

Considerando que en los estudios cualitativos no se calculan las muestras con parámetros estadísticos, ya que su validez es más interna que externa, en la Tabla 9 se especifican los *sujetos participantes* de cada una de las universidades que fueron incluidas en la muestra institucional. Se seleccionaron por ser directivos y/o profesionales responsables de programas, proyectos o servicios de universidad saludable con conocimiento suficiente sobre las estrategias de universidad saludable y sobre los marcos desde los que se impulsan las acciones en las redes de cooperación

**Tabla 9**

*Universidades y sujetos incluidos en la muestra cualitativa*

<b>UNIVERSIDADES POR PAÍSES</b>		
<b>México</b>		
<b>Universidad Autónoma del Estado de Morelos</b>	<b>Universidad Veracruzana</b>	<b>Universidad Monte Morelos</b>
– Profesional del comité directivo de universidad saludable: <b>1</b>	– Profesionales de áreas asociadas a universidad saludable: <b>3</b>	– Profesionales directivos de la política de universidad saludable: <b>3</b>
– Profesionales a cargo de áreas asociadas a la promoción de la salud: <b>2</b>	– Profesional directivo de la política de universidad saludable: <b>1</b>	– Docente de la institución de área asociada a la promoción de la salud: <b>1</b>
– Directivas universitarias: Equipo de estudiantes voluntarios de universidad saludable: <b>10</b>		
<b>Colombia</b>		
<b>Universidad del Valle</b>	<b>Universidad de Antioquia</b>	
– Profesionales de áreas directivas asociadas a la promoción de la salud Profesionales vinculados al comité gestor de universidad saludable: <b>2</b>	– Profesionales relacionados con la estrategia de universidad saludable: <b>3</b>	
<b>España</b>		
<b>Universidad Jaume I</b>	<b>Universidad de Islas Baleares</b>	
– Profesionales vinculados al vicerrectorado de campus saludable: <b>4</b> (incluido el Vicerrector).	– Directivo responsable de la política de campus saludable: <b>1</b>	
– Profesional a cargo del programa universidad saludable: <b>1</b>	– Profesionales de las áreas asociadas a universidad saludable: <b>4</b>	

### **Pre-categorías**

En los protocolos de la investigación cualitativa existe discordancia sobre el momento en el cual se deben formular las categorías de análisis, en este proceso inciden diversos aspectos, como las características del objeto de estudio, el conocimiento previo que se tenga de él, las revisiones de literatura existentes y lo que se pretenda encontrar en la investigación.

Siendo así, en esta investigación se configuraron cinco pre-categorías gruesas con el fin de conducir las búsquedas por los asuntos considerados como significativos desde la investigación documental realizada y las demás revisiones de literatura previas; así como por el conocimiento de base que

tenía el investigador sobre este campo y los lineamientos de las redes de cooperación de universidades saludables. En la Tabla 10 se encuentran tales pre-categorías con sus respectivas definiciones. Se consideraron como pre-categorías dado que no se disponía de un marco teórico de referencia. Por tanto, el proceso cualitativo se abordó desde un enfoque inductivo, con el que se esperaba validar, reforzar, reformular o rechazar estas pre-categorías.

**Tabla 10**

*Definición operacional y aspectos para considerar de las pre-categorías*

<b>Pre-Categorías</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Aspectos para considerar</b>
<i>Enfoques, alcances de universidad saludable (Univalle, UEM, UV, MM, UJI, UIB)</i>	Conocimientos, opiniones, experiencias y valoración que tienen los responsables de implementar las acciones de universidad saludable sobre los aspectos que dan fundamento al proceso llevado a cabo y cada uno de los aspectos considerados como relevantes del mismo.	Surgimiento de la estrategia en la universidad, paradigmas, enfoques, problemas, debilidades, fortalezas, impactos, articulaciones internas y externas, desafíos.
<i>Tipos y niveles de intervención presentes en Universidad Saludable</i>	Cada una de las formas de acción que implementan las universidades en el marco de universidad saludable.	Planes, programas, proyectos, objetivos, estrategias, evaluación y monitoreo de acciones.
<i>Gobernanza y Participación de Universidad Saludable</i>	Conocimiento y opiniones de los stakeholders universitarios sobre los aspectos de la gobernanza según el MAG propuesto por (HUFTY).  Formas y características de la participación según los criterios propuestos por (MERHI)	Importancia otorgada por los sujetos participantes de las universidades de la muestra sobre las responsabilidades institucionales desplegadas
<i>Importancia de Redes de cooperación de universidades saludables</i>	Nivel de conocimiento, valoración y participación en los procesos realizados por las diferentes redes interuniversitarias de universidades saludables.	Apropiación y dinámica de trabajo con las redes de universidades saludables.
<i>Lineamientos para la intervención en universidades saludables</i>	Aspectos de fundamentación y de forma para incorporar en las intervenciones de universidades saludable que permitan potencializar la estrategia y sus impactos	Marco referencial para el diseño, implementación y evolución de las acciones de universidad saludable

## **Técnicas de Recolección de Información**

Teniendo en cuenta la amplia gama de técnicas para recopilar la información desde los métodos cualitativos, se seleccionaron en este estudio las *entrevistas semiestructuradas*, *entrevistas a profundidad*, *grupo de discusión*, *revisión documental* y la *observación*; todas ellas considerando que ofrecen la mayor posibilidad de recolección de datos de los sujetos en sus espacios naturales.

A continuación, se describen las particularidades de cada técnica empleada:

### **Entrevistas Semiestructuradas**

Estas entrevistas fueron realizadas en los espacios laborales de cada uno de los participantes, con cita previa y utilizando la estrategia de “bola de nieve” en algunos casos y de “oportunismo en otros”, es decir una vez relacionado con el contacto clave de cada universidad se fueron seleccionando las personas a entrevistar tanto por su relevancia administrativa como importancia dentro de las acciones de universidad saludable. Algunas de las entrevistas en Colombia, por cruzarse con la coyuntura derivada de la pandemia de COVID-19<sup>9</sup>, se realizaron por medios virtuales (zoom y meet).

Para estas entrevistas se utilizó una guía diseñada *ad hoc* a partir de las pre-categorías de este estudio, la cual se manejó de forma flexible por parte del entrevistador; así, de acuerdo a cada entrevista, se hizo énfasis en aspectos significativos o emergentes (Apéndice 3).

Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a miembros directivos institucionales y a profesionales responsables de programas, proyectos o servicios de universidad saludable.

---

<sup>9</sup> Desde febrero de 2020 se configuró en el mundo, la pandemia del virus COVID-19, la cual ha obligado a los estados a implementar acciones que en su mayoría restringen la presencialidad en los espacios académicos y laborales.



### **Entrevistas a Profundidad**

A algunos sujetos relevantes en las instituciones, debido a su participación directa con las intervenciones de universidad saludable, se les entrevistó en profundidad. Con estas entrevistas se buscaba la mayor cantidad de información posible respecto a las experiencias, conocimientos, valoraciones, logros y limitaciones en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de universidad saludable. Se realizaron 5 entrevistas, a los miembros fundadores y gestores institucionales de universidad saludable y al presidente de la RMUPS por ser además el gestor de universidad saludable en la Universidad Veracruzana (incluida en la muestra).

En estas entrevistas se desarrollaron las preguntas de forma amplia de acuerdo a las pre-categorías centrales del estudio, de tal manera que los sujetos pudieron ampliar sus respuestas según las experiencias y conocimientos acumulados, aportando además, reflexiones e impresiones diversas que enriquecieron la investigación.

### **Grupo de Discusión**

Como parte de la estancia doctoral realizada en México, particularmente en la UAEM, Escuela de Estudios Superiores del Jicarero en Jojutla (Cuernavaca), fue posible llevar a cabo un grupo de discusión con 10 estudiantes de diferentes programas académicos que conformaban el colectivo de voluntarios de universidad saludable en ese momento. La discusión se orientó mediante una guía preestablecida según las pre-categorías exploradas (Apéndice 4).

### **Revisión Documental**

Esta técnica se realizó mediante el seguimiento de una guía diseñada *ad hoc* (Apéndice 5), con el fin de hacer una clasificación rigurosa de documentos institucionales tanto físicos como digitales que fueron aportados por algunos de los sujetos participantes o fueron encontrados en búsquedas a través de las páginas web de cada universidad de la muestra.

### **Observación (pasiva)**

Dentro de este estudio y como se mencionó líneas atrás, se incluyeron dos estancias, una en España y otra en México. En ambos momentos se tuvo la posibilidad de realizar observaciones pasivas en

algunos espacios que en los campus se articulan a universidad saludable, entre ellos instalaciones físicas para el desarrollo de actividades culturales, deportivas, recreativas, de alimentación, de interacción social, entre otros. También se pudo estar en calidad de observador en la realización de actividades agendadas desde el programa de universidad saludable en todas las universidades de la muestra, a excepción de la UdeA, por las limitaciones propias del periodo de pandemia. En el caso de México, en la UEAM-Jicarero fue posible adelantar una interacción más activa en espacios convocados dentro del programa de universidad saludable, entre ellos la celebración del día de la actividad física, el cierre de los cursos de formación integral, conferencia y conversatorio con miembros de la comunidad académica, la preparación de alimentación saludable y algunos espacios extracurriculares de integración con directivos, empleados y docentes.

### **Análisis de la información**

Los datos recogidos fueron grabados en el caso de las entrevistas y el grupo de discusión. Posteriormente, fueron digitalizados e incorporados al software ATLAS ti versión 9.0, en el cual además se incluyeron las bitácoras de observación con fotos y videos de las actividades; para efectos del análisis posterior. Mediante el proceso sistemático propio de la teoría fundamentada (Figura 9) y con el uso de todas las herramientas del software como la nube de palabras, etiquetado y codificación, construcción de memorandos, elaboración de tablas de co-ocurrencia, de redes de relaciones y de mapas conceptuales se construyeron las categorías hasta que emergieron las que se consideraron nucleares y, finalmente, la que se consideró central. Con todo este análisis se realizó la etapa de teorización. Esta teorización se trianguló con todos los demás resultados de la investigación (Fases I y II) para orientar así la discusión final y las conclusiones de la investigación.

La Teoría Fundamentada o Grounded Theory como se le conoce en inglés, constituye un método de investigación cualitativa muy generalizado en diversas disciplinas tanto de las Ciencias Sociales como de las Ciencias de la Salud y de otra gran gama de áreas de estudio. Este método fue formulado originalmente por los sociólogos, Barney Glaser y Anselm Strauss (Glaser, 1978, 1992; Glaser y Strauss, 1967; Strauss, 1987, como se citó en Strauss y Corbin, 2002). Aunque sobre su origen existen desacuerdos (Amezcuca y Toro 2002; Figueiredo Dias et al., 2019).

Dentro de las fortalezas que se identifican en la Teoría Fundamentada (Amezcuea y Toro, 2002; Simons, 2009; Hamui-Sutton, 2013; Hernández et al., 2014; Nocetti y Contreras, 2016; Guedes dos Santos et al., 2018; Viola y Tamás, 2018; Figueiredo Dias et al., 2019; De la Espriella y Gómez, 2020); se resaltan las siguientes:

- Es un modelo abierto que permite explorar procesos adicionales para refinar el estudio
- Permite interpretar fenómenos complejos
- Hay evidencia de gran cantidad de trabajos con este método tanto en campos sociales como en otras ciencias
- Sin importar la etapa de la investigación se hacen preguntas y se comparan resultados
- Hace referencia a la construcción de una nueva teoría originada de datos recaudados de forma sistemática y analizados mediante un proceso de investigación

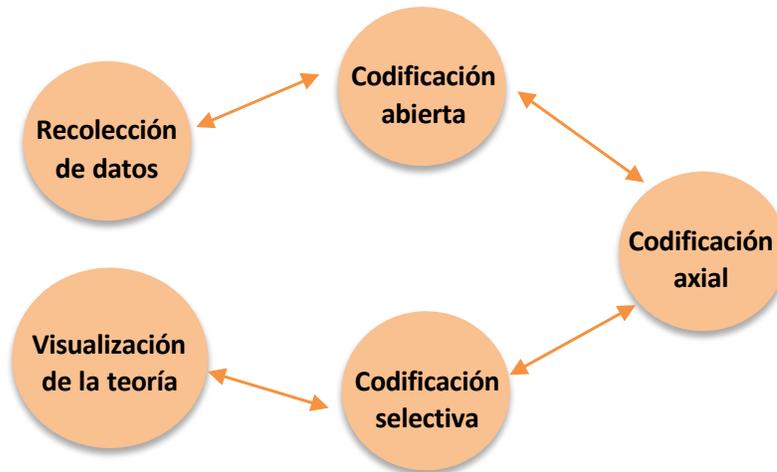
En la Teoría Fundamentada la teoría se deriva de manera inductiva de la comprensión del fenómeno al que representa, Glaser y Strauss (1967 como se citó en Amezcuea y Toro, 2002 y Ulin et al., 2006). Además, no se toman marcos teóricos preestablecidos como comprobados o ineludibles para aplicarlos a datos. El proceso se desarrolla a la inversa, se parte de los datos y su interrogación respectiva para llegar por medio de preguntas a una nueva teoría.

Diversos autores coinciden en esta perspectiva propuesta por Glaser y Strauss, agregando que no solo se configuran teorías desde los datos, sino conceptos, hipótesis, preguntas, entre otras (Amezcuea y Toro, 2002; Viola y Tamás, 2018). La teoría emerge de la elevación (abstracción) según los pasos propuestos por este método y de la integración conceptual que realiza el investigador, adquiriendo poder explicativo (Glaser, 2002 como se citó en Viola y Tamás, 2018).

El proceso sistemático desprendido de las ideas originales de Strauss, Glaser, Corbin, Charmaz, entre otros autores, coinciden en que los aspectos generales de la Teoría Fundamentada (Figura 9) son los requeridos para el proceso de investigación y construcción de teoría, obviamente con las diferencias que los autores defienden desde sus perspectivas.

**Figura 9**

*Proceso de un diseño sistemático desde la Teoría Fundamentalada*



### 3.3.2.1.3. Aproximación Cuantitativa

Para dar respuesta al segundo objetivo específico (Analizar la valoración que realizan los estudiantes de la muestra sobre las dimensiones del concepto de salud) se realizó un estudio de campo no probabilístico a estudiantes de las universidades de la muestra. El objetivo era conocer cómo conciben los estudiantes la salud, desde las valoraciones que hacen de sus dimensiones. Se busca identificar las construcciones que de lo saludable tiene el colectivo más representativo y sobre el que más acciones de salud se emprenden. Esta información ofrece directrices para diseñar e implementar acciones más ajustadas a las necesidades y representaciones de este colectivo.

Las cuatro hipótesis contrastadas fueron las siguientes:

*H1.* Se espera que la dimensión física de la salud sea significativamente la más valorada por el colectivo de estudiantes.

*H2.* Se espera que las dimensiones ambiental y espiritual de la salud sean significativamente las menos valoradas por el colectivo de estudiantes.

*H3.* Se esperan diferencias significativas entre las valoraciones del colectivo estudiantil en función de su universidad de procedencia.

*H4.* Se esperan diferencias significativas entre las valoraciones del colectivo estudiantil en función del país en el que cursan sus estudios.

### **Muestra**

La muestra estuvo conformada por 117 estudiantes. En la (Tabla 11) se indica la muestra distribuida en función de las universidades seleccionadas para el estudio. Como se observa, no existen datos de dos universidades: la UIB en España y la UdeA en Colombia. La coyuntura social generada por la COVID-19 impidió la recolección de esta información en dichas universidades.

Hacer esta aproximación aunque no se puedan generalizar los resultados, nos da la posibilidad de identificar las construcciones que tienen sobre lo saludable los stakeholders más representativos de las universidades y a quienes como ya se evidenció se dirigen la mayoría de las intervenciones institucionales; lo cual a su vez puede abrir una línea de investigación futura que nutra los referentes con los que se diseñan e implementan las acciones en este ámbito. En la Tabla 11 se aprecia la muestra de estudiantes que participó por cada una de las universidades participantes en el estudio.

**Tabla 11**

*Muestra no probabilística en universidades de tres países*

<b>Muestra de universidades</b>	<b>UNIVALLE</b>	<b>UdeA</b>	<b>UJI</b>	<b>UIB</b>	<b>UAEM</b>	<b>UV</b>	<b>MM</b>	<b>Total</b>
Estudiantes que participaron	45	0	24	0	21	18	9	<b>117</b>
<b>Muestra de Países</b>	<b>Colombia</b>		<b>España</b>		<b>México</b>			<b>Total</b>
<b>Estudiantes que participaron</b>	45		24		48			<b>117</b>

Para tener mayor número de datos se aplicó en la Universidad del Valle a 11 estudiantes de la Sede Zarzal, a 19 del programa de Trabajo Social (Sede Meléndez) y a 15 de la Facultad de Ingeniería (Sede Meléndez).

## **Instrumento de Valoración de Nociones de Salud**

Para recoger la información se diseñó *ad hoc* la *Escala para identificar nociones sobre el concepto de salud*. Esta escala se basa en otros instrumentos de medición en el campo psico-social, ya que se carece de un instrumento validado y probado que recoja todas las dimensiones de salud consideradas en este trabajo. Se puede consultar en el Apéndice 6.

Para elaborar dicha escala, en primer lugar, se formuló el objetivo de la medición. Posteriormente, se redactaron cinco preguntas por cada dimensión. Se hicieron dos pruebas piloto con estudiantes de Univalle. Al evaluar estos pilotos y haciendo uso del principio de parsimonia (tal como lo indican la teoría clásica de los test y la teoría de respuesta al ítem) se optó por seleccionar tres ítems por dimensión.

Dicho instrumento se diseñó a manera exploratoria para uno de los colectivos universitarios, de ahí que no se realizó a rigor un análisis de fiabilidad estadística, ni la validez de contenido tal como se requiere en este tipo de instrumentos. No obstante, se consideró relevante asegurar la validez de constructo de forma rigurosa, pues esta permite mediante una valoración de expertos, asegurar que el instrumento mida lo que se quiere para los objetivos del estudio y que la calidad de los ítems lo haga entendible para cada uno de los contextos en los que se ubican los sujetos. De la misma forma, considerando que los jueces expertos que evaluaron el constructo previamente contemplaron todas las dimensiones de la salud, incluso se les solicitó incorporar ítems o elementos no contemplados en el instrumento, si se busca en esta medida una aproximación a la validez de contenido.

A continuación, se describe el procedimiento para asegurar la validez de constructo en la construcción de los ítems, en el cual se usó la técnica de evaluación por jueces o expertos (Contreras, 2015; Hurtado, 2012)<sup>10</sup>. Así, se seleccionaron tres (3) jueces o expertos, uno de cada país en donde se aplicaría el instrumento (España, México y Colombia). Los criterios de selección fueron: profesionales docentes con formación pre y/o posgradual en áreas relacionadas con lo saludable, que participaran en los programas de Universidad Saludable durante más de dos años y con presencia activa en las Redes de Cooperación. A cada una se le envió la carta de instrucciones (Apéndice 7), con los formatos, en los cuáles se evaluaron tanto la congruencia de los ítems con el concepto como la calidad lingüística (sintaxis, semántica) de cada uno. Esto último resultaba

---

<sup>10</sup> Recuperado de: <https://educapuntos.blogspot.com/2015/03/validez-y-confiabilidad-ejemplos.html>

necesario teniendo en cuenta las diferencias de los tres contextos (como evidencia, en los archivos de la investigación reposan los formatos firmados respectivamente).

Como resultado de este proceso de validación del instrumento, al tabular las calificaciones de los jueces o expertos se obtuvo un índice de validez de 0,93; un índice de claridad de 1,0; y un índice de validez del constructo de 0,97. De acuerdo con (Hurtado, 2012) si este último índice es superior a 0,70 se considera positivo. En nuestro caso, la validez de constructo del instrumento elaborado es muy alta; por lo que puede utilizarse en la recolección de información según lo que se pretende medir.

La escala de medición usada es ordinal ipsativa. Al responder al instrumento, conformado por 15 ítems, la tarea de los sujetos es ordenarlos jerárquicamente según la importancia que ellos les otorgan.

Finalmente, la aplicación de este instrumento en cada uno de los grupos muestreados se hizo por medio de la estrategia de cuestionario autoadministrado por grupos, de esta manera se realizó tanto para Univalle, como para la, la UAEM y la Veracruzana, en el caso de la UdeA, Montemorelos y la UJI, fue posible hacerlo a través de la herramienta cuestionario de Google, donde cada sujeto de la muestra respondió individualmente.

### **Variables para identificar las nociones sobre salud**

Las variables que se recogen en la *Escala para identificar nociones sobre el concepto de salud* fueron tres:

- *Universidad a la que pertenece el estudiante.* Esta información se recoge a través de un ítem de respuesta abierta, y permite clasificar a la muestra según su universidad de procedencia.
- *País en el que se ubica la Universidad.* Esta información se recoge a través de un ítem de respuesta abierta, y permite conocer el país en el que se encuentra ubicada la Universidad.
- *Dimensiones holísticas de salud.* Se trata de cinco dimensiones, que aparecen detalladas en la (Tabla 12). La información se recoge en 15 ítems (3 ítems por cada una de las 5 dimensiones).

**Tabla 12**

*Descripción de la variable Salud con Definición operacional e ítems para evaluar*

<b>Variab</b> les	<b>Definición operacional</b>	<b>Ítems y escala de respuesta</b>
<i>Dimensión física</i>	Valores que los stakeholders les dan a las preguntas de la dimensión física en el instrumento aplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Visitar al médico al menos una vez al año (4)</li> <li>– Hacer actividad física con frecuencia (9)</li> <li>– Alimentarme balanceadamente (11)</li> </ul>
<i>Dimensión mental</i>	Valores que los stakeholders les dan a las preguntas de la dimensión mental en el instrumento aplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Controlar mis emociones siempre (1)</li> <li>– Amar a las personas que me rodean (6)</li> <li>– Sentirme bien en todo momento (14)</li> </ul>
<i>Dimensión social</i>	Valores que los stakeholders les dan a las preguntas de la dimensión social en el instrumento aplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Respetar las normas de convivencia (2)</li> <li>– Ser solidario con los que me necesitan (10)</li> <li>– Resolver mis conflictos por medio del diálogo (13)</li> </ul>
<i>Dimensión ambiental</i>	Valores que los stakeholders les dan a las preguntas de la dimensión ambiental en el instrumento aplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Cuidar y proteger la naturaleza (5)</li> <li>– Protegerme de los factores ambientales (sol, lluvia, humo, virus, ruido) (7)</li> <li>– No contaminar el entorno en el que vivo (12)</li> </ul>
<i>Dimensión espiritual</i>	Valores que los stakeholders les dan a las preguntas de la dimensión espiritual en el instrumento aplicado	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estar bien con Dios o con otro ser Superior (3)</li> <li>– Sentirme en armonía con todo lo que me rodea (8)</li> <li>– Sentirme en paz con la vida (15)</li> </ul>

### **Análisis estadístico**

Como ya se ha indicado, la escala de medición usada es ordinal ipsativa; además, si bien el tamaño total de la muestra es aceptable (N=117), el de la mayoría de los grupos muestrales es pequeño

( $n < 30$  en la mayoría de los casos). Esto ha supuesto que para el contraste de algunas hipótesis se cumpliera con los requisitos paramétricos (hipótesis H1 y H2), mientras que para otras se tuvieron que utilizar contrastes no paramétricos (hipótesis H3 y H4).

A la hora de realizar los análisis estadísticos se han seguido una serie de pasos (Bisquerra, 1989). El primer paso se ha centrado en depurar los datos, para corregir posibles errores generados en su introducción. El segundo paso ha consistido en reducir los ítems (15) en las Dimensiones de salud (5), para lo cual se ha realizado un cálculo del promedio. A continuación, se ha efectuado un análisis exploratorio de las variables (Dimensiones, Universidad y País), utilizando estadística descriptiva univariable. En el cuarto paso se han calculado los coeficientes de correlación entre las Dimensiones, utilizando estadística bivariada (rho de spearman). En el quinto paso se ha procedido a contrastar las hipótesis formuladas; se han aplicado tanto técnicas paramétricas como no paramétricas de análisis univariado confirmatorio.

En las hipótesis H1 y H2 el objetivo es contrastar si existen diferencias significativas en la valoración que el colectivo de estudiantes realiza de las Dimensiones de Salud. Se trabaja con el conjunto de la muestra y con el promedio de las puntuaciones en cada dimensión. Así pues, se realiza un contraste paramétrico sobre medidas de posición, utilizando la prueba T de Student. En las Hipótesis H3 y H4 se busca contrastar la existencia de diferencias intergrupales significativas que dependen del efecto del contexto (universidad y país). En este caso, se ha usado el método estadístico del análisis de la varianza (ANOVA). Al tratarse de contrastes de diferencias entre muestras independientes entre más de dos grupos, y teniendo que aplicar estadística no paramétrica, se ha optado por utilizar la prueba de Kruskal-Wallis, considerada la más eficiente para estos análisis (Jiménez, López-Barajas y Pérez, 1987).

En la realización de estos análisis estadísticos se ha hecho uso del paquete estadístico SPSS 28.0.0.0.

Para la discusión final de la investigación, en la etapa interpretativa, este insumo fue parte de la triangulación con los demás resultados obtenidos en todo el proceso metodológico.

### 3.3.2.2. Estudio de Caso (Universidad del Valle)

La construcción de este caso de estudio tuvo como finalidad profundizar con más detalle en una universidad que viene apostando a ser saludable y ha incorporado esta estrategia en sus planes de desarrollo institucional. El estudio de caso pretende dar respuesta a cuatro *objetivos específicos*: 1) Analizar las nociones de los principales stakeholders de una Universidad Saludable sobre salud y sobre US. 2) Caracterizar las intervenciones que se han desarrollado en una Universidad Saludable. 3) Identificar la articulación de las intervenciones de una Universidad Saludable con los ODS. 4) Indagar el impacto sentido por sus stakeholders sobre las acciones en los entornos de una Universidad Saludable.

Se seleccionó como caso de estudio dentro de las universidades de la muestra a la Universidad del Valle de Cali-Colombia por ser una Institución de Educación Superior de carácter público, catalogada dentro de las cinco primeras de Colombia, por su tamaño, tradición e impacto regional y además teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Está ubicada en el departamento del Valle del Cauca, segundo territorio en Colombia por su población y desarrollo socioeconómico.
- Cuenta con 11 campus, dos en la ciudad de Cali (Meléndez, San Fernando), ocho en municipios del Valle del Cauca (Buenaventura, Yumbo, Palmira, Buga, Tuluá, Zarzal, Caicedonia, Cartago) y 1 en el Departamento del Cauca (Santander de Quilichao).
- Su población estudiantil es de 30.089 estudiantes (18.778 en las Sedes de Cali, 11.301 en las sedes Regionales)<sup>4</sup>
- En su plan de desarrollo institucional (PDI) 2015 – 2025, estableció como una de sus estrategias la universidad saludable, refrendado en el plan programático 2017-2020, con programas y acciones específicas.
- Pertenece a la REDCUPS y también está en condición de afiliada a la RIUPS.

---

<sup>4</sup> Datos correspondientes al semestre II de 2018, recuperados de la página oficial de la Universidad del Valle.

### **3.3.2.2.1. Procedimiento**

Para responder a dichos objetivos y contrastar la hipótesis formulada se optó por usar metodología cualitativa. Se contó con dos fuentes de información. Por una parte, se trabajó la parte documental, sobre la historia y la descripción de la implementación de acciones de universidad saludable desde el año 2013 al 2019. Por otra, se consultó a los stakeholders universitarios sobre las variables y categorías definidas.

El conocimiento recopilado a través de estas dos fuentes de información sirve para hacer una exposición amplia y suficiente (Simons, 2009), que propicia entender de qué forma se ha ido construyendo la política y las acciones particulares de una universidad saludable como Univalle. También, permite develar cuáles son los fundamentos que la soportan, con qué mecanismos se ha puesto en marcha, cómo es percibida y valorada por las poblaciones a las que involucra, cuál es su importancia dentro del entramado institucional, y cuáles son las perspectivas de cara a impactar efectivamente los entornos de la universidad.

Conociendo las dinámicas propias de la universidad y por las características interpretativas en los estudios de caso se tuvieron en cuenta consideraciones éticas como: negociación con los actores personales, colaboración entre participantes, confidencialidad para los informantes y/o participantes, imparcialidad sobre la diversidad de puntos de vista, percepciones o sesgos, equidad, entre otros, (L.A.C.E, 2013; Simons, 2009).

En la Figura 10 se describe el proceso metodológico que se diseñó para este estudio de caso.

## Figura 10

### Mapa conceptual del estudio de caso



### Muestra

Para la consolidación del caso se entrevistó en profundidad a dos fundadores o impulsores de universidad saludable; uno (Médico) funcionario perteneciente al SMU y a una profesora (Enfermera) de la Facultad de Salud (actual líderes responsables de la construcción de la política e implementación del programa de universidad saludable).

Así mismo, y ante la brecha de conocimiento identificada a lo largo de este estudio sobre intervenciones con otros stakeholders de la comunidad universitaria no estudiantes, se realizaron cuatro entrevistas a profundidad a personas consideradas informantes claves por su tiempo de vinculación y compromiso activo con agremiaciones y con las actividades de Bienestar, de cada uno de los estamentos; se incluyeron:

- Un profesor de la Sede Pacífico (Buenaventura), con más de 20 años de experiencia docente en Programas como Trabajo Social, Administración de Empresas, Contaduría, entre otros;
- Un funcionario (empleado) que lidera el componente cultural de la Universidad (egresado de esta) y articulador de acciones de Bienestar con todos los estamentos y dependencias, con más de 20 años en estas funciones;

- Una trabajadora oficial del equipo de servicios de aseo, con más de 20 años de experiencia de actividad laboral y sindical; y
- Una trabajadora de la categoría de pensionados y jubilados, quién lleva aproximadamente cuatro años por fuera del personal activo de la Universidad, donde se desempeñó como trabajadora oficial en servicios de aseo y perteneció activamente a la actividad sindical.

Se realizaron tres grupos de discusión con estudiantes de diferentes programas y diferentes Sedes, así:

- Un grupo con 15 estudiantes de la Sede Meléndez, pertenecientes a diferentes programas de la Facultad de Ingeniería (semestres del 1 al 4).
- Un grupo con 15 estudiantes de la Sede Meléndez, pertenecientes a los semestres superiores del Programa de Trabajo Social.
- Un grupo de discusión mixto (9 estudiantes, 3 funcionarios y 3 docentes), pertenecientes a la Sede Regional de Zarzal.

### **Categorías**

Las categorías de este estudio de caso coinciden en su mayoría con las pre-categorías definidas para el estudio comparativo de tres países. Ahora bien, en este estudio se determinan las que se consideran relevantes tras el conocimiento previo obtenido en fases anteriores de la investigación. Además, se centran específicamente en los contextos de la Univalle. En la Tabla 13 se detallan cada una de las categorías con su respectiva definición operacional.

**Tabla 13**

*Descripción por categorías*

---

<b>Categorías</b>	<b>Descripción operacional</b>
<i>Nociones sobre el concepto de salud y de universidad saludable en Univalle</i>	Elementos relevantes sobre la forma en que los stakeholders de Univalle definen tanto salud como universidad saludable
<i>Enfoques, alcances y componentes de universidad saludable en Univalle</i>	Opiniones, experiencias y valoración que tienen los stakeholders y los responsables de implementar las acciones de universidad saludable sobre el proceso llevado a cabo y cada uno de los aspectos relevantes del mismo
<i>Conocimiento y valoración de los stakeholders sobre universidad saludable en Univalle</i>	Nivel de conocimiento, valoración y participación que tienen los miembros de la comunidad universitaria sobre las intervenciones en universidad saludable
<i>Participación y gobernanza de Universidad Saludable en Univalle</i>	Conocimiento y opiniones de los stakeholders de Univalle según los componentes del MAG de HUFTY para gobernanza; así como de los procesos participativos presentes desarrollados según las variables propuestas por MERHI.
<i>Importancia de Redes de cooperación de universidades saludables para Univalle</i>	Nivel de conocimiento, valoración y participación en los procesos realizados por las diferentes redes interuniversitarias de universidades saludables

---

**Técnicas de Recolección de Información.**

Las técnicas de recolección cualitativas utilizadas en el estudio de caso fueron las siguientes.

**Revisión Documental**

Con esta técnica se recaudaron documentos institucionales tales como: informes de actividades, normativas institucionales, informes de gestión, rendiciones de cuentas de las directivas, cartillas, comunicaciones organizacionales tanto difundidas virtualmente como en físico, planes institucionales (plan estratégico de desarrollo 2015-2025, Plan ajustado 2017-2020, informes de gestión de la Vicerrectoría de Bienestar años 2013 a 2019 entre otros, que son de uso público por

parte de la Universidad. Con ayuda de la guía de análisis documental (Apéndice 5) se orientó tanto el análisis como la interpretación de todos los documentos seleccionados.

En este estudio de caso, se hizo uso también de la matriz de dimensiones y stakeholders (Figura 9), que se construyó para la revisión sistemática II, se utilizó particularmente para la clasificación y análisis de las intervenciones de universidad saludable implementadas.

### **Entrevistas a Profundidad.**

Con estas entrevistas se buscó la mayor cantidad de información posible respecto a los antecedentes, enfoques, experiencias, conocimientos, valoraciones, logros y limitaciones en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de universidad saludable. Para estas entrevistas no se utilizó ninguna guía preestablecida, con el fin de permitir a los sujetos la libertad de profundizar en sus narrativas con todo lo que quisieran decir. No obstante, el entrevistador condujo las preguntas de acuerdo las categorías del estudio de caso.

### **Grupos de Discusión**

Esta técnica ya probada y legitimada dentro del Background de los estudios cualitativos, sobre la cual no existen consensos metodológicos, aunque si sobre su utilidad para explorar realidades construidas en contextos sociales o culturales, se empleó principalmente con estudiantes, funcionarios y docentes de Univalle.

Con estos grupos se utilizó una guía prediseñada (Ápndice 4) que al igual de las entrevistas a profundidad estuvieron centradas en las categorías seleccionadas para el caso. La guía de discusión se desarrolló después de una actividad introductoria, mediante el uso del instrumento de evaluación de las nociones de salud (Ápndice 6) que en promedio tuvieron una duración de 20 minutos, luego de los cuales se hizo la discusión abierta y centrada en las preguntas de la guía; discusiones que en promedio duraron entre 60 y 90 minutos.

### **Observación (pasiva y activa)**

Por hacer parte de la universidad, el investigador realizó observaciones activas en actividades relacionadas con la formulación del plan estratégico de desarrollo, como miembro de la mesa de bienestar universitario donde se formuló la propuesta de construcción de la política de universidad saludable, así como de los espacios institucionales donde se concretó el plan programático y el primer plan de acción, igualmente participó en las reuniones del primer comité coordinador del programa de universidad saludable y de actividades de promoción tanto en la Sede Meléndez de Cali, como en la Sede Buga.

### **Análisis de la información**

Igual que como se hizo en el análisis del estudio comparativo, en este estudio de caso se consolidaron los datos de las entrevistas y grupos de discusión en el software Atlas Ti versión 9; en el cual se realizó la codificación de forma deductiva desde las cinco categorías definidas, se calcularon las tablas de co-ocurrencia, las redes de relaciones y diagramas. Posteriormente se hizo triangulación y comparación con los hallazgos de la revisión documental y la bitácora de observaciones y los memos, lo que sirvió finalmente para el análisis interpretativo del caso.

### **3.3.3. Consideraciones éticas**

Conociendo las dinámicas propias de las universidades y por las características interpretativas tanto para el estudio comparativo como para el estudio de caso se tuvieron en cuenta *consideraciones éticas* como: La negociación con los actores personales, colaboración entre participantes, confidencialidad para los informantes y/o participantes, imparcialidad sobre la diversidad de puntos de vista, percepciones o sesgos, equidad, entre otros, (L.A.C.E, 2013; Simons, 2009). Dado las características del objeto de la investigación no se consideró necesario presentar el protocolo del estudio ante ningún ente institucional de ética o bioética, pues no se incluyeron manipulaciones con seres vivos; en cada momento de recolección de datos se hizo explícito el carácter confidencial de la información suministrada y se solicitó el respectivo consentimiento a cada sujeto participante.

Finalmente, y con el sentido de tener una mirada global del marco metodológico de esta investigación, se presenta la síntesis general en la Tabla 14a y Tabla 14b.

### Tabla 14a

#### *Síntesis de los Diseños Metodológicos*

<b>FASE I: Investigación documental. Metodología Cualitativa</b>			
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Universo/ Muestra</b>	<b>Instrumentos</b>
Analizar la relación existente entre salud y desarrollo, aportando a la reflexión respecto a la intervención en ambos campos.	Revisión sistemática I	– 845 documentos encontrados – 36 documentos seleccionados	Herramienta PICO y el método PRISMA
Identificar los paradigmas de salud y los marcos de referencia que predominan en las acciones del mundo universitario actual, concretando las dimensiones para orientar intervenciones en el ámbito de Universidades Saludables.	Revisión sistemática II	– 333 estudios encontrados – 44 estudios seleccionados	Herramienta PICO y el método PRISMA

**Tabla 14b.**

*Síntesis de los Diseños Metodológicos*

<b>FASE II: Investigación Aplicada (Metodología Mixta)</b>					
<b>Estudio comparativo entre países</b>					
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Categorías / Variables</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Muestra</b>	<b>Instrumentos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Describir los paradigmas, nociones conceptuales y enfoques de salud y universidad saludable que tienen los actores implicados en las acciones, en siete universidades de tres países.</li> <li>– Analizar la valoración que tienen los estudiantes de siete universidades de tres países sobre las dimensiones del concepto de salud.</li> </ul>	<p><b>H1.</b> Para todos los estudiantes de la muestra se espera que la dimensión física sea significativamente la más valorada, dado que esa es la tendencia observada en las revisiones de literatura.</p> <p><b>H2.</b> Se esperan diferencias significativas entre las valoraciones de las poblaciones estudiantiles de la muestra debido las diferencias de cada contexto en el que se ubican.</p>	<p>Enfoques, alcances de universidad saludable</p> <p>Tipos y niveles de intervención</p> <p>Gobernanza y Participación</p> <p>Importancia de Redes de cooperación</p> <p>Lineamientos para la intervención</p> <p><i>Variables cuantitativas:</i></p> <p>Dimensión física</p> <p>Dimensión social</p> <p>Dimensión mental</p> <p>Dimensión ambiental</p> <p>Dimensión espiritual</p>	<p>Entrevista</p> <p>Entrevista semiestructurada en profundidad</p> <p>Observación inactiva</p> <p>Observación activa</p> <p>Revisión documental</p> <p>Instrumento de valoración nociones de salud</p>	<p>UNIVALLE</p> <p>UdeA</p> <p>UJI</p> <p>UIB</p> <p>UAEM</p> <p>UV</p> <p>UM</p>	<p>Guía de entrevista.</p> <p>Bitácora de investigación</p> <p>Cuestionario nociones de salud</p> <p>Registros de observación.</p>
<b>Estudio de caso: Universidad del Valle (Univalle)</b>					
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Categorías / Variables</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Muestra</b>	<b>Instrumentos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analizar las nociones de salud y US de los stakeholders de una Universidad Saludable</li> <li>– Conocer las intervenciones en una Universidad (de 2013 a 2019) enmarcables en la estrategia de US</li> <li>– Identificar la articulación de las intervenciones de una US con los ODS (de 2013 a 2019)</li> <li>– Indagar el impacto de las acciones sobre los stakeholders en los entornos de una Universidad Saludable</li> </ul>		<p>Nociones sobre el concepto de salud y de universidad saludable.</p> <p>Enfoques, alcances y componentes de US</p> <p>Conocimiento y valoración de los stakeholders sobre US.</p> <p>Participación y gobernanza de Universidad Saludable.</p> <p>Importancia de las Redes de cooperación de US.</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p> <p>Entrevista a profundidad</p> <p>Grupos de discusión</p> <p>Revisión documental</p> <p>Observación activa</p>	<p><i>Sede Cali y Sedes Regionales:</i></p> <p>Funcionarios responsables de US.</p> <p>Docentes.</p> <p>Estudiantes.</p> <p>Empleados.</p> <p>Trabajado-res</p>	<p>Bitácora de investigación</p> <p>Cuestionari nociones de salud</p> <p>Registros d observación</p> <p>Guía de gru discusión</p>

Tras haber expuesto los objetivos y las hipótesis de trabajo, así como las decisiones ontológicas y epistemológicas adoptadas. Y tras haber presentado y descrito con detalle el diseño de la investigación y las dos fases que lo articulan, en el siguiente capítulo se describen los principales resultados obtenidos.



# **Capítulo 4**

## **Resultados de la Investigación**

---



## Capítulo 4

### Resultados de la Investigación

---

<b>4.1. FASE I: Investigación Documental. Principales resultados .....</b>	<b>127</b>
4.1.1. Revisión sistemática I.....	127
4.1.2. Revisión Sistemática II.....	130
<b>4.2. FASE II. Investigación Aplicada. Estudio comparativo .....</b>	<b>132</b>
4.2.1. Aproximación Cualitativa .....	132
4.2.1.1. Condicionantes.....	139
4.2.1.1.1. Surgimiento .....	139
4.2.1.1.2. Líderes o Impulsores .....	140
4.2.1.1.3. Bases Conceptuales y Filosóficas .....	140
4.2.1.1.4. Paradigmas de la Salud.....	141
4.2.1.1.5. Dimensiones de la Salud.....	144
4.2.1.1.6. Nociones de Salud.....	144
4.2.1.1.7. Nociones de Universidad Saludable .....	145
4.2.1.1.8. Diferencia entre Universidad Saludable y Universidad Promotora de Salud .....	147
4.2.1.1.9. Contextos.....	147
4.2.1.1.10. Aspectos de la Gobernanza Universitaria Claves en el Proceso .....	150
4.2.1.2. Operatividad .....	161
4.2.1.2.1. Características de las Intervenciones (Tipos, Niveles y Formas de Gestión) .....	162
4.2.1.2.2. Resultados .....	170
4.2.1.2.3. Situación actual en las universidades saludables .....	173
4.2.1.2.4. Menciones sobre la Situación de la Pandemia del COVID-19.....	173
4.2.1.3. Teorización.....	175
4.2.2. Aproximación cuantitativa: Nociones de Salud en colectivo de Estudiantes .....	178
<b>4.3. FASE II: Investigación Aplicada . Estudio de Caso: Universidad del Valle como Universidad Saludable .....</b>	<b>189</b>
4.3.1. Los ODS en el Marco de Planificación Nacional, Regional y de la Universidad del Valle .....	192
4.3.2. Historia de Universidad Saludable en Univalle.....	194
4.3.3. Enfoques de Universidad Saludable.....	196
4.3.4. Nociones de Salud.....	196
4.3.5. Noción de Universidad Saludable .....	198
4.3.6. Universidad del Valle como Entorno Saludable según opiniones de sus Actores.....	201
4.3.7. Gobernanza y Participación en Universidad Saludable.....	206



El trabajo de investigación se ha articulado en dos fases: la Fase I de investigación documental; y la Fase II de investigación aplicada. En la investigación documental (Fase I) se llevaron a cabo dos revisiones sistemáticas, las cuales han sido publicadas como artículos científicos; los principales resultados alcanzados en las mismas se presentan en primer lugar.

En la segunda parte del capítulo se exponen los principales resultados alcanzados en la investigación aplicada (Fase II). En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos en el estudio comparativo, tanto de la aproximación cualitativa (entrevistas, grupo de discusión, revisión documental, y observación), como de la aproximación cuantitativa (valoración de las dimensiones de salud). En segundo lugar, se describen los resultados derivados del estudio de caso (entrevistas, grupo de discusión, y revisión documental).

#### **4.1. FASE I: Investigación Documental. Principales resultados**

La investigación documental se ha articulado a través de dos revisiones sistemáticas. A continuación, se exponen los principales resultados de cada una de ellas.

##### **4.1.1. Revisión sistemática I**

Con esta primera revisión se elaboró un artículo científico que fue publicado en enero de 2021, en la revista *Prospectiva de Trabajo Social e Intervención social*, bajo el título “Salud y Desarrollo: La emergencia de un nuevo paradigma” (Sánchez-Ordóñez, 2021). En dicho artículo se detalla a en profundidad el procedimiento y cada uno de los hallazgos que soportaron el análisis interpretativo.

Mediante la utilización rigurosa del método PRISMA finalmente se seleccionaron 29 artículos que cumplieron con todos los criterios definidos. En el Apéndice 8 se detallan las tablas con los criterios extraídos de cada uno de los artículos seleccionados.

Para el análisis interpretativo se elaboraron dos tablas, una para los artículos y otra con los otros documentos agregados. Además, se hizo una tabla comparativa con criterios cuantitativos agrupados en seis variables: dos relacionadas con economía (PIB y PIB per cápita y las otras asociadas a salud y demografía (Esperanza de Vida al Nacer (EVN), tasas de fecundidad, población menor de 15 años y mayor de 65 años). Para esta tabla se tomó una muestra por conveniencia de 23 países, pertenecientes a cuatro continentes, según sus niveles de desarrollo y salud.

En la revisión de Sánchez-Ordóñez (2021) se hizo visible la complejidad de los constructos Salud y Desarrollo; así como la diversidad axiológica en el abordaje de estos. De otro lado, también se observa la carga ideológica que se les atribuye, dependiendo de los diferentes intereses de grupos específicos que los adoptan.

Con respecto a las conceptualizaciones se encontró la ausencia de definiciones universales; por ende, cada autor hace las interpretaciones desde su perspectiva particular, algo que ya se había intuido en las primeras revisiones de literatura.

La revisión aporta una clasificación para los tres grandes momentos o categorías que se distinguen en el modelamiento del constructo desarrollo. Estos momentos o categorías se describen a continuación.

Desarrollo 1.0, que abarca toda la gama de teorías del desarrollo que tienen como fundamento el crecimiento económico como requisito indispensable del bienestar humano. Este modelo puede catalogarse como hegemónico en la medida que ha sido adoptado por la mayoría de los países. Esto se refleja en estrategias contemporáneas como la globalización y el modelo de Estado neoliberal, las cuales buscan el crecimiento de las economías y mayores niveles de libertad para el mercado y el sector privado en detrimento de los Estados, con la premisa de aumentar el crecimiento económico como condición para mejorar el bienestar de las poblaciones.

Este modelo a pesar de haber producido algunos crecimientos en el PIB de muchos países no ha logrado la promesa de elevar los niveles y condiciones de vida de la mayoría de las personas. Al

contrario, lo que se observa es el aumento en las desigualdades sociales, de la pobreza monetaria y, particularmente, el aumento de las ENT en todo el mundo. De ahí surge un segundo momento que se puede denominar Desarrollo 2.0.

Este Desarrollo 2.0 recoge las teorías que se caracterizan por tratar de mitigar o atenuar los factores que el modelo 1.0 ha exacerbado, dándole más importancia aparente al desarrollo social y todas las estrategias que apunten a reducir desigualdades y pobreza monetaria. En esta categoría se pueden enmarcar los ODM y los ODS. Aunque se distingue un avance más integral en este modelo su fundamento central, que es el crecimiento económico, sigue latente.

La categoría de Desarrollo 3.0 agrupa a todas aquellas teorías posmodernas del desarrollo en las cuáles, desde la crítica a los dos modelos anteriores, se proponen nuevos paradigmas en los cuales lo primero es poner en cuestión la noción de desarrollo como crecimiento económico, proponiendo nuevas nociones donde los seres humanos y sus entornos de vida puedan convivir de manera más armónica, sin depredar las fuentes de vida y buscando la preservación del planeta. Este momento en las teorías del desarrollo se plantea más desde el holismo y de la complejidad como una perspectiva alternativa al modelo hegemónico.

Esta revisión aporta nuevos elementos para entender la relación Salud y Desarrollo y proporciona algunas evidencias que muestran el impacto que han tenido sobre la salud humana y sobre los ecosistemas las nociones de desarrollo basadas en el crecimiento económico, en el consumo y en las prácticas extractivistas. Por otro lado, deja sobre la mesa la necesidad de nuevos paradigmas que le den sustento a las intervenciones en ambos campos, sobre la base de otras nociones como las que se plantean desde el Desarrollo 3.0; esto debido a que ni el 1.0 ni el 2.0, han logrado corregir los impactos nocivos sobre la vida y los ecosistemas del planeta.

La literatura analizada permitió evidenciar que, aunque se logren altos niveles de crecimiento y desarrollo material en los países, los niveles de bienestar y de salud no compaginan con estos; por el contrario, afloran nuevos problemas y se tornan más complejos los ya existentes (Sánchez-Ordóñez, 2021).

Finalmente, es cierto desde la literatura revisada que estos tres modelos de desarrollo (1.0, 2.0 y 3.0) conviven simultáneamente, dando forma a las políticas según como sean interpretados por los actores de cada región. Se asigna a cada modelo rasgos según los intereses que se defiendan lo que se evidencia en las polarizaciones ideológicas de los ciudadanos (Sánchez-Ordóñez, 2021).

Queda también planteada la necesidad de avanzar en estudios que aclaren más la relación entre estos dos constructos (Salud-Desarrollo) con el fin de proporcionar evidencias más contundentes (si se quiere), para que los tomadores de decisiones de forma consensuada incorporen nuevas nociones que garanticen la vida y convivencia en todos los entornos.

#### **4.1.2. Revisión Sistemática II**

Los resultados y análisis de esta revisión fueron publicados en la *Revista Hacia la Promoción de la Salud* en enero de 2022. El artículo lleva el título: “Healthy Universities: Concepts, dimensions and approaches for the construction of healthy environments” (Sánchez-Ordóñez y Gimeno-Navarro, 2022).

Con base en la búsqueda orientada con el método PRISMA, al final se seleccionaron para su análisis interpretativo 33 documentos para las dimensiones de la salud cuya tabla aparece en los Apéndices 9 y 11 para el concepto de salud.

Dentro de los hallazgos relevantes de esta revisión están: que la mayoría de los estudios de la selección se dirigen a la población estudiantil con un 60,6% del total, los que tienen que ver con los docentes fueron el 15,2% de los estudios; respecto al resto de comunidades en general como jubilados, pensionados o comunidad externa se encontró que el 21% de los estudios involucran estas poblaciones; finalmente el 3% apunta a la población de empleados o trabajadores. Estos resultados reafirman lo encontrado en las primeras revisiones de literatura, siendo evidente que la producción investigativa en este campo privilegia la población de estudiantes universitarios.

Por otro lado, la dimensión de salud más estudiada en la población estudiantil fue la física con el 70% , luego la mental con el 20% y la social con el 10%. En los docentes la dimensión con la

mayor frecuencia fue la mental con el 60% de los estudios encontrados, seguida de la física con el 40%. No se encontraron estudios para las dimensiones ambiental ni espiritual en ninguna de estas poblaciones (Sánchez-Ordóñez y Gimeno-Navarro, 2022). Sin embargo, vale la pena resaltar que se pudo encontrar un estudio sobre bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción de la salud en funcionarios de la Universidad Nacional de Costa Rica, el cual abre la puerta para considerar, desde las instituciones universitarias, la espiritualidad como parte importante en sus intervenciones.

Sobre el concepto de salud en general, la mayoría de los estudios fueron de reflexión (54,6% del total), seguidos de los de revisión (36,4%), y solo el 9% de los estudios se cataloga como de investigación. Gran parte del análisis de los hallazgos sobre el concepto de salud fueron incluidos en el apartado de aproximaciones al concepto de salud en el capítulo 1. Con este análisis se planteó la siguiente definición del concepto de salud:

*“Es un momento relativo, producto de todas las interacciones dinámicas que se presentan en las dimensiones: física, mental, social, ambiental y espiritual, originadas en el individuo y sus entornos, que se distribuyen socialmente, condicionando nuestra biología y relaciones de vida” (Sánchez-Ordóñez & Gimeno-Navarro, 2022, p.241).*

Los estudios seleccionados en esta revisión también corroboran la supremacía que aún tiene la noción bio-médica de la salud en las universidades. Esto se observa en la tendencia a enfocarse en los aspectos físicos y mentales, ignorando casi lo social, lo ambiental y lo espiritual como dimensiones que forman el todo de la salud.

En términos generales, esta revisión demostró que analizar las dimensiones que interactúan dentro de la salud es tarea necesaria si se quieren mejorar los impactos de las intervenciones en este ámbito. Así mismo, las dimensiones social, ambiental y espiritual constituyen, desde una perspectiva holística, un gran desafío para las acciones de promoción que se requieren. De esta manera, incorporando la perspectiva holista y desplegando una visión salutogénica en cada una de las acciones se tendrán efectos beneficiosos para las poblaciones universitarias y sus entornos.

La revisión, además, muestra que las intervenciones universitarias deben integrar a todos los stakeholders (docentes, estudiantes, administrativos, egresados, donde corresponda a jubilados o pensionados y a las comunidades próximas). Las acciones unidimensionales y dirigidas a un solo estamento no posibilitan la construcción de un verdadero entorno saludable.

Metodológicamente, la *Matriz de stakeholders y dimensiones* que se construyó (Figura 7) constituye un valioso aporte que puede ser útil para orientar, monitorear y evaluar las intervenciones en las universidades saludables, incluso desde su etapa de diseño, lo que puede servir en la construcción de entornos realmente favorecedores de la salud integral y en general la vida dentro de los campus y fuera de ellos.

Crear condiciones para que sus diferentes entornos sean propicios para la salud integral en todas sus dimensiones y producir además conocimiento relevante al respecto, es una tarea que compete a las universidades. Para la cual es necesario vincular activamente a todos sus stakeholders.

En síntesis, la Fase I de investigación documental ha permitido ampliar la panorámica teórica, sirviendo de entrada a la hora de diseñar e implementar intervenciones enmarcadas en la estrategia de universidades saludables.

Es necesario continuar el desarrollo investigativo en las líneas que abre este estudio, con el fin de ir consolidando un marco de referencia teórico conceptual que dé soporte a la construcción multidimensional de entornos universitarios saludables.

## **4.2. FASE II. Investigación Aplicada. Estudio comparativo**

Tal como se dijo en el capítulo anterior, el estudio comparativo se llevó a cabo desde las aproximaciones cualitativa y cuantitativa; al respecto los principales resultados obtenidos en cada una de estas aproximaciones se describen a continuación.

### **4.2.1. Aproximación Cualitativa**

En la aproximación cualitativa, la comparación entre las siete universidades de España, México y Colombia se realizó a partir de información cualitativa, recabada de fuentes primarias (entrevistas en profundidad y semiestructuradas, grupo de discusión y observación) y fuentes secundarias

(revisión documental).

La recolección de documentos se hizo a través de las páginas oficiales de cada universidad, así como de funcionarios o profesores que participaron en el estudio. Solo se incluyeron documentos oficiales y en uno de los casos artículos publicados en revistas. Para analizar la información se construyó una matriz de análisis que se sintetiza en el Apéndice 10. Es oportuno aclarar que, metodológicamente, se hicieron tanto la observación como la revisión por separado; pero dentro del análisis del estudio en cada categoría se incluyeron en la comparación o triangulación pertinente.

El análisis documental que se pudo adelantar de acuerdo con la matriz diseñada evidenció en la mayoría de los casos congruencia con las categorías del estudio construidas desde la perspectiva de los sujetos participantes del estudio. En el Apéndice 11 se consignan los principales hallazgos.

Dentro de los aspectos congruentes con las narrativas de los entrevistados y la literatura analizada previamente están:

- En su mayoría las acciones se dirigen a los estudiantes.
- Las dimensiones de la salud que aparecen con más realce son la Física y la Mental.
- Aunque en casi todas las universidades se evidenciaron documentalmente temas asociados a las dimensiones social y ambiental, en ninguna se observó alusión a la dimensión espiritual.

Se identificó principalmente en las universidades de alta complejidad la asociación y precisamente la dependencia con respecto a la formación integral. Es decir, las acciones de universidad saludable se articulan desde este componente misional, lo que demuestra ya un vínculo importante con los procesos formativos y, en cierta manera, le abre el espacio para la consolidación dentro del entramado institucional.

Una limitación general encontrada en esta revisión documental es la falta de información sobre logros o avances en el proceso de implementación de las intervenciones. Solo una universidad de Colombia y una de México tienen publicado en sus medios virtuales informes de rendición de cuentas e informes de gestión donde se pueden observar algunos programas, políticas e intervenciones con algunos indicadores y el balance de los recursos asignados. Este hallazgo da cuenta además de las formas de gobernanza en las universidades públicas particularmente en las de Latinoamérica que hicieron parte de la muestra.

La información recabada a través de las fuentes primarias fue digitalizada y tratada (utilizando el software Atlas ti) siguiendo el proceso sistemático de la Teoría Fundamentada. El resultado de este proceso se describe a continuación:

**Codificación Abierta:** Este primer paso es guiado por las pre-categorías establecidas de forma deductiva, las cuales se comportaron como códigos iniciales. Seguidamente, se hizo servir una nube de palabras; para obtenerla se definieron filtros, desechando palabras que no aportasen al estudio (por ejemplo, conectores o artículos); con las palabras útiles se determinaron más códigos, según su frecuencia de aparición en las entrevistas. En total resultaron 100 códigos en esta parte del proceso; con estas etiquetas o códigos cada entrevista y documento se codificó de forma individual.

**Codificación Axial:** En esta etapa del proceso se determinaron inicialmente 12 pre-categorías mediante comparación e interpretación (Tabla 15). Aquí se hizo acopio de las herramientas de análisis del software utilizado (Atlas ti), entre ellas el explorador y las tablas de co-ocurrencias entre categorías y las redes de relaciones entre categorías y grupos de categorías. Posteriormente, con ayuda de una matriz de análisis y con algunas preguntas orientadoras en perspectiva de proceso (Tabla 16), se obtuvieron 7 subcategorías.

**Codificación Selectiva:** En este momento y tras un análisis más profundo de las categorías determinadas y de las relaciones de estas con base en el proceso construido sobre la estructuración de las universidades saludables se concretaron dos categorías centrales en las que se integraron todas las demás (Tabla 16).

**Visualización de la Teoría:** Con todo lo analizado hasta este momento emergió al final una categoría central desde los datos, la cual orientó la teorización del estudio. Esta categoría ha sido etiquetada como “*Universidad como entorno para la vida*”.

**Tabla 15**

*Síntesis del proceso de codificación abierta*

<b>Pre-categorías</b>	<b>Códigos/etiquetas</b>	<b># de códigos</b>
<i>Actores de universidad saludable</i>	Articulación interna, identificación del sujeto, profesiones, stakeholder	4
<i>Articulación con la misión universitaria</i>	Bienestar, formación, formación integral, investigación, responsabilidad social, sostenibilidad, transversalización, universidad	8
<i>Articulación con otras instituciones</i>	Articulación con entes externos, redes	2
<i>Contextos universitarios</i>	Alcohol, cafetería, campus, consumo, contexto, COVID y US, entorno, Estado, evaluación de acciones, inseguridad, leyes problemas, violencia	13
<i>Dimensiones de la salud</i>	Actividad física, dimensión ambiental, dimensión física, dimensión mental, dimensión social, estrés, nutrición, residuos	8
<i>Enfoques y paradigmas de universidad saludable</i>	Autocuidado, biomédico, calidad de vida, desarrollo, enfermedad, estímulos, felicidad, holístico, medico, paradigma, patogénico, prevención, promoción, riesgo, salutogénico	15
<i>Evaluación y monitoreo</i>	Debilidades o limitaciones de universidad saludable, evaluación de acciones, fortalezas y logros de universidad saludable, impacto	4
<i>Gobernanza</i>	Alcances de universidad saludable, articulación interna, compromiso, corresponsabilidad, decisiones, dependencia, desarrollo, estado, gestión, gobernanza en universidad saludable, historia de universidad saludable, importancia, leyes, ODS, participación, plan, poder, política, publica, recursos, universidad	21
<i>Historia de universidad saludable</i>	Historia de universidad saludable	1
<i>Intervenciones en universidad saludable</i>	Acciones, actividades, ámbito de intervención, atención, componentes de universidad saludable, comunicación, estímulos, estrategia, política, proceso, programa, proyecto, reorientación de servicios, servicios, sistema, talleres	16
<i>Nociones de salud y de universidad saludable</i>	Autocuidado, concepto de salud, corresponsabilidad, nociones de universidad saludable, salud	5
<i>Percepciones en universidad saludable</i>	Avaluación de acciones, importancia, percepciones personales	3
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>

En la etapa inicial y luego de realizar la codificación de todas las entrevistas y demás insumos se hizo la construcción de pre-categorías, unas las ya determinadas a priori con base en la investigación documental y en el estado de la cuestión, y otras que resultaron en el proceso de codificación. Estas fueron: actores de universidad saludable; articulación con la misión universitaria; articulación con otras instituciones; contextos universitarios; dimensiones de la salud; enfoques y paradigmas de universidad saludable; evaluación y monitoreo; gobernanza; historia de universidad saludable, intervenciones en universidad saludable; nociones de salud y de universidad saludable; percepciones en universidad saludable (Tabla 16).

Posteriormente, mediante el proceso de análisis de relaciones y de causalidad, orientado por las preguntas que se formularon para acercarse a las dimensiones, así mismo con el apoyo de los memos y diagramas que se hicieron a lo largo del análisis de datos con el propósito de definir las subcategorías; se pudieron determinar siete subcategorías tal como se aprecia en la Figura 12.

**Tabla 16**

*Proceso sistemático de categorización*

Categoría central/ nuclear	Categorías centrales/ articuladoras	Codificación axial (subcategorías)	Preguntas orientadoras de p
<b>Universidad como entorno para la vida</b>	<b>Condicionantes</b>	<i>Surgimiento</i>	¿Cómo inician las intervenciones de saludables? ¿Quiénes las impulsaron?
		<i>Bases conceptuales y filosóficas</i>	¿Qué Paradigmas de la salud se idean los actores? ¿Desde qué dimensiones de la Salud se diseñan las intervenciones? ¿Qué nociones de salud subyacen en las intervenciones? ¿Desde qué enfoques se diseñan las intervenciones? ¿Qué nociones de Universidad Saludable se identifican en los actores? ¿Se identifica alguna diferencia entre Universidad Saludable y Universidad Promotora de la Salud?
	<i>Contextos</i>	¿Cuáles características del Contexto se asocian a las universidades saludables? España Mexico Colombia	
	<i>Gobernanza</i>	¿Cuáles aspectos de la Gobernanza son claves en el proceso? ¿Quiénes son los actores de universidades saludables: internos, externos y Redes de cooperación? Recursos Normativas Órganos de gobierno Participación Articulación con la misión universitaria	
	<i>Intervenciones</i>	Características de las intervenciones Tipos y niveles de intervención Formas de gestión de las intervenciones	
	<b>Operatividad</b>	<i>Resultados</i>	¿Qué resultados se han obtenido en las intervenciones? Impacto Proceso ¿Cuáles son las fortalezas reconocidas en las intervenciones? ¿Cuáles son las debilidades en el proceso?
	<i>Momento actual</i>	Situación actual Algunas menciones sobre la situación actual de la pandemia del Covid-19	

**Figura 11**

*Proceso de estructuración de la estrategia de Universidad Saludable*



Ya en la codificación selectiva fue posible llegar a las dos categorías centrales, las cuales se determinaron por la suficiencia conceptual lograda en todo el proceso de análisis. El criterio orientador fue la división de los momentos claves en la estructuración de las intervenciones de universidad saludable, los cuales emergieron de los relatos de los sujetos.

Finalmente, fue posible llegar a una sola categoría, que se denominó nuclear dado que según la interpretación de los hallazgos es la que permite dar un salto significativo en lo que respecta a las estrategias de universidad saludable; al tiempo esta categoría proporciona una nueva perspectiva mucho más integral y fundamentada para reorientar las intervenciones institucionales. Esta categoría se ha denominado ***universidad como entorno para la vida***.

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se abordan los resultados orientados desde las dos categorías centrales que emergieron desde la codificación axial a la codificación selectiva. En cada una de ellas se detallan las propiedades y dimensiones que las sustentan según la interpretación de los datos. En la parte final se sustentará la teorización desde la categoría central.

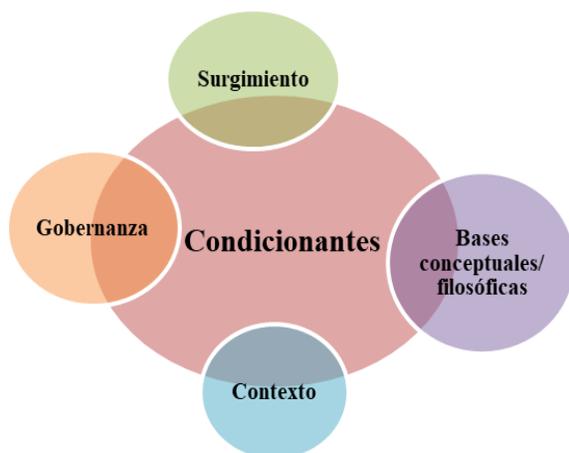
#### 4.2.1.1. Condicionantes

En esta categoría se recogen todos los aspectos que, de acuerdo con cómo se analizaron los datos, han tenido influencia directa o indirecta sobre surgimiento de las intervenciones de universidad saludable. En la Figura 12 se esquematizan las dimensiones encontradas, siendo imposible dado el alcance de esta investigación determinar el peso específico de cada condicionante.

Las propiedades descritas para cada dimensión de esta categoría permiten soportar los condicionantes que emergieron (Figura 12). De esta forma se generan algunas líneas de trabajo futuras que serán relevantes en el proceso de consolidación teórica y metodológica de este nuevo campo de conocimiento.

#### Figura 12

*Condicionantes para las intervenciones de universidad saludable*



##### 4.2.1.1.1. Surgimiento

Se encontró coincidencia respecto al origen de las intervenciones de US en todas las universidades de la muestra, las cuales inician en el periodo entre 2005 y 2017.

Este origen está ligado a la creación de las redes nacionales de universidades saludables (REDCUPS, REMUPS, REUS) y de la (RIUPS). A pesar de esto, en todas las universidades se mencionan intervenciones anteriores (principalmente dirigidas a la atención en salud, prevención de riesgos laborales, actividades enfocadas en el bienestar de las comunidades universitarias) como

son: deportivas, recreativas, académicas, culturales. Todas ellas continúan realizándose desde instancias como vicerrectorados, direcciones, unidades, departamentos, facultades, sedes, entre otras.

La primera universidad en formalizar sus acciones mediante un acto normativo interno fue una de las de Colombia, que en el 2005 a través de una resolución crea la Facultad Saludable y Segura en la Facultad Nacional de Salud Pública. En la mayoría de las universidades se inició con actividades específicas que luego se reconocieron como programa o como proyecto y fueron asignados a alguna dependencia administrativa o académica Poco a poco se han agregado ido agregando diversos recursos para las actividades.

#### **4.2.1.1.2. Líderes o Impulsores**

En los tres países se evidenció que los impulsores de estas intervenciones fueron profesores de las áreas de la salud. En una de las universidades de España el primero que lideró las acciones fue un Psicólogo (Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud); en México han sido profesores nutriólogos o licenciados en educación física de los programas de salud y profesores del programa de Salud Pública; mientras que en Colombia fueron profesores de Enfermería o Medicina con el apoyo de otros profesionales, entre ellos Médicos responsables de los programas de Prevención y Promoción de salud (PyP).

#### **4.2.1.1.3. Bases Conceptuales y Filosóficas**

Lo primero que hay para decir es que, según algunos relatos de los entrevistados, se aprecia una relación directa entre los enfoques de quienes iniciaron y han venido construyendo las acciones de universidad saludable con el enfoque de tales acciones.

*“antes estuvo dos años otra profesora de promoción de la salud también más del tema organizacional. Ella lo enfocó más en el tema de la promoción de la salud pero más en el tema organizacional. Yo vengo más de la parte comunitaria y de comunicación para la salud” (Entrevista, profesional, España).*

En los tres países se evidencia la relación que existe entre los enfoques y paradigmas de quienes desarrollan las intervenciones y el tipo de intervenciones que se implementan. En México y España

por ejemplo, en las Universidades donde los programas están a cargo de Nutriólogos o Nutricionistas, respectivamente, se encontraron intervenciones centradas principalmente en los temas de alimentación saludable con acciones administrativas que regulan los contratos de los expendedores de alimentos en los campus y acciones pedagógicas o comunicacionales para incidir en este aspecto. En el caso colombiano también se hizo evidente por parte de los sujetos entrevistados esta relación entre el enfoque de quienes se reconocen como pioneros de los programas y quienes están a cargo de ellos con el tipo de acciones realizadas.

En su conjunto se constató mediante los relatos, que así se reconozca un enfoque que predomina en cada una de las universidades de la muestra, las acciones están ligadas a los enfoques de las personas responsables de su diseño y ejecución.

#### **4.2.1.1.4. Paradigmas de la Salud**

Identificar los paradigmas que los sujetos participantes mencionan en cada una de sus narraciones cobra relevancia ya que las nociones de salud y de universidad saludable están asociadas directamente a estos.

La forma de acercarse y tratar de clasificar los paradigmas prevalecientes fue a través de la agrupación de las menciones que al respecto hicieron los sujetos. Dichas menciones se cuantificaron como forma de aproximación a la interpretación y así hacer el análisis de los hallazgos. Esta cuantificación incluyó el dato de número de menciones, se calculó el porcentaje de estos datos dentro del universo de menciones obtenidas en las entrevistas con el fin de tener una imagen numérica de los paradigmas expresados; en la Tabla 17 se muestran de forma discriminada por país las referencias sobre los paradigmas.

**Tabla 17**

*Comparativo entre las menciones sobre paradigmas identificadas en los tres países*

	Salutogénico		Patogénico		Bio-sicosocial		Holístico		TOTAL ENFOQUES
	Nm.	%	Nm.	%	Nm.	%	Nm.	%	
<b>España</b>	18	35	30	59	2	4	1	2	51
<b>México</b>	19	27	39	56	2	3	10	14	70
<b>Colombia</b>	24	53	13	29	3	7	5	11	45
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>37</b>	<b>82</b>	<b>49</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>166</b>

Nota: Nm= número de menciones

Con base en la Tabla 17 se puede afirmar que el paradigma con más porcentaje de menciones en España y México fue el *patogénico* (59% y 56%), seguido del *salutogénico* (35%, 27%); mientras que para las menciones de Colombia fue el *salutogénico* (53%) seguido del *patogénico* (29%). Para los sujetos entrevistados de México y Colombia un tercer nivel de mención lo ocupa el paradigma *holístico* (14%, 11% respectivamente); y en último lugar aparece el paradigma *bio-sicosocial* (3%, 7% respectivamente); en España el tercer lugar correspondió al paradigma *bio-sicosocial* (4%) y en último lugar el *holístico* (2%).

Haciendo un análisis con los datos totales de los sujetos entrevistados, el paradigma *patogénico* es más prevalente con el 49% de las menciones, seguido del *salutogénico* con el 37%; posteriormente aparece el *holístico* con el 10% y en último lugar el *bio-sicosocial* con el 4% de las menciones.

Llama la atención que el paradigma *holístico* es muy mencionado en los relatos, pues se esperaba que el *bio-sicosocial* (que ha sido el más posicionado por la OMS desde 1946 y que se reconoce en las nociones de salud) tuviera más relevancia a la hora de diseñar e implementar las acciones de universidad saludable.

#### 4.2.1.1.5. Dimensiones de la Salud

Al cruzar las menciones sobre los paradigmas de salud y las dimensiones en las que se pudieron ubicar tales menciones, nos encontramos datos interesantes para reforzar la importancia de estos aspectos al momento de diseñar intervenciones.

De esta manera, en la Tabla 18 se observa que tanto en España y México (69%, 51% respectivamente) las menciones más recurrentes se dirigen a privilegiar la dimensión física de la salud, seguidas de la mental. En el caso de México la dimensión espiritual (16%) es la tercera en relevancia seguida de la social (9%) y la ambiental (4%). Para España la tercera fue la social (8%) y las últimas la ambiental y espiritual (ambas con 2%). Mientras que en Colombia resaltó la dimensión mental (28%), seguida de la social y espiritual (ambas con 21%), y luego la ambiental (7%) y por último la física (7%). Para los tres países la dimensión física con 52% fue la más vinculada, seguida de la dimensión mental (21%), luego la espiritual (12%), la social (11%) y la ambiental (4%).

**Tabla 18.**

*Dimensiones de la salud en las intervenciones de Universidad Saludable*

	Física		Mental		Social		Ambiental		Espiritual		Total
	Nm	%	Nm.	%	Nm.	%	Nm.	%	Nm.	%	
<b>España</b>	34	69	9	18	4	8	1	2	1	2	<b>49</b>
<b>México</b>	34	51	13	19	6	9	3	4	11	16	<b>67</b>
<b>Colombia</b>	7	5	8	28	6	21	2	7	6	21	<b>29</b>
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>52</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>145</b>

Nota: Nm= Número de menciones

Con estas aproximaciones cuantitativas se puede decir que para los tres países de la muestra las dimensiones física y mental resultaron las más referenciadas por los sujetos entrevistados, doblando incluso en el número de menciones a la dimensión mental. Y con pocas menciones los otros componentes de la perspectiva holística como son la dimensión espiritual, social y ambiental.

Igualmente, se hace evidente que dentro de los enfoques presentes en los sujetos responsables de los programas se ha venido incluyendo una dimensión poco considerada como la espiritual. Tanto en España como en México se hicieron menciones en esta dirección con algo significativo; las menciones a lo espiritual en España apuntan más a lo transpersonal y en México a lo Religioso. Esto puede estar asociado a las características propias de los contextos culturales y sociales de ambos países; en Colombia no se evidenciaron intervenciones en esta dimensión y las pocas menciones la vinculan, igual que en España, a lo transpersonal.

#### **4.2.1.1.6. Nociones de Salud**

Respecto a lo que los sujetos definen acerca del concepto de Salud, resalta en primer lugar con el mayor número de menciones la noción de salud como *equilibrio* o en relación con el bienestar físico, mental y emocional (10 menciones); en segundo lugar está la noción que define la salud en relación o *contraria de la enfermedad física* (9 menciones); llama la atención que, en su mayoría, las nociones más reconocidas están directamente asociadas a la conceptualización de la OMS.

En un segundo nivel aparecen las nociones que relacionan la salud con *sentirse bien* con uno mismo, con los demás y con el entorno (6 menciones), y la salud vista como *calidad de vida* (5 menciones). En este nivel se aprecia como se rebasa la concepción de la OMS y se le asigna más importancia a la dimensión mental, emocional y subjetiva, lo que rompe la noción de equilibrio o balance entre tres dimensiones reconocidas por la OMS dando más peso a las variables que dependen del individuo y su entorno.

Según algunos sujetos la salud no es un balance, es más que alimentarse bien; está relacionada con el ambiente y debe cimentarse en la cotidianidad (4 menciones). En este mismo nivel se considera la salud como responsabilidad del Estado, del individuo, de los colectivos y de las áreas médicas (5 menciones) generando así una noción de *corresponsabilidad* frente a los determinantes de la salud y los actores implicados en el proceso. En este punto aparece además la noción de la *Salud como medio* y no como fin (3 menciones). Finalmente se define *como concepto dinámico*, cambiante, desde un modelo *sistémico o cibernético, construido por cada individuo* (2 menciones).

En un tercer lugar aparece una noción de salud *como dimensión espiritual* (4 menciones). Esta comparte algunos aspectos con la noción anterior; así, por ejemplo, no reconoce balance o estado entre otras dimensiones ni implica otros actores, asume la salud desde una conexión del individuo con el universo y con ideas sobre relacionarse con fuerzas o energías superiores según marcos de creencias específicas desde lo transpersonal.

Una última noción que se expresa es la de salud *como estrategia política o de desarrollo social* (2 menciones), la cual implica un contenido político que va no solo desde los planos nacionales si no multilaterales, articulando el concepto de salud a las nociones de desarrollo vigentes.

#### **4.2.1.1.7. Nociones de Universidad Saludable**

La otra noción que se consideró pertinente explorar, en el marco de las intervenciones de universidad saludables, fue precisamente cómo se entiende una universidad saludable. Al respecto las menciones de los sujetos fueron más precisas y la que mayor número de menciones presentó fue la noción de universidad saludable *como entorno* (13 menciones). Es muy importante corroborar la concordancia que hay con lo que se ha venido impulsando desde las diferentes redes de cooperación, principalmente desde la RIUPS, donde precisamente se parte de esta noción para contraponer a las intervenciones motivadas en el enfoque de riesgo donde se intervienen los individuos expuestos o los factores de riesgo, mas no así los determinantes que se desprenden de los entornos de vida.

En segundo lugar, está la noción de universidad saludable *como formadora* (11 menciones), donde se nota la correspondencia con el principal eje misional de cualquier universidad y se traza un camino para las intervenciones en este sentido. Esta noción ha llevado a considerar como un aspecto relevante el eje de *transversalización* dentro del currículo. Dicho eje, también impulsado por las redes, considera de mucha importancia que los componentes saludables se incorporen a las mallas curriculares con créditos específicos o en su defecto en asignaturas electivas o de libre elección.

Esta estrategia se apreció con muchos desarrollos en una de las universidades de México donde incluso se destina un 9% de los créditos de dos programas al componente saludable y con ejercicios

de reformas en camino para hacerlo en otros programas. Esta estrategia de *transversalización* a su vez es reconocida dentro de los objetivos de su Plan de Desarrollo al 2023.

*“sí es enfermería, yo creo que ha tenido mucho éxito, cuando nosotros habíamos adoptado este programa estaba en el mapa curricular sin embargo entonces decían: no tiene créditos, no voy” (Entrevista, profesional, México).*

Esta cita evidencia un aspecto que fue señalado en los tres países y corresponde a la necesidad que los temas saludables y/o ambientales en algunos casos se les de valor en créditos y sean obligatorios, dado que al ser de libre elección o sin créditos no es muy acogido por los estudiantes.

Tanto en México como en Colombia se identificaron avances notables para que las asignaturas que vienen surgiendo desde el enfoque de promoción de la salud sean formalizadas en las mallas curriculares con créditos obligatorios o en su defecto electivos. En España no es evidente aún esta inclusión formal en los programas formativos, pero si se observa que están avanzando en este sentido.

En tercer lugar se encuentra la noción de universidad saludable entendida *como servicios* (9 menciones). Esta noción se sustenta en la percepción de quienes fueron entrevistados y forman parte de los equipos que han estado vinculados a servicios como salud (integrales), deportes, recreación, cultura, acompañamiento o asistencias de diferentes tipos para los miembros de las comunidades universitarias.

Finalmente, aparece una noción de universidad saludable *como política* (7 menciones), la cual es evidente en las personas que tienen a cargo la dirección o el liderazgo de los programas y acciones. Estos consideran que una manera de escalar en importancia institucional en recursos y reconocimiento es la de hacer parte de una política que rebase las temporalidades de quienes tienen a cargo las acciones y que sea incorporada como parte integral de todos los ejes misionales de la universidad.

#### **4.2.1.1.8. Diferencia entre Universidad Saludable y Universidad Promotora de Salud**

Un aspecto que se pudo conocer sobre las nociones fue lo que pensaban los entrevistados respecto a si consideraban diferencias entre los conceptos de universidad saludable y universidad promotora de salud. En este sentido, y a pesar de que algunos sujetos expresaron la importancia y necesidad de definir claramente estos conceptos, la mayoría de menciones (8) dan mayor aceptación al término de “Saludable” por considerarlo más apropiado y amplio para enmarcar las acciones. Así mismo se encontraron 7 menciones que privilegian el término de “Promotora de Salud”, ya que se ajusta más al enfoque que se defiende y a la misión de la universidad. Por su parte 7 menciones hacen referencia a la no existencia de diferencias relevantes entre los dos conceptos.

Una de las diferencias está en que algunos sujetos consideran el término “saludable” como estático o como punto de llegada, mientras que asumen el de “promotora de salud” como algo más dinámico, en proceso, en movimiento y más acorde con la misión universitaria.

*“No es lo mismo definitivamente, son problemas conceptuales y de paradigmas ¿no? Universidades saludables yo te podría decir que no hay bajo ese indicador (...) no hay universidades saludables, pero si habemos universidades que estamos trabajando por que los universitarios se muevan en espacios más saludables (...) que tengamos políticas que promuevan estos espacios (Entrevista, profesional, México)*

Esta cita también deja claro que existen diferencias conceptuales, dado que cada noción se enmarca en un paradigma, y la forma de denominarlo determina las intervenciones que se agencian finalmente. En los tres países se observa la misma tendencia sobre los dos conceptos; es decir, no hay contundencia al hablar de las diferencias, incluso algunos sujetos consideran que independientemente del término que se utilice las acciones siguen siendo inmodificables.

#### **4.2.1.1.9. Contextos**

Uno de los condicionantes de mucha relevancia para el diseño e implementación de intervenciones en universidades saludables es el contexto particular donde se ubican las universidades y sus respectivos campus. Esto al considerar el espacio universitario como un sistema abierto que se construye como entorno por el aporte y la influencia de cada uno de sus stakeholders, quienes traen

todo su cúmulo de influencias externas a los campus. De otro lado otras particularidades geográficas, demográficas, socio-políticas, culturales, económicas, ambientales también tienen la potencialidad de influir en las universidades y sus entornos internos. En la Tabla 19 se presentan las nociones más significativas sobre los diferentes contextos en cada uno de los países de la muestra.

**Tabla 19**

*Menciones sobre contextos*

España			
Global	Nacional	Local	Institucional
<p>Las acciones de universidad saludable están enmarcadas dentro de los ODS, en particular el número 3 que apunta a los temas de bienestar y de salud</p> <p>La pandemia generada por el COVID- 19, la cual inició desde finales de 2019 impactando todas las dimensiones de la vida en los países y las organizaciones.</p>	<p>Se mencionaron limitaciones presupuestales debido a la crisis vivida en la primera década del siglo XXI y la que aún según afirmaciones no se ha podido superar plenamente.</p> <p>Hay legislación sobre el acoso.</p> <p>Se enfatizan algunos problemas como el alto consumo de alcohol y cigarrillos en las universidades.</p> <p>No existencia de una ley que prohíba el expendio de licor en las universidades, solo hay multas por beber “el botellón” en la calle.</p> <p>En lo social se está viviendo una situación de pérdidas de empleo por la pandemia.</p>	<p>No hay muchas ventas ambulantes de comida en las calles.</p> <p>Cerca de los campus hay expendio de drogas, alcohol y cigarrillos.</p> <p>En algunas universidades por su ubicación es difícil el uso de medios sostenibles de movilidad; hay carriles bici; el medio más usado es el coche y con un solo ocupante; en las islas no hay bicicletas públicas.</p> <p>Planes gubernamentales para el tema de manejo de residuos en las islas</p>	<p>A pesar de que hay normas internas sobre el acoso en algunas universidades, esta problemática está presente.</p> <p>Cada universidad es libre de regular el consumo de alcohol en sus campus lo cual hace que se maneje a discreción.</p> <p>Mala alimentación de los estudiantes universitarios (comen mucha grasa y dulces);</p>
México			
Global	Nacional	Local	Institucional
<p>El problema de deuda externa en Latinoamérica que hace más escasos los recursos para los sectores sociales vulnerables y para las instituciones públicas. Se menciona el tema de los ODS aunque no se evidencia una gran articulación de las acciones a objetivos concretos.</p>	<p>Dentro de los problemas sobresale la obesidad como segundo en prevalencia, el primero es caries dental.</p> <p>Hay muy poca actividad física.</p> <p>El alcohol es lo que más se consume.</p> <p>Un problema muy grave es el consumo de refrescos azucarados, por lo que está en trámite una ley para prohibir venta de bebidas azucaradas de alto contenido nutricional.</p> <p>Existe presencia de altos niveles de violencias en el país, en algunas zonas es más complejo este fenómeno.</p> <p>No se le da la importancia suficiente a la actividad deportiva por parte del estado, la actividad física es obligatoria solo hasta secundaria.</p>	<p>El servicio de salud provee métodos de planificación familiar de forma gratuita y sistematizada a los estudiantes; hay un programa en todas las escuelas para el sobrepeso y la obesidad; hay un grupo multisectorial para el tema del VIH con jornadas de detección y pruebas voluntarias.</p> <p>Por situaciones de la violencia que se vive la secretaría de salud no puede acceder a todas las instituciones de educación.</p> <p>Cerca al campus hay muchas ventas ambulantes.</p> <p>Prácticas culturales insalubres.</p> <p>Ofertas de tabaco y alcohol las 24 horas.</p>	<p>Factores de riesgo para estudiantes: sedentarismo, dieta hipercalórica, alimentos ultra procesados, falta de sueño, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción (cannabis), ansiedad y depresión.</p> <p>El contexto de violencia genera pérdidas cercanas para los estudiantes; hay violencia en el noviazgo, en la familia; estudiantes han recibido agresiones; depresión por aislamiento, falta de convivencia social en los estudiantes reflejados en intentos de suicidio.</p>
Colombia			
Global	Nacional	Local	Institucional
<p>El COVID-19 que ha impactado las dinámicas en los campus.</p> <p>Los ODS, aunque similar a México no se evidenció la articulación concreta</p>	<p>Problemas sociales o económicos que generan altos niveles de violencia en los territorios, entre ellos donde se ubican los campus universitarios. Se están viendo incrementados por los efectos negativos de la pandemia, al punto que en el 2021 se realizó un paro nacional de casi todos los sectores por espacio de más de dos meses (en algunas universidades públicas casi cuatro meses) con muestra en muchas de las ciudades de un gran estallido social que ha dejado en evidencia las principales contradicciones estructurales del Estado.</p> <p>Existe la ley antitabaco (1335) y la ley que regula la convivencia laboral</p>	<p>En algunas ciudades como Medellín, se empezó a hablar de Universidad Saludable con la estrategia de municipio saludable.</p> <p>Algunos campus se ubican en barrios o zonas con altos problemas de inseguridad.</p> <p>En general los entornos sociales del País son de mucho riesgo, desigualdad e inequidad y violencias</p>	<p>Alimentación inadecuada en los estudiantes con alto consumo de azúcares y grasas en la dieta.</p> <p>Altos niveles de consumo de alcohol, drogas (especialmente marihuana) y cigarrillos por parte de estudiantes universitarios.</p> <p>Baja frecuencia de actividad física.</p>

Este reconocimiento de la influencia de los contextos es muy relevante cuando nos aproximamos a las intervenciones propias de cada universidad. En cada país de la muestra se evidenció el lugar que se le da a programas y actividades dirigidos a estos aspectos contextuales. No es casual que en una universidad de Colombia y en una de México al programa de universidad saludable se le agregó el concepto de “segura”, en clara respuesta a una demanda contextual por lo que se vive en los entornos próximos a los campus. Así mismo, se mencionan en estos dos países latinoamericanos problemas asociados a las violencias que se viven actualmente. De la misma forma se podrían referenciar en las universidades de España aspectos propios del contexto que son notorios en las intervenciones de universidad saludable. Uno de los más relevantes, por ejemplo, es la connotación que se le está dando a los ODS en las universidades, así como los temas de acosos y exclusión de grupos sociales que se retoman puntualmente a la hora de formular e implementar acciones internas.

#### 4.2.1.1.10. Aspectos de la Gobernanza Universitaria Claves en el Proceso

Considerando la gobernanza universitaria como uno de los elementos fundamentales tanto para el diseño como para la implementación y sostenibilidad de las acciones de universidad saludable, y sin pretender hacer un análisis demasiado profundo, pero sí una aproximación para comprender y describir esta dimensión dentro de las intervenciones, se optó por el modelo de Hufty denominado MAG (Modelo Analítico de Gobernanza). A partir de las cinco categorías analíticas de este modelo se realizó la interpretación de los datos tal como se observa en la Figura 13.

**Figura 13**

*Resultados sobre gobernanza desde el Modelo Analítico de Gobernanza de Hufty (2010)*



En cuanto a los *problemas*, no se definió uno en particular; se asumió como orientación lo que se relacionó con limitaciones a la hora de consolidar las intervenciones de universidad saludable. Los *actores* fueron todos los stakeholders que intervienen pasiva o activamente y se implican en las normas sociales y en los procesos; en este caso todo lo referido a universidad saludable. Las *normas*, a su vez, más que leyes o mandatos escritos se refieren a cómo se legitiman o regulan los aspectos implicados en universidad saludable y quiénes intervienen en su concreción. Igualmente, para los actores se considera importante la relación con los recursos y el poder sobre estos. Los *puntos nodales* son los escenarios tanto físicos como virtuales de intercambio en donde se tramitan los problemas, intervienen los actores, procesos, acordando normas sociales y decidiendo los derroteros a seguir (Hufty, 2010). La última categoría analítica del modelo corresponde a los *procesos*; en el caso de las universidades saludables estos se enmarcan en los ejes misionales de cada institución y en las articulaciones que se tejen al interior y al exterior.

De acuerdo con los datos obtenidos se puede establecer que los aspectos asociados a la gobernanza universitaria con base en este modelo de análisis hacen parte de los factores claves para el éxito o fracaso de las intervenciones en universidades saludables y de la consolidación que tengan estos en el futuro cercano.

### **Actores de Universidad Saludable**

Respecto a los sujetos entrevistados, que tienen a su cargo los programas articulados en universidad saludable, el 70% son profesionales de áreas de la salud (Médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, nutriólogos-nutricionistas, entre otros); el 30% restante son de otras profesiones( como biólogo, ingeniero, arquitecto, licenciados, técnicos). Estos datos nos indican la gran participación de las áreas de la salud en la dirección y liderazgo de las intervenciones, lo cual puede ser debido a la denominación de “universidad saludable”, lo que puede ser una barrera para articular otras áreas de la universidad.

*“Porque lleva el nombre de salud, que es otro de los pecados originales; si tú le pusieras de otra forma entonces sería más visible (...) todas las profesiones tenemos que ver con la calidad de vida y la calidad de vida está muy asociada a la salud ¿no? (Entrevista, directivo de Red, México)*

Uno de los caminos evidenciados para permear los enfoques bio-médicos en la formación de los recursos humanos de la salud fue la transversalización de algunos contenidos de la promoción de la salud en los currículos; lo cual se advirtió tanto en México como en Colombia, no siendo percibido en España. Este es uno de los desafíos para las universidades; algunas lo están asumiendo más decididamente que otras. Vale la pena ahondar en este proceso no solo para avanzar en nuevos paradigmas institucionales si no para la transformación de las políticas en salud de los países.

Entrando a detallar los actores internos que se mencionaron por parte de los sujetos como intervinientes en las universidades saludables, se encontró que la mayoría asocia a los empleados que son la categoría administrativa para el personal de apoyo y gran parte de la dirección de procesos administrativos. Se identificaron 38 menciones en este sentido. En un segundo lugar están los estudiantes con 16 menciones; luego los profesores con 12 menciones; los egresados con 6; y otros actores tienen una mención. Con estos datos se observa como los profesores que han sido los pioneros de las intervenciones, ocupan el tercer lugar en menciones; los estudiantes tienen una mención relevante dado que muchas de las actividades se apoyan en grupos de voluntarios, monitores, pasantes, practicantes, semilleros de investigación o estudiantes de programas asociados a la salud principalmente.

En cuanto a los actores externos a las universidades, y que son mencionados por los sujetos responsables de las acciones, aparecen como principales los representantes de instancias gubernamentales; específicamente los de nivel local o regional con quienes se establecen articulaciones de cooperación. Esto es más reconocido en México y en España, donde las secretarías de salud, los ayuntamientos, los institutos de salud -por el alcance de los programas y políticas de salud existentes- tienen alguna incidencia en poblaciones universitarias. Particularmente en México se observó que en materia de salud sexual y reproductiva desde las secretarías de salud hay un gran despliegue en cuanto a proporcionar métodos de planificación para estudiantes universitarios de forma gratuita. En Colombia se mencionaron pocas articulaciones con estos actores gubernamentales; observando una tendencia en las universidades de la muestra a desarrollar sus intervenciones aisladas de las políticas y programas externos.

Otros actores externos referenciados son la comunidad, las ONGs, la familia, los adultos mayores y/o pensionados. Las menciones son muy pocas sobre estos actores, pero giran en torno a coordinar acciones puntuales o a que son público o asistentes a algunas actividades.

Por su significancia se analiza en renglón a parte la articulación de las universidades saludables

---

con las diferentes redes de cooperación. Como se ha dicho, estas redes han sido muy importantes para iniciar, potenciar o jalonar a las universidades en este caso de Iberoamérica para la adopción de estrategias de intervención desde el enfoque de promoción de la salud. En la Tabla 20 se hace un compilado de las diferentes Redes con las que los sujetos entrevistados mencionaron tener algún tipo de vinculación, salta a la vista que en el caso de España se describen un gran número de estas Redes, mientras en México y Colombia la interacción con Redes es menor.

**Tabla 20**

*Articulación con REDES de cooperación*

<b>España</b>	<b>México</b>	<b>Colombia</b>
– REUS	– RIUNIVERSIDAD	– REDCUNIVERSIDAD
– Red Valenciana de Universidades Saludables	Promotora de Salud	Promotora de Salud
– Red Catalana	– REMUNIVERSIDAD	– RIUNIVERSIDAD
– CRUE	Promotora de Salud	Promotora de Salud
– RIUNIVERSIDAD Promotora de Salud	– Red de Huertos Universitarios.	– Red de Universidades Promotoras de Salud de Antioquia
– Red Solidaria Sanitaria de Castellón	– ANUIES.	– Red de Universidades Promotoras de Salud de Medellín;
– Xarxa Luis Vives		– ASCUN
– Xarxa de las Universidades Públicas Valencianas		
– Red Estatal de Universidades		

Como estructuras, las redes no cuentan con una organización fija, son itinerantes, no hay presupuestos ni recursos logísticos permanentes, no tienen jerarquías ni burocracias propias. Esto facilita el intercambio y la construcción de sinergias institucionales; sin embargo, por estas mismas características a veces no avanzan como las universidades esperan.

*“El 80% de las universidades españolas están en la red y nuestro objetivo es hacer que el 100% de las universidades estén en la red” (Panel de directivos RIUPS, Palma de Mallorca-España).*

*“Mi visión de la red mexicana a cinco años, está en tener una contribución muy importante en la aprobación de políticas públicas para el posicionamiento del tema de crear mejores condiciones de vida y de salud”, (Entrevista, directivo de Red, México).*

Lo que se puede interpretar sin duda es la relevancia que han tenido las redes en especial la RIUPS, y las redes nacionales (REUS, REMUPS, REDCUPS) en todo el proceso de universidades saludables en los tres países. Sin embargo, se plantean desafíos futuros para superar algunas de las debilidades mencionadas y trascender a espacios internacionales y nacionales de decisión en las políticas

### **Recursos**

Es bien sabido que cuando se habla de intervenciones (como es el caso de universidades saludables) se debe hablar necesariamente de recursos (humanos, financieros, tecnológicos, locativos, entre otros) durante todo el proceso de estas. En este componente de recursos se presentan algunos aspectos asociados a su disponibilidad, entre ellos: la existencia de una política, y/o de planes, programas o proyectos institucionales de universidad saludable; el carácter de la universidad (pública o privada); el tamaño y complejidad que tengan; y sobre todo la situación política y socio-económica que rodea estas instituciones.

Lo primero que se puso en evidencia al analizar los datos disponibles fue una paridad entre las menciones que califican los recursos disponibles como suficientes y los que piensan lo contrario. Al cuantificar las menciones en uno y otro sentido el resultado fue que 13 de ellas consideraron suficientes los recursos para los programas y actividades, mientras que 14 expresaron que tales recursos eran insuficientes.

*“Según el promedio nacional de las universidades estamos por menos de la mitad de los recursos recomendables” (Entrevista, profesional, México).*

*“En concreto el proyecto como tal de Universidad Saludable, en 2019 se recortaron nuevamente los recursos y en 2020 no se asignó presupuesto” (Entrevista, profesional, Colombia).*

Según estas citas, es evidente que para las universidades se considera muy importante disponer de más recursos para las intervenciones. Se consideramos el panorama de 2020 y 2021 generado por la pandemia del COVID-19, y en Colombia aumentado por los efectos negativos de un paro nacional prolongado (un poco más de dos meses), se ve como algo improbable; los recursos en general han disminuido y todos los sectores han resultado afectados incluyendo la educación superior.

No obstante, como se pudo establecer con las observaciones y algunas menciones, en una sede universitaria de provincia en México, cuyos recursos financieros y locativos son muy limitados, se ha potenciado la participación de los actores, principalmente de los estudiantes, quienes con alto compromiso dentro de los procesos de universidad saludable ayudan a la consecución de recursos mediante todo tipo de actividades de recaudo.

Aunque no es la situación más deseada en ninguna organización, la falta de recursos para las intervenciones en universidades saludables abre la puerta para la innovación y la creatividad de sus stakeholders.

### **Normativas**

Un aspecto en el que se refleja la gobernanza universitaria es en los marcos normativos con que cuentan las universidades, los cuales se deconstruyen y construyen permanentemente influidos no solo por las presiones y procesos de negociación o participación entre los stakeholders internos, si no por el avance legislativo o incluso las presiones a nivel local, nacional y global.

En primera instancia, frente a las *normativas externas* que se mencionan con fuerza aparecen nuevamente los ODS como parámetros para la planeación en los países y, en general, en todas las organizaciones. Específicamente, para el tema saludable se habla del objetivo tres (3) relacionado con el bienestar y la salud; aunque también se afirmó que, en general, todos los objetivos se relacionan con las dimensiones de la salud.

Clasificando las menciones de los sujetos frente al tema normativo en las universidades, se encontró en este sentido una gran relevancia dada a las políticas como instrumento de mayor rango y que tiene la capacidad para intervenir determinadas problemáticas o situaciones en los campus. Estas, además, obligan a la articulación de toda la estructura organizacional, garantizando el flujo y asignación de los diferentes recursos que se requieran; así mismo se incorporan a los planes que cuentan a su vez con metas e indicadores para su monitoreo y evaluación.

Los planes se evidenciaron como el instrumento más legitimado para trazar las acciones futuras de las universidades y particularmente en Colombia y México se aprecia una preponderancia por este

instrumento, al que se fijan periodos de tiempo que coinciden en algunos casos con los periodos de gobierno rectoral (3 o 4 años) según cada universidad.

Es pertinente también decir que se encontró confusión respecto al tipo de normativas universitarias y sus respectivos alcances, pues hay una tendencia a magnificar ciertas acciones, regulaciones o reglamentos como políticas por el hecho que estén escritas en un plan. En la Tabla 21 aparecen los comentarios que los sujetos hicieron sobre los elementos normativos que se identificaron, en su orden de importancia las políticas, planes y demás mecanismos normativos presentes en las universidades.

**Tabla 21**

*Comentarios sobre normativas universitarias*

Sobre las políticas internas	Sobre los planes	Sobre otras normas
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hay políticas (discapacidad, promoción de salud, ambiental, género).</li> <li>– Cuando se implementan se alinean acciones y definen recursos.</li> <li>– Son para largo tiempo.</li> <li>– Se plasman en el Planes Maestros o de Desarrollo.</li> <li>– Surgen cuando la Dirección reconoce la importancia.</li> <li>– Desde las Redes se impulsa para que sea una política.</li> <li>– La política indica, pero es difícil de cumplir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hay un plan maestro para la sustentabilidad y algunas unidades o centros pueden tener planes propios.</li> <li>– Hay un plan de desarrollo institucional y plan de salud que va dentro de ese plan. El Rector pide ciertos indicadores para medir su cumplimiento.</li> <li>– Hay plan de desarrollo a 10 años y planes programáticos por periodos rectorales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hay normas externas de obligatorio cumplimiento como la seguridad social, derechos humanos, alimentos, comercio justo, cafeterías, consumos.</li> <li>– Los estatutos abarcan a toda la comunidad interna y externa.</li> <li>– Los estudiantes entienden que los reglamentos son para cumplirlos.</li> <li>– Hay normas externas, que no impiden que se sancione administrativamente al interior.</li> <li>– Se pueden regular prohibiciones como consumir alcohol.</li> <li>– Las políticas se implementan con resoluciones internas</li> </ul>

Frente a las políticas como máxima norma institucional reconocida, se menciona la existencia en los tres países de algunas relacionadas con las dimensiones de salud, entre ellas de discapacidad, ambientales, de igualdad. Así mismo, se menciona que existe un direccionamiento desde las Redes para formular políticas de universidad saludable apoyando el criterio que esto es el reconocimiento por parte de las direcciones universitarias sobre la importancia y desarrollos en este campo.

Respecto a las normas externas asociadas a las dimensiones de la salud, se identificaron algunas limitaciones que tienen las universidades para su cumplimiento, entre ellas: la debilidad

institucional para la vigilancia y control de ciertas problemáticas, las propias lógicas de los actores implicados, la falta de experticia institucional para aplicar algunas sanciones a temas que tienen implicaciones administrativas pero que pueden tener efectos disciplinarios o penales, como por ejemplo el acoso o ciertas violencias.

En los tres países se pudo observar que los sujetos responsables de los programas muestran un gran interés para alinear algunas intervenciones saludables a las normativas externas.

Finalmente, se podría decir que, pese a que las legislaciones gubernamentales son de obligatorio cumplimiento dentro de los Estados o territorios a los que se dirijan, también es cierto que la autonomía de las universidades abre la posibilidad de comprender sus propios problemas, sus propias dinámicas y apuestas. De esta manera se interviene, con su capacidad institucional, sobre lo que se considere más impactante o estratégico para sus comunidades.

### **Órganos de Gobierno**

Este aspecto se analizó desde las manifestaciones de los sujetos entrevistados, complementados con los resultados del análisis documental y las búsquedas de información oficial en páginas web de las universidades.

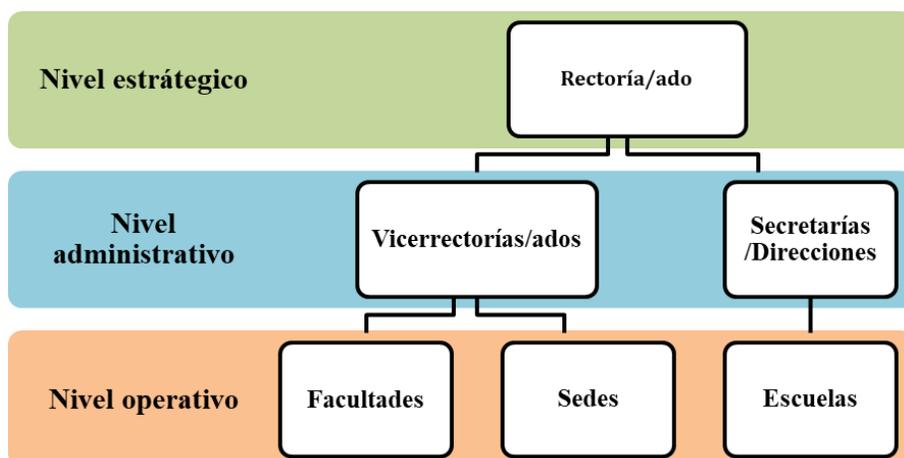
Lo primero que salta a la vista, cuando se recogen las menciones de los sujetos sobre los órganos o instancias administrativas de la universidad con la que se articulan, es que a pesar de que los aspectos medulares de las misiones universitarias coinciden, cada institución -ya sea pública o privada- dentro de su propia autonomía determina su estructura de gobierno. La mayoría es de conocimiento público a través de los sitios web institucionales o de documentos oficiales publicados.

En los tres países se encontró al menos tres niveles jerárquicos (Figura 14) apoyados en su mayoría por entes colegiados. En el primer nivel se ubica la Rectoría o Rectorado; en un segundo nivel aparecen las vicerrectorías, vicerrectorados, secretarías, o direcciones; y en un tercer nivel figuran las unidades, departamentos, facultades, centros, institutos y sedes regionales o locales. Dentro de

cada nivel se encuentran, a su vez, otra serie de estructuras micro cuyo tamaño depende de la complejidad<sup>1</sup> y políticas de cada universidad.

**Figura 14**

*Niveles jerárquicos identificados en las universidades*



Lo anterior se puede observar en los organigramas o estructuras de cada universidad, aunque dependiendo del tamaño y estrategias de regionalización se evidencian un gran número de órganos administrativos y/o académicos, que en general se ubican en cada uno de los tres niveles jerárquicos. De esta forma los consejos superiores, juntas directivas, juntas de gobierno, consejos de dirección, consejos académicos, de facultades, de escuelas o departamentos y los comités o comisiones, son entes en su mayoría de carácter colegiado que también se pueden clasificar en uno de los tres niveles jerárquicos.

Un elemento para enfatizar, es que se pudo obtener los organigramas de las universidades de México y Colombia; mas no así las de España pues no se encontraron de acceso público los organigramas oficiales, solo se obtuvo los órganos de gobierno con los actores que los ocupan, con lo cual no es factible definir que los tres niveles jerárquicos evidentes en las universidades latinoamericanas de la muestra sean los mismos; aunque según la denominación de estos órganos es muy probable que coincidan.

---

<sup>1</sup> El criterio establecido dentro de esta investigación para hablar de alta, mediana o baja complejidad de las universidades de la muestra, está ligado solamente al número de estudiantes con que cuentan, en este sentido se estableció que las universidades con hasta 10.000 estudiantes son de baja complejidad, las que cuentan hasta con 20.000 estudiantes son de mediana complejidad y las que cuentan con más de 20.000 estudiantes se consideraron de alta complejidad.

Según las menciones de los sujetos responsables de las intervenciones en universidades saludables consideradas de baja complejidad, los aspectos positivos son muchos, entre ellos la facilidad de tomar decisiones, de convocar la participación, de coordinar, de comunicar y de hacer. Al final, esto propicia que el impacto de lo que se hace sea más visible, no solo al interior si no al exterior. Además, este impacto más visible les ha permitido a algunas sedes universitarias, escuelas, facultades o centros convertirse en el referente o modelo para políticas o intervenciones que abarquen la totalidad de la universidad. Por el contrario, en las universidades de alta complejidad por su tamaño, se dificultan el desarrollo y el impacto de las acciones.

En general, se reconoce la complejidad de las universidades, independientemente de su tamaño o carácter, para construir sus lógicas y estructuras de gobernanza.

### **Participación**

En general en todas las universidades de la muestra se mencionaron mecanismos, niveles y formas de participación en las intervenciones. Dentro de estas menciones la mayoría apuntó al rol como actor haciendo referencia a la posibilidad de incidencia en el diseño, implementación o evaluación de la intervención; unas pocas menciones hablaron sobre el rol como beneficiario o asistente a las intervenciones. El que las menciones hablen de un rol como actor dentro de los procesos participativos está relacionado directamente a las características de los sujetos participantes, pues hacen parte de los equipos, ya sea como funcionarios o como voluntarios.

En el caso de una universidad de México fue posible conocer de primera mano las apreciaciones del grupo de estudiantes voluntarios del programa de universidad saludable, donde se hicieron visibles las expectativas, motivaciones y logros vividos en el proceso. Además, se evidenció el nivel de compromiso con cada una de las actividades que se realizan en el programa. Esto no fue posible observarlo en los otros países ni en las otras universidades de la muestra. No obstante, por la cantidad de menciones obtenidas se considera la participación como otro de los puntos clave que se perciben a la hora de pensar en el fortalecimiento y consolidación de los programas e intervenciones en general.

Un elemento común encontrado en las menciones en todas las universidades tiene que ver con la baja participación de los docentes, tanto en el diseño como en la implementación o evaluación de las acciones. La relevancia de este aspecto es evidente al punto que en varias de las universidades

se señaló como una gran debilidad o un aspecto a mejorar. Por el contrario, en algunas universidades se reconoce la importancia de la participación de otros actores como los administrativos y los egresados.

Algunas menciones se refieren a la participación de los stakeholders como un gran desafío para las intervenciones. Otro reto identificado es ampliar los espacios de participación, sobre todo los de asistencia a distintas actividades que se programan a otros actores (como egresados, jubilados, pensionados, contratistas o comunidades vecinas).

Los datos obtenidos sobre este ítem nos muestran que, según los niveles de participación enunciados por los sujetos de la muestra, es más frecuente la *comunicación* que surge y fluye de arriba hacia abajo; aunque se mencionaron también la *consulta* cuando se abordan los stakeholders para conocer sus opiniones o demandas específicas. La *participación* que debe fluir tanto de abajo hacia arriba y viceversa no se pudo evidenciar; se pueden ver atisbos de esto en las menciones sobre consejos o representantes estudiantiles, aunque desconociendo su trascendencia en la construcción o diseño de políticas e intervenciones.

Respecto a las variables sugeridas por Merhi, fueron evidentes, plenamente, la información, motivación y percepción de utilidad en los relatos de los estudiantes del voluntariado de universidad saludable en una universidad de México.

En términos generales, analizando los enunciados sobre participación se considera este como un aspecto relevante a fortalecer en todas las universidades de la muestra, sobre todo en lo que se relaciona con docentes y empleados.

### **Articulación con la Misión Universitaria**

A lo largo de la historia de las universidades se han podido identificar al menos tres ejes misionales que son: Formación, Investigación y Proyección Social (este último denominado, actualmente, también en algunas universidades como Responsabilidad Social Universitaria).

En este sentido, al clasificar las menciones asociadas a los ejes misionales nos encontramos -tal como se observa en la Tabla 22- que el que presenta un porcentaje mayor entre los sujetos es el de formación; y, en segundo lugar, el bienestar: seguido de la investigación y de la proyección social. Lo que sí sorprende y genera preguntas adicionales es que los ejes de investigación y de proyección

aparecen con unas menciones muy bajas. De hecho, algunos sujetos refieren la investigación como una de las debilidades de las intervenciones en universidad saludable y lo resaltan como un desafío a trabajar, esto asociado también con el bajo número de publicaciones que se hacen en este ámbito.

**Tabla 22**

*Articulación de las menciones con respecto a los ejes misionales*

---

<b>Ejes misionales</b>	<b>Número de menciones</b>	<b>Porcentaje</b>
Formación	128	54 %
Investigación	34	14 %
Proyección/Responsabilidad social	34	14 %
Bienestar	40	17%
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100%</b>

---

Otro aspecto para explicar por qué las intervenciones se asocian más al eje formativo es la naturaleza de quienes han impulsado las acciones saludables o de promoción de la salud. En su totalidad profesores de las áreas de salud que, en el recorrido vivido desde el surgimiento a la fecha, han incorporado a sus labores docentes la promoción de la salud y han evidenciado los impactos positivos de estos componentes.

Sin embargo, ver el alto grado de importancia del eje de formación en las intervenciones plantea la duda sobre ¿qué pasa con las intervenciones en los demás entornos y con el resto de stakeholders que conforman las comunidades universitarias? Obviamente se reconoce el poco recorrido vivido desde el surgimiento de los programas, políticas y demás intervenciones, pero también se ha evidenciado que el marco conceptual del que surgen es el de entornos saludables.

Dentro de las razones que se dan para mencionar el bajo nivel de la investigación dentro de las intervenciones está la falta de recursos y depender de instancias de servicios que no cuentan con profesionales con dedicación a la investigación. Esto implica buscar articulaciones con grupos de Unidades Académicas con líneas afines a universidad saludable.

Las pocas posibilidades de construcción de conocimiento y/o de su apropiación están totalmente ligadas a los equipos profesionales con los que se doten los programas. Tal como se evidenció en

los tres países, principalmente en México y España, los responsables de los programas en su mayoría son profesores de planta con asignaciones de tiempo parcial, lo que resulta poco atractivo para los docentes que tienen sus grupos y líneas de investigación activas. Los que asumen esta responsabilidad por su motivación personal terminan sobrecargados y, a pesar de eso, buscan desarrollar investigaciones para fortalecer las intervenciones.

En cuanto al eje de proyección social, lo más significativo es evidenciar cómo en las misiones y visiones de las universidades se está dando un despliegue importante a los asuntos ambientales. Esto resulta evidente en las dos universidades de Colombia y en una de México que, en esencia, demuestran la responsabilidad de las universidades con los entornos naturales que habitan.

#### **4.2.1.2. Operatividad**

Esta segunda categoría emerge de las dimensiones y propiedades que dan cuenta de aquellos aspectos identificados de forma deductiva mediante algunas pre-categorías y de forma inductiva desde los datos (Figura 15), los cuales se asocian a todo aquello que implica una influencia en el proceso de implementación de las intervenciones. Algunas propiedades pueden tener connotación, además, como aspecto condicionante; no obstante, se incorporó a esta categoría por la importancia mayor que se le asigna en la implementación de las acciones.

#### **Figura 15**

*Factores que inciden en la operatividad de las intervenciones de universidad saludable*



#### 4.2.1.2.1. Características de las Intervenciones (Tipos, Niveles y Formas de Gestión)

Lo primero que resulta de las menciones es la gran variedad de intervenciones que se vienen realizando, cuyos niveles (según la literatura organizacional y de acuerdo con las nociones expresadas por los sujetos) se encuentran en gradación con su orden de importancia, su permanencia en el tiempo y su articulación con el entramado institucional. En la Figura 16 el mayor rango se otorga a la importancia de las políticas. Posteriormente, a los planes que, a su vez, se desagregan en programas, servicios y estrategias; de los cuales se desprenden los proyectos como unidad temporal específica de intervención; y, finalmente, las actividades. Dentro de estas últimas aparecen talleres, acciones, charlas, campañas, jornadas, cursos cortos, capacitaciones, entre otros.

**Figura 16**

*Niveles de intervención institucional*



Sobre los tipos de intervención el que más menciones presentó fue el de actividades, con un número muy alto de referencias (62% del total), seguido de programas (17%), políticas (13%), estrategias y otros tipos de actividades (5%). En la Tabla 23 se detallan los datos con su respectivo porcentaje.

**Tabla 23**

*Tipos de intervención que se implementa*

	<b>Número de menciones</b>	<b>Porcentaje</b>
Actividad	219	62 %
Programa	61	17 %
Política	45	13 %
Proyecto	13	4 %
Estrategia	4	1 %
Otro	13	4 %
<b>TOTAL</b>	<b>355</b>	<b>100%</b>

En general, son las actividades las formas de intervención privilegiadas por los responsables en cada una de las universidades, lo que podría ser lo esperado en estos escenarios. No obstante, es muy notorio el uso de este tipo de intervención y muy baja la mención sobre tipos de intervención de mayor nivel, duración y trascendencia como programas, planes o políticas.

Otro elemento que llama la atención, particularmente en las universidades de México y Colombia, es la mención continua a los planes (ya sean estratégicos, institucionales, de desarrollo, de sostenibilidad, o maestros, entre otros). Y, en este marco, se habla de proyectos, sobre todo en Colombia donde se ha asumido el marco de Gestión Estratégica de Proyectos como lógica para la intervención en lo social y, particularmente, en la salud.

El caso de las universidades de España es distinto, dado que no se hicieron menciones que evidenciaran las mismas formas de planeación y gestión que sus pares de Latinoamérica. Igualmente, desde la revisión documental se reconocieron planes rectorales y estructuras organizacionales que se crean por parte de las instancias de dirección, hablando más de programas y más aún de actividades.

En general, se observan formas de gestión muy específicas de cada universidad, pero en ninguna de ellas se pudo evidenciar impactos sobre las situaciones más relacionadas con los entornos y las personas.

Particularmente, dentro de las dependencias mencionadas por los sujetos con las cuales realizan diversas articulaciones, sobresalen las dependencias propias del bienestar universitario, de

formación integral, del área de la salud o dependencias encargadas del talento humano y demás obligaciones contractuales. También se mencionan las diferentes Unidades Académicas, Sedes, Facultades, Escuelas, entre otras.

El tamaño y la complejidad que tienen las universidades afecta a la articulación necesaria que debe existir para que las intervenciones como las de universidad saludable ganen en despliegue, reconocimiento e impacto. Algunos profesionales remarcan la “desarticulación interna” como una gran limitación para el avance de los programas especialmente en las universidades grandes; mientras que todo lo contrario se afirma en las pequeñas.

Por otra parte, analizando los datos sobre las dimensiones de la salud implicadas en las intervenciones mencionadas por los sujetos, podemos observar que en la Tabla 24 el mayor número de menciones apuntan a la dimensión física de la salud. En menor medida aparecen las intervenciones enmarcadas en las dimensiones mental, ambiental y social, las tres con un número de menciones similares); y la dimensión menos intervenida es la espiritual.

**Tabla 24**

*Dimensiones a las que se asocian las intervenciones*

---

<b>Dimensiones</b>	<b>Número de menciones</b>	<b>Porcentaje</b>
Física	192	51 %
Mental	66	18 %
Ambiental	56	15 %
Social	54	14 %
Espiritual	8	2 %
<b>TOTAL</b>	<b>376</b>	<b>100 %</b>

---

Estos datos siguen reafirmando que las intervenciones enmarcadas o articuladas desde los programas de universidad saludable privilegian la dimensión física de la salud; incluso en las universidades donde se encontró gran aceptación por los paradigmas salutogénico y holístico. Estas intervenciones, en su mayoría, apuntan al desarrollo de actividades físicas y de estilos de vida, principalmente, sobre temas de alimentación saludable y actividad física. Otro aspecto visible es que en esta dimensión física también se reconoce la influencia del enfoque de riesgo, por ejemplo en temas como: consumos adictivos nocivos, riesgos cardiovasculares, salud sexual y reproductiva, entre otros.

Es notable que se reconozca la importancia de la dimensión mental en los entornos saludables, pero parece ser que su intervención es muy limitada, evidenciando también una predilección por el enfoque de riesgo en temas tan graves como el suicidio, por ejemplo.

Sobre la dimensión social de la salud, las intervenciones que se pueden articular se enfocan en temáticas como las violencias, los acosos y la inclusión. En la mayoría de las universidades donde se menciona estos asuntos se evidencia que estas intervenciones surgen al margen de los programas de universidad saludable, aunque por su característica terminan encontrando algunos puntos de conexión.

En España se identificó la gran importancia dada a los asuntos de igualdad con dependencias específicas para su manejo, incluso con más trascendencia organizacional que el programa de universidad saludable.

En el caso de Latinoamérica, donde esta problemática podría decirse que es más evidente, las universidades están construyendo políticas o estrategias que aún no muestran impacto (al menos reconocido en las menciones analizadas). De la misma forma, temas como las violencias que afectan los campus universitarios en las universidades de México y Colombia vienen siendo poco abordados de forma consistente dentro de la dimensión social.

Los datos del estudio evidenciaron que la dimensión ambiental, de igual forma que la social, en la mayoría de las universidades se está abriendo paso impulsada por los ODS y por la emergencia ambiental que enfrentamos. Las intervenciones muestran desarrollos significativos, aunque al margen en la mayoría de las universidades, de los programas de universidad saludable; tal vez por su importancia mediática y los impactos negativos para la vida ha ganado incluso más espacio en las instituciones, sobre todo en México y España.

El bajo número de menciones sobre intervenciones en la dimensión espiritual da cuenta que, aunque desde el paradigma holístico se reconoce como una dimensión necesaria para la salud y la vida en general, las experiencias de intervención aún son incipientes con las diferencias de enfoque, sobre todo entre México y España. En Colombia se reconocen algunas acciones en esta dimensión muy puntuales como la incorporación del “mindfulness”, por ejemplo, en algunas asignaturas de vida universitaria y las prácticas propias de los grupos no institucionales, básicamente de estudiantes que profesan religiones basadas en el cristianismo.

Otro elemento de las intervenciones, que junto con las dimensiones de la salud es necesario analizar, corresponde a los sujetos a quienes se dirigen las diferentes acciones de universidad saludable. Al respecto en la Tabla 25 se presentan cuantificadas las referencias sobre los sujetos a quienes se dirigen las intervenciones.

**Tabla 25**

*Stakeholder a quién se dirigen las intervenciones*

<b>Stakeholder</b>	<b>Número de menciones</b>	<b>Porcentaje</b>
Estudiantes	281	51 %
Docentes	134	24 %
Empleados	123	22 %
Comunidad	16	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>554</b>	<b>100 %</b>

A simple vista, la Tabla 24 muestra lo que parece ser lo esperado considerando la misión de las universidades, cuyo principal eje es la formación de profesionales y, por ende, la población de estudiantes constituye la mayoría de la comunidad universitaria.

Se observa un desequilibrio significativo en cuanto a quienes se dirigen las acciones, más aún cuando en las que se extienden a docentes y empleados se incluyen todas las actividades de asistencia masiva (como celebraciones, campañas, jornadas, torneos deportivos, capacitaciones, entre otras). Las acciones que son específicas para estas poblaciones están asociadas a los aspectos de obligatorio cumplimiento como son las contractuales, las referidas a la seguridad social y las demás vinculadas a las normativas gubernamentales que sean pertinentes.

El hecho de considerar fundamental la participación de los docentes en las acciones de universidad saludable tiene una connotación adicional, pues en las dinámicas propias de la vida universitaria los profesores constituyen un referente o modelo para las demás poblaciones, especialmente para los estudiantes. Simbólicamente al ver que los profesores participan de alguna actividad, las otras personas se motivan al considerar importante lo que se está haciendo.

En una de las observaciones en una universidad de México (Figura 17) se dio la oportunidad de participar en una actividad deportiva en la celebración del día de la actividad física en el País. En

esta actividad los directivos, docentes y funcionarios estaban masivamente encabezando los ejercicios coreográficos propios de la “Zumba”<sup>11</sup>; la asistencia de estudiantes fue mayoritaria y eran evidentes las muestras de interacción positiva al ver a sus profesores y directivos en esta jornada.

### Figura 17

*Imágenes de la celebración de la actividad física (Universidad en México)*



#### 4.2.1.2.2. Resultados

En general, tanto los relatos de los sujetos como los documentos de las Redes y la literatura encontrada apuntan que el componente de monitoreo y evaluación de las intervenciones en universidad saludable constituye el factor más crítico para el avance de los programas. En ninguna de las universidades se pudo identificar un proceso sistemático y consistente de evaluación, no solo para evaluar los impactos sino para medir los procesos.

---

<sup>11</sup> Zumba. Es una práctica que se ha masificado en América Latina y en general en América, consistente en rutinas de baile con música latina tropical y en general cualquier ritmo que facilite la activación física. Se utiliza como mecanismo de promoción de la salud cardiovascular, entre otros.

Se pudieron reconocer muchas posturas de los sujetos frente a las evaluaciones, donde imperan percepciones negativas, resistencia a estas actividades, e incluso posturas ideológicas de rechazo a los mecanismos de medición. Para tener una aproximación a estos constructos a continuación se analizan algunos de los hallazgos más significativos.

### **Impacto**

El impacto se entiende como el efecto positivo que se logra con la implementación de una acción concreta y que modifica el estado inicial del problema o del fenómeno. Para el caso de intervenciones en universidades saludable se obtuvo lo siguiente.

*El impacto...*

- Está en ser multiplicadores de promoción de salud en la casa y la comunidad
- Está en lograr los cambios que se fomentan
- Se ve reflejado cuando lo nota la familia y amigos; cuando observan los cambios en alimentación y ejercicio
- La evaluación de impacto es a largo plazo, se debe hacer después de 10 años
- Está en el mayor conocimiento que tienen de los talleres y cursos que se brindan
- Está en el trabajo con las cafeterías para que ofrezcan alimentos más saludables
- Se puede ver en el número de acreditaciones que logra la universidad
- Se refleja en el desempeño de los estudiantes cuando participan de actividades
- Solo se puede medir con investigación
- Es complejo de evaluar
- No se conoce universidades que tengan evaluación de impacto
- No es lo mismo el impacto cuantitativo en acciones de infraestructura que de cambios de comportamiento
- Una cosa es el número de personas que participa y otra es el impacto que se logra
- No se tienen cifras para medir el impacto

En general, todas estas ideas sobre el impacto de las intervenciones nos señalan que se trata de un proceso complejo, difícil de medir en el ámbito de los comportamientos y de las intervenciones sociales al cual incluso se tiende a resistir. Sin embargo, se acepta que sí se puede ver reflejado

precisamente cuando se evidencian cambios en las personas, por ejemplo en aspectos físicos, en estilos de vida, en los servicios de la universidad al interior como las cafeterías o en el aporte que hacen a los indicadores para procesos de acreditación, entre otros.

### **Proceso**

La evaluación referida a procesos consiste en darle un alto valor a cómo se realizan las intervenciones, a cómo se desarrollan estas, a su frecuencia y cobertura. En este aspecto las menciones más significativas apuntaron a que dentro de la evaluación del proceso...

- Se hacen evaluaciones sobre talleres o actividades de corta duración
- Se hacen algunas evaluaciones ya sea cuantitativas o cualitativas de aspectos específicos
- Se evalúan aspectos relacionados con el bienestar y la valoración de usuarios de los programas
- Se miden metas por política institucional
- Se hace evaluación de proceso cada año
- Se hacen valoraciones de factores de riesgo físicos y de comportamiento en estudiantes
- No se hacen frecuentemente
- Se hacen seguimientos y monitoreos con apoyo de instituciones gubernamentales

Las ideas sobre la evaluación de proceso indican una tendencia a aceptar más, por parte de los sujetos, este tipo de valoración. También se deduce que es la forma evaluativa más frecuente en los tres países, lo cual se justifica con criterios enmarcados en los sistemas de calidad o de mejoramiento que adoptan las universidades en donde se evalúa cada actividad dejando la trazabilidad objetiva sobre su realización.

Fueron muchas y variadas las percepciones que sobre evaluación mostraron los sujetos responsables de las intervenciones, lo que ratifica este componente como otro de los claves para el avance de las universidades saludables. Las menciones, en general, indican el desconocimiento o la ausencia real de marcos de monitoreo y evaluación para las intervenciones.

## **Fortalezas**

Una de las aproximaciones frente al resultado percibido por los responsables de las intervenciones tiene que ver con aquellos aspectos en los que consideran que se han destacado las acciones, desde el surgimiento hasta el momento.

En esta vía lo que se señaló con mayor número de menciones fue la importancia que se le da a los programas y el reconocimiento de la alta dirección plasmados en políticas y planes institucionales. Así como la asignación de recursos que hay tanto financieros como humanos y la participación de los actores de la universidad, principalmente administrativos y estudiantes. Algunos señalan la articulación con las instancias administrativas de la universidad como fortaleza.

Otras fortalezas expresadas con menos menciones apuntan al monitoreo, sistematización, construcción de documentos, escritura de algunos artículos. Todos ellos dan cuenta de la difusión de los avances obtenidos en la implementación de las acciones, aspecto en que las redes de cooperación son consideradas importantes al liderar encuentros académicos y publicaciones para las universidades afiliadas.

Uno de los aspectos que se evidenciaron en las observaciones (pasivas) realizadas en los campus de la muestra, es la disponibilidad de espacios para el deporte, la recreación, la cultura, la alimentación, la interacción social, e incluso para las prácticas religiosas (en algunas). Todas las universidades visitadas disponen, en mayor o menor proporción, de estos escenarios que contribuyen a la formación integral y a las prácticas saludables. A pesar de esto, en estas mismas observaciones se hizo evidente el bajo número de docentes y de empleados que hacen uso de estos espacios.

Se logró identificar, además, algunas fortalezas que dan cuenta de las dinámicas específicas de algunas de las universidades de la muestra, si bien no son tan generalizadas en los tres países. Entre ellas, cabe resaltar: la incorporación de la sustentabilidad ambiental en los entornos universitarios; el trabajo intersectorial a nivel municipal; convivir en un ambiente controlado por la institución como las residencias; el mejoramiento de la alimentación por el control de los comedores y cafeterías.

En general, y reconociendo el gran esfuerzo de quienes han venido impulsando las acciones de universidades saludables, es innegable que la gobernanza, la participación y la articulación interna son tres aspectos claves para el fortalecimiento de los procesos de consolidación de las intervenciones.

### **Debilidades**

En oposición a lo dicho sobre las fortalezas, resultó evidente que los aspectos que se reconocen como debilidades importantes a la hora del desarrollo de las acciones de universidad saludable hacen parte de la gobernanza o están en este mismo ámbito de acción. Casi todas las referencias contienen situaciones asociadas directamente a la importancia que se le da desde la dirección a las intervenciones, a las políticas, recursos, estrategias, participación, infraestructuras y articulación.

Las debilidades más mencionadas, por orden de relevancia, fueron: ausencia o limitaciones en las estrategias comunicacionales hacia la población universitaria; baja participación de docentes, administrativos y estudiantes; insuficiencia de recursos financieros y de personal para universidad saludable; falta de investigación; falta de infraestructura deportiva en el campus; poca importancia de la Alta Dirección hacia universidad saludable y la baja articulación con otras dependencias.

Algunas menciones apuntaron a otras debilidades que de cierta manera se relacionan con aspectos de gobernanza institucional como: insuficiencia en el deporte formativo; carencia de objetivos medibles a corto plazo; poca publicación. Incluso se señalaron como debilidades fenómenos que rebasan la gobernanza, como por ejemplo las *condiciones* geográficas, topográficas y climáticas de los campus. Lo cual ratifica la necesidad de entender mejor los procesos de gobernanza y la forma en que las intervenciones de universidad saludable se relacionan con estos procesos; pues se puede deducir *que las razones para que no se logre un avance en los programas tienen relación directa o indirecta con la gobernanza institucional.*

#### **4.2.1.2.3. Situación actual en las universidades saludables**

Al situarnos en el momento actual por el que atraviesan los programas, y en general todas las intervenciones enmarcadas en universidad saludable, vemos como en los tres países poco a poco se han ido tomando decisiones significativas. Entre ellas, cabría destacar: hacer declaraciones de intención frente a la promoción de la salud, articular las intervenciones a alguna dependencia relacionada con la vida universitaria, incluir en los planes institucionales el asunto de universidad saludable, empezar a formular o construir políticas específicas, ir dotando de recursos principalmente humanos a los programas.

En resumen, no se ha destinado personal de dirección y de apoyo exclusivamente para el manejo de las intervenciones. Solo dos universidades -una de México y una de Colombia- expresaron tener ya algunos profesionales contratados para el programa; las demás asignan el liderazgo o coordinación a profesores en su mayoría de las áreas de salud con tiempos parciales de dedicación apoyados con estudiantes de voluntariado, monitorias, o en proyectos de investigación.

No ha sido posible evidenciar dónde se ubica, dentro de la estructura orgánica, el programa de universidad saludable, así como dónde se articula a la organización. Sin embargo, todas las universidades tienen publicados algunos programas o servicios que se asocian a las dimensiones de la salud, principalmente en los espacios de bienestar universitario o de estudiantes. Es evidente en una de las universidades de España el despliegue de información que en su página hacen respecto a diferentes actividades y programas de universidad saludable; en las demás se observa que con el contexto de pandemia han potenciado la información sobre salud física y mental principalmente articulándola en muchos casos a universidad saludable.

#### **4.2.1.2.4. Menciones sobre la Situación de la Pandemia del COVID-19**

Por los tiempos en que se ubicó el muestreo teórico, el último ciclo de realización de entrevistas - específicamente en España y Colombia- coincidió con el periodo de alteración mundial generado por la pandemia del Covid-19 (finales de 2019 a Octubre 2021) lo que fue referenciado en las entrevistas que se hicieron, a pesar de que este no era en su momento parte de la guía de entrevista. El impacto de esta enfermedad trasciende a todos los países, todas las organizaciones y, en general,

a todos los entornos, de ahí que en las universidades este es un elemento que ha puesto en entredicho muchos paradigmas y enfoques.

Respecto a las intervenciones de universidad saludable se han podido identificar algunas percepciones de los sujetos sobre los problemas más visibles, los cambios que se están generando y, sobre todo, como se están afectando las intervenciones a causa de esta coyuntura.

Lo primero que se pudo develar es que la pandemia ha hecho visible en el caso de Colombia la enorme brecha digital en la que se encuentra el país. Muchos de los estudiantes universitarios, que en las universidades de la muestra son en su mayoría de estratos socio-económicos bajos, no tienen posibilidad de contar con conexión a internet y muchos no cuentan con las herramientas para conectarse como computadoras o tabletas, afectando significativamente los desarrollos académicos.

En los docentes se hizo visible la debilidad en muchos casos para el manejo de las herramientas tecnológicas y de programas o metodologías para la virtualización de cursos. Para los profesionales responsables de los servicios de apoyo tanto académicos como administrativos o de bienestar también la coyuntura pandémica trajo múltiples problemas, entre ellos la nueva dinámica del trabajo remoto o en casa. Así mismo la necesidad de virtualizar acciones que antes eran impensables como consultas, orientaciones, actividades deportivas o culturales.

Específicamente, con respecto a las intervenciones que se desarrollan desde universidad saludable, se ha visto como muchas de las actividades que antes eran presenciales se han ajustado a esta contingencia, diseñando estrategias virtuales que a pesar de las creencias arraigadas (prepandemia) han mutado, al punto que se observa una mayor respuesta en algunos casos (por ejemplo, en las orientaciones psico-sociales, en talleres, jornadas, campañas o cursos). En algunas actividades o programas que antes de la pandemia no eran muy acogidos se aprecia una asistencia masiva de participantes. Los docentes están participando más, incluso han salido a flote innovaciones que ni siquiera se imaginaban; todo por la necesidad de enfrentar el desafío y tratar de continuar la vida de la mejor forma esperando con incertidumbre lo que el futuro depare.

Sobre este tema, el análisis que puede hacerse de algunos de los entrevistados de Colombia y de España no es muy profundo, básicamente porque esta no fue una categoría preconcebida en el estudio y no genera una evidencia muy sólida para considerarla como categoría emergente. Pero sí que se hace necesario plantear la necesidad de unas líneas de trabajo que se aproximen más a entender los cambios reales que esta coyuntura epidémica producirá en las dinámicas sociales; y cómo desde estas nuevas realidades las intervenciones de universidad saludable no solo se adaptan sino que se potencian.

#### 4.2.1.3. Teorización

Como componente final del proceso sistemático de la teoría fundamentada, se encuentra la producción de teoría, ya sea sustantiva o general. En este estudio comparativo la teoría emergió de los propios datos, con los elementos antes descritos en la Figura 18.

**Figura 18**

*Proceso de construcción de las categorías de análisis*



Esta nueva noción que se presenta tiene en cuenta los paradigmas, nociones, enfoques y en general todas las características identificadas en la literatura analizada y las construcciones simbólicas recogidas desde las voces de los sujetos participantes. Esta noción de *universidades como entornos para la vida* también recoge los avances logrados en los últimos años sobre la Promoción de la Salud en las universidades, particularmente las que hacen parte del movimiento internacional de universidades saludables.

Si bien se ha reconocido, por parte de algunos sujetos participantes, que la génesis de estas intervenciones está en el enfoque de entornos saludables definido por la OMS en el marco de la promoción de la salud, los hallazgos muestran que tal enfoque no ha podido desarrollarse plenamente en ninguna de las universidades de los tres países. Es evidente la prevalencia del enfoque del riesgo y del paradigma patogénico, donde se antepone la idea de salud en relación con su dimensión física y mental, y se deja en un segundo orden el reconocimiento e intervención de las otras dimensiones de la salud propias del paradigma holístico como son la social, la ambiental y la espiritual.

No obstante, se han identificado propiedades y dimensiones que se relacionan directamente y que nutren las categorías centrales. En primer lugar la categoría de *condicionantes* la cual hace referencia a todos aquellos aspectos que tienen influencia directa sobre el surgimiento, diagnóstico, diseño y formulación de intervenciones desde universidad saludable; estas condiciones señalan las áreas, los alcances, componentes, actores y, en general, todas las acciones que se enmarcan dentro de universidad saludable ya sea como política, como programa, proyecto o actividades específicas. En segundo lugar, la otra categoría central que emergió, denominada *operatividad*, en la cual se relacionan las características, estrategias, logros y limitaciones que influyen en la forma en que se implementan, monitorean y evalúan las intervenciones.

Superar la noción de universidad saludable y avanzar a las *universidades como entornos para la vida* resulta un gran desafío institucional que requiere de la superación de los paradigmas arraigados tanto en las dinámicas universitarias como en los actores responsables de las acciones. Así mismo, al complejizar más el alcance necesario para la intervención holística de los entornos se hace necesario el compromiso de los stakeholders, mediante la implementación de procesos participativos amplios y que partan del sentido de utilidad de los sujetos, dando información efectiva y canalizando el aporte de estos en la definición de las reglas de juego y los mecanismos de gobernanza para asegurar el impacto y sostenibilidad de las intervenciones.

Hablar teóricamente de *universidades como entornos para la vida* es también reconocer la importancia e influencia que tienen las acciones misionales de estas instituciones sobre las personas, los colectivos y los procesos que se dan al interior e impactan el exterior.

Un entorno, como ya se ha mencionado, es todo lo que rodea la vida de las personas; por ello se requiere de una mirada multidimensional apoyada desde la complejidad misma de estos escenarios. Así pues, el valor de intervenciones construidas desde la acción colectiva de sus stakeholders es innegable a la hora de promocionar la vida plena; en donde los conflictos puedan ser tramitados por las vías del diálogo, se reconozca y apropien los ecosistemas con la perspectiva del menor daño posible; en general un entorno universitario donde afloran las relaciones positivas, el respeto por los derechos y deberes, donde no solo las personas cumplen un rol si no donde la vida pueda fluir de manera armónica desde la autodeterminación de los individuos. Desde esta mirada la vida constituye un fin en sí misma, considerando aspectos como la salud y el desarrollo dentro de todos los elementos propios de la vida, no son ellos ni un fin ni un medio, tal como se han concebido históricamente.

Esta nueva perspectiva de los entornos universitarios requiere de un gran cambio estructural, donde se asuman como marcos de referencia las teorías de la complejidad de forma holística, donde se abarque la totalidad de las dimensiones que afectan la vida de los individuos y de los colectivos. Los abordajes mono factoriales y reduccionistas, evidenciados desde las intervenciones tanto en la prevención como en la promoción, deben ser superados, incluso con nuevos enfoques de intervención, para lo cual es relevante partir de las nociones de quienes conforman estas comunidades.

Una vez asumida esta nueva perspectiva institucional, es obligatorio que las dinámicas y formas de gobernanza universitaria se replanteen también, de tal manera que, desde la reivindicación de la autonomía, se creen los mecanismos articuladores más propicios para que, progresivamente, se encadenen las intervenciones multidimensionales que impliquen a todos los stakeholders que componen la universidad. En este aspecto el propósito debe ser el máximo valor público como impacto esperado, dejando en un segundo plano las lógicas y rigidez de los enfoques gerenciales propios de las organizaciones que luchan por el mercado. El campo para la innovación en los temas de gobernanza universitaria es muy amplio si se reconoce la trascendencia que tienen como entorno de vida y como modelo inspirador para el resto de los entornos, más aún en la turbulencia global que se está viviendo desde los últimos tres años.

#### **4.2.2. Aproximación cuantitativa: Nociones de Salud en colectivo de Estudiantes**

El análisis exploratorio de los ítems de la Encuesta se presenta en la Tabla 26. Para la muestra en su conjunto el ítem más valorado es “Amar a las personas que me rodean” (Dimensión mental de la salud), y el menos valorado es “Estar bien con Dios o con otro ser Superior” (Dimensión espiritual de la salud). Por países, tanto en España como en México el más valorado es “Amar a las personas que me rodean” (Dimensión mental de la salud), mientras que en Colombia es “Alimentarme balanceadamente” (Dimensión física de la salud). El ítem menos valorado en Colombia es “Sentirme bien en todo momento” (Dimensión mental de la salud); en México es “Visitar al médico al menos una vez al año” (Dimensión física); y en España “Estar bien con Dios o con otro ser Superior” (Dimensión espiritual).

Por Universidades, en Univalle el ítem más valorado es “Alimentarme balanceadamente” (Dimensión física de la salud), y el menos valorado es “Sentirme bien en todo momento” (Dimensión mental de la salud). En UJI y en la UAEM, el ítem más valorado es “Amar a las personas que me rodean” (Dimensión mental de la salud), y el menos es “Estar bien con Dios o con otro ser Superior” (Dimensión espiritual). En la universidad de Montemorelos el ítem más valorado es “Estar bien con Dios o con otro ser Superior” (Dimensión espiritual), y el menos es “Sentirme en armonía con todo lo que me rodea” (Dimensión espiritual). En la Universidad Veracruzana el más valorado es “Amar a las personas que me rodean” (Dimensión mental de la salud), y el menos es “Visitar al médico al menos una vez al año” (Dimensión física).

**Tabla 26**

*Análisis descriptivo de los ítems de la Escala, por países y universidades*

Ítems de la Escala	Promedio de medianas								
	Universidad					País			TOTAL
	Univalle	MM	UV	UAEM	UJI	Colombia	México	España	
1. Controlar mis emociones siempre	8,02	11,11	9,00	6,10	8,96	8,02	8,13	8,96	<b>8,26</b>
2. Respetar las normas de convivencia	8,31	10,44	7,00	7,86	7,50	8,31	8,02	7,50	<b>8,03</b>
3. Estar bien con Dios o con otro ser Superior	6,76	14,00	7,50	4,48	2,42	6,76	7,40	2,42	<b>6,13</b>
4. Visitar al médico al menos una vez al año	8,53	6,78	3,94	6,57	5,00	8,53	5,62	5,00	<b>6,62</b>
5. Cuidar y proteger la naturaleza	8,73	9,11	8,17	9,29	7,17	8,73	8,83	7,17	<b>8,45</b>
6. Amar a las personas que me rodean	8,76	8,89	12,00	9,76	11,75	8,76	10,44	11,75	<b>10,06</b>
7. Protegerme de los factores ambientales (sol, lluvia, humo, virus, ruido, etc.)	6,84	5,44	5,39	7,76	7,00	6,84	6,44	7,00	<b>6,71</b>
8. Sentirme en armonía con todo lo que me rodea	6,71	4,67	10,50	8,24	9,58	6,71	8,42	9,58	<b>8,00</b>
9. Hacer actividad física con frecuencia	8,27	6,00	8,28	7,19	9,25	8,27	7,38	9,25	<b>8,10</b>
10. Ser solidario con los que me necesitan	8,09	6,56	7,78	8,43	7,71	8,09	7,83	7,71	<b>7,91</b>
11. Alimentarme balanceadamente	9,16	6,44	7,56	7,52	7,58	9,16	7,33	7,58	<b>8,09</b>
12. No contaminar el entorno en el que vivo	8,96	5,89	8,33	9,10	7,67	8,96	8,21	7,67	<b>8,38</b>
13. Resolver mis conflictos por medio del diálogo	8,24	8,11	7,56	8,71	10,13	8,24	8,17	10,13	<b>8,60</b>
14. Sentirme bien en todo momento	6,27	6,89	8,83	9,52	8,71	6,27	8,77	8,71	<b>7,79</b>
15. Sentirme en paz con la vida	8,36	9,67	8,17	9,48	9,58	8,36	9,02	9,58	<b>8,88</b>
<b>CASOS</b>	<b>45</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>45</b>	<b>48</b>	<b>24</b>	<b>117</b>

Por lo que se refiere a las Dimensiones de salud, la más valorada por el colectivo de estudiantes es la mental, y la menos valorada la física. Por países, en Colombia la dimensión más valorada es la física y la menos valorada la espiritual; en México, la más valorada es la mental, y la menos la física. En España, la más valorada es la dimensión mental y la menos la ambiental.

Por universidades, en Univalle la dimensión más valorada es la física y la menos valorada la espiritual. En la UJI la más valorada es la dimensión mental y la menos la ambiental. En la Universidad de Montemorelos (Universidad de carácter religioso) la más valorada es la dimensión espiritual y la menos la física. En la Universidad Veracruzana y en la UAEM, la más valorada es la mental y la menos la física.

Estos datos muestran que las dimensiones más valoradas fueron la mental, la social y la ambiental; por otro lado, las dimensiones espiritual y física muestran la menor valoración por parte de los estudiantes. Lo que de cierta forma refleja congruencia con los estudios encontrados en la literatura revisada previamente; los estudios publicados establecen una baja frecuencia de actividad física y una amplia gama de estilos de vida no saludable por parte de la población estudiantil universitaria; al parecer esta población por su ciclo de vida y características de sus contextos valora más los aspectos mentales, sociales y ambientales que los físicos y espirituales. Aspectos que bien merecen estudios más profundos en futuras investigaciones.

Por lo que se observa la dimensión mental fue más valorada por estudiantes de España y de México, mientras que llama la atención que en MONTEMORELOS (Universidad de carácter religioso), la dimensión más valorada fue precisamente la espiritual, algo que puede mostrar una incidencia de las creencias tanto en las que forma la institución como las que adoptan sus estudiantes sobre el concepto de salud; lo de UNIVALLE también es de resaltar, pues la dimensión más valorada es la física, que no es reconocida en los primeros puntajes de las otras universidades de la muestra, lo que merece también plantear preguntas sobre como el contexto colombiano y particularmente el Valle del Cauca inciden en que la población de estudiantes universitarios valoren más esta dimensión. El caso de los estudiantes de la Escuela del Jicarero-UAEM (México), quienes valoraron en segundo lugar la dimensión ambiental es relevante en el sentido que se corroboró con las observaciones en terreno que uno de los ejes de la formación de esta Escuela es precisamente el ambiental; así mismo se reconoció la importancia que tiene para este país la dimensión espiritual

desde las creencias religiosas que se encuentran arraigadas en la mayoría de la población, lo que se reflejó al valorar esta dimensión en el segundo lugar.

Pero sin lugar a duda, lo que resulta más significativo es la baja valoración que le dan a la dimensión física los estudiantes, lo que resulta opuesto a los enfoques evidenciados en la literatura y a los hallazgos en terreno, que mostraron en las intervenciones en universidades saludables, predilección sobre la dimensión física de la salud; igualmente la baja valoración a la dimensión ambiental no se compagina con la emergencia ambiental que se enfrenta actualmente con consecuencias muy evidentes en los tres países.

El análisis de las correlaciones entre las Dimensiones de salud (Tabla 27) muestra que dichas correlaciones son, en general, moderadas (valores comprendidos entre ,300 y ,500); excepto la correlación entre la dimensión espiritual y la mental que es baja (,217). En cuanto a la tendencia, todas las correlaciones son negativas, excepto la mental-espiritual. Así, solo estas dos dimensiones muestran tendencias significativamente similares; es decir, que para los estudiantes la importancia de lo mental y lo espiritual se relacionan en el mismo sentido. Solo hay otras 2 dimensiones (física y ambiental) que presentan un coeficiente positivo, aunque no significativo. En el lado contrario, la valoración que se realiza de la dimensión espiritual es la más opuesta a la que se realiza de las dimensiones física (-,469) y ambiental (-,369); es decir, aquellos estudiantes que valoran como importante la salud espiritual tienden a valorar como poco importante la salud física y la ambiental, y viceversa. La dimensión que menos correlaciona con el resto es la social, la cual solo se correlaciona de forma significativa con la dimensión física (en sentido inverso); esto apunta que la dimensión social es la única que no sigue una tendencia -directa o inversa- con el resto de las dimensiones (excepto con la física).

### Tabla 27

*Análisis de las correlaciones entre las Dimensiones de salud.*

Dimensiones	Mental	Física	Social	Ambiental	Espiritual
Mental	1,000	-,348***	-,145	-,394***	,217*
Física		1,000	-,343***	,011	-,397***
Social			1,000	-,149	-,118
Ambiental				1,000	-,469***
Espiritual					1,000

\*\*\* p<0,001; \*\* p<0,01; \* p<0,05

Pasando a la contrastación de las hipótesis H1 y H2, la (Tabla 29) indica que solo existen diferencias significativas entre las dimensiones mental y física ( $t=1,986$ ;  $p<0,05$ ), y entre las dimensiones mental y espiritual ( $t=2,029$ ;  $p<0,05$ ). Así pues, solo las puntuaciones promedio de la dimensión mental son significativamente diferentes a las de las dimensiones física y espiritual; siendo significativamente mejor la valoración de la dimensión mental.

De acuerdo con esto, se rechaza la hipótesis H1 según la cual se esperaba que la dimensión física de la salud fuera significativamente la más valorada por el colectivo de estudiantes. Como ya se ha visto también en la Tabla 28 es precisamente la dimensión física la menos valorada por los estudiantes.

Igualmente, se rechaza la hipótesis H2 que apuntaba que las dimensiones ambiental y espiritual de la salud serían significativamente las menos valoradas por el colectivo de estudiantes. Es cierto que la dimensión espiritual es una de las menos valoradas, pero solo presenta diferencias significativas con la dimensión mental.

**Tabla 28**

*Contraste de las puntuaciones promedio en las Dimensiones de salud (Prueba T)*

<b>Contraste</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Media</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig.</b>
Mental-Física	Mental	8,70	1,986	116	,025*
	Física	7,60			
Mental-Social	Mental	8,70	1,273	116	,103
	Social	8,18			
Mental-Ambiental	Mental	8,70	1,527	116	,065
	Ambiental	7,85			
Mental-Espiritual	Mental	8,70	2,029	116	,022*
	Espiritual	7,67			
Física-Social	Física	7,60	-1,074	116	,142
	Social	8,18			
Física- Ambiental	Física	7,60	-,660	116	,255
	Ambiental	7,85			
Física-Espiritual	Física	7,60	-,383	116	,351
	Espiritual	7,67			
Social-Ambiental	Social	8,18	,554	116	,290
	Ambiental	7,85			
Social-Espiritual	Social	8,18	,685	116	,247
	Espiritual	7,67			
Ambiental- Espiritual	Ambiental	7,85	,140	116	,445
	Espiritual	7,67			

\*\*\* p<0,001; \*\* p<0,01; \* p<0,05

Por lo que respecta a la hipótesis H3, los resultados recogidos en la Tabla 29 confirman, parcialmente, dicha hipótesis. Existen diferencias significativas en la dimensión mental ( $\chi^2=13,018$ ;  $p<0,05$ ) en función de la universidad de procedencia de los estudiantes; si bien no se observan diferencias significativas en las restantes dimensiones.

**Tabla 29**

*Contraste entre las Dimensiones de salud, en función de la universidad de procedencia (Prueba de Kruskal-Wallis)*

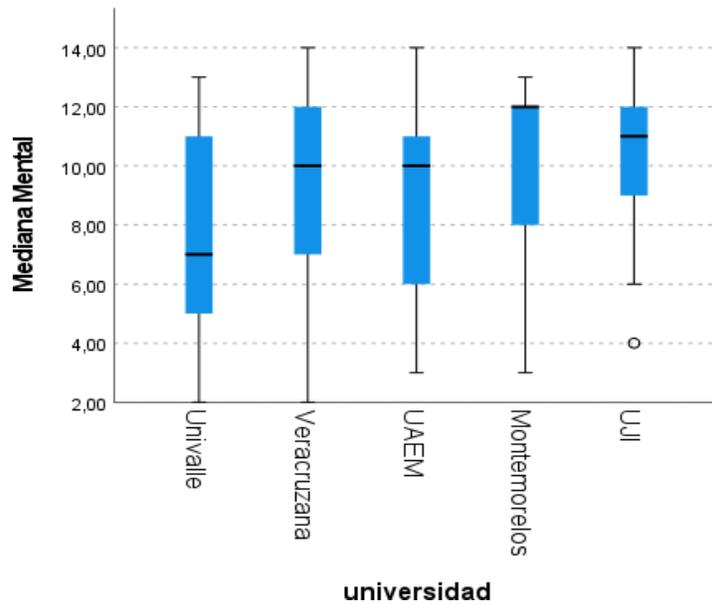
<b>Dimensión</b>	<b>Universidad</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>G1</b>	<b>Signif.</b>
<i>Física</i>	Univalle	9,00	6,752	4	,150
	UV	8,00			
	UAEM	7,00			
	MM	5,00			
	UJI	7,50			
<i>Mental</i>	Univalle	7,00	13,018	4	,011*
	UV	10,00			
	UAEM	10,00			
	MM	12,00			
	UJI	11,00			
<i>Social</i>	Univalle	9,00	3,592	4	,464
	UV	6,50			
	UAEM	9,00			
	MM	9,00			
	UJI	8,00			
<i>Ambiental</i>	Univalle	9,00	6,511	4	,164
	UV	6,50			
	UAEM	9,00			
	MM	5,00			
	UJI	7,00			
<i>Espiritual</i>	Univalle	7,00	8,202	4	,084
	UV	10,00			
	UAEM	7,00			
	MM	10,00			
	UJI	8,00			

\*\*\* p<0,001; \*\* p<0,01; \* p<0,05

En concreto, como muestra la Figura 19, las diferencias en la dimensión mental son significativas entre Univalle (Med=7,00) y el resto de las universidades (especialmente con UJI -Med=11,00- y con la Universidad Veracruzana -Med=12,00-)

**Figura 19**

*Valoración de la Dimensión Mental de la salud, en función de la universidad de procedencia del estudiantado.*



La hipótesis H4, según la cual se esperaban diferencias significativas en función del país en el que cursan sus estudios, también se confirma parcialmente (Tabla 30). En este caso las diferencias son significativas en dos dimensiones: física ( $\chi^2= 6,378$ ;  $p<0,05$ ) y mental ( $\chi^2= 12,567$ ;  $p<0,01$ ). En las restantes dimensiones no existen diferencias significativas en función del país.

**Tabla 30**

*Contraste entre las Dimensiones de salud, en función del país (prueba de Kruskal-Wallis)*

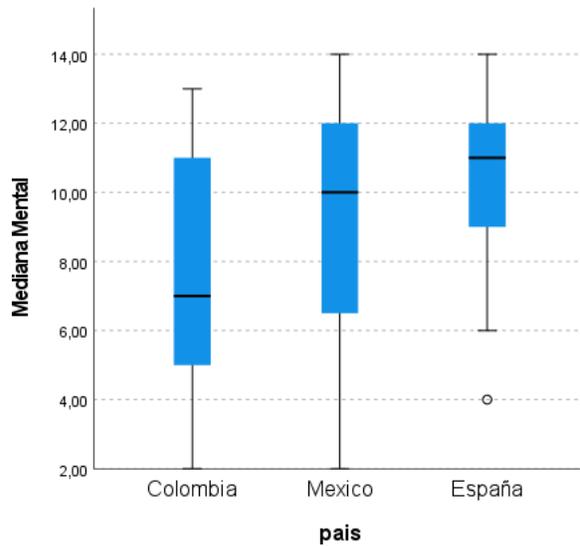
<b>Dimensión</b>	<b>País</b>	<b>Mediana</b>	<b><math>\chi^2=</math></b>	<b>gl</b>	<b>Signif.</b>
<i>Física</i>	Colombia	9,00	6,378	2	,041*
	México	7,00			
	España	7,50			
<i>Mental</i>	Colombia	7,00	12,567	2	,002**
	México	10,00			
	España	11,00			
<i>Social</i>	Colombia	9,00	1,326	2	,515
	México	8,00			
	España	8,00			
<i>Ambiental</i>	Colombia	9,00	2,886	2	,236
	México	7,50			
	España	7,00			
<i>Espiritual</i>	Colombia	7,00	4,268	2	,118
	México	9,00			
	España	8,00			

\*\*\* p<0,001; \*\* p<0,01; \* p<0,05

Las diferencias significativas en la dimensión mental se dan entre los estudiantes de Colombia (Med=7,00), por un lado, y los de México (Med=10,00) y España (Med=11,00), por otro (ver Figura 20).

### Figura 20

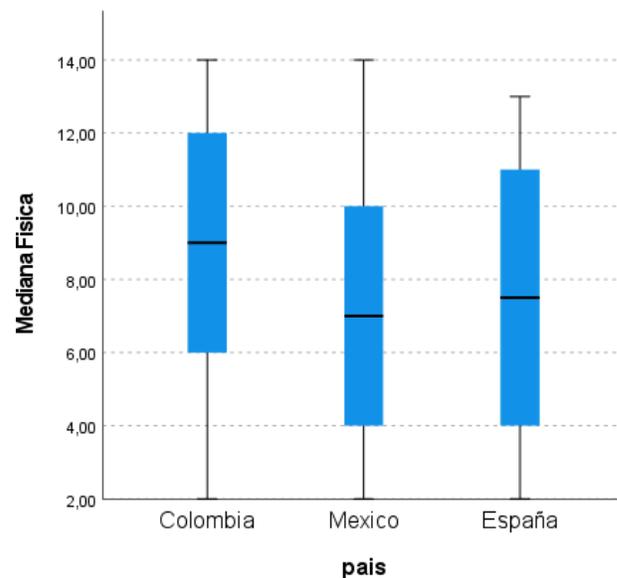
*Valoración de la Dimensión Mental de la salud, en función del país en el que se ubica la universidad.*



En el caso de la dimensión física las diferencias significativas se dan entre los estudiantes de México (Med =9,00) y Colombia (Med = 7,00), como se observa en la (Figura 21).

### Figura 21

*Valoración de la Dimensión Física de la salud, en función del país en el que se ubica la universidad.*



La confirmación parcial de las hipótesis H3 y H4 ratifica la existencia del efecto del contexto (universitario y estatal) sobre la valoración de las dimensiones de la salud que realizan los estudiantes. Así pues, como se esperaba, el nivel de desarrollo socio-económico y las características de los proyectos formativos de las universidades parecen estar influyendo sobre las construcciones de salud que elaboran sus estudiantes.

En términos generales, se puede decir que, con los resultados aquí analizados, el instrumento de medición tuvo utilidad a la hora de aproximarnos a las construcciones que están elaborando los estudiantes de la muestra respecto a la salud y sus cinco dimensiones holísticas. Esto abre la posibilidad de ir afinando dicho instrumento para seguir ampliando la base de este análisis, considerando la relevancia que para las universidades o instituciones representa conocer las nociones de sus stakeholders de cara al diseño y formulación de intervenciones institucionales de gran impacto, como en este caso las dirigidas a la promoción de lo saludable.

La contrastación de las hipótesis nos indica que no se puede dar por sentado en las intervenciones institucionales que las personas a quienes se dirigen las acciones consideran que salud es simplemente la ausencia de enfermedad y que lo que más valoran es la dimensión física o mental. Los datos nos demuestran la complejidad de este constructo y la necesidad de considerar otras dimensiones de lo saludable como la social, la ambiental y la espiritual. Igualmente, es evidente la influencia que pueden tener tanto los contextos donde se ubican las universidades como los proyectos formativos que tienen estas instituciones sobre las nociones que elaboran sus stakeholders; estos factores requieren ser reconocidos también cuando se planifican las intervenciones en este campo.

Finalmente, se recomienda hacer aproximaciones similares con los demás stakeholders universitarios pues, como se ha venido insistiendo, los entornos en los que se desenvuelven las interacciones dentro de los campus involucran tanto a docentes como empleados y, en general, a todos los colectivos que ahí conviven.

### **4.3. FASE II: Investigación Aplicada. Estudio de Caso: Universidad del Valle como Universidad Saludable**

En el estudio de caso se han utilizado diferentes fuentes de información y herramientas. Cabe destacar la importancia del conocimiento interno -en primera persona- de la propia Universidad del Valle (Univalle). También han sido relevantes los documentos institucionales de acceso público y, específicamente, los informes de gestión de la Vicerrectoría de Bienestar; estos documentos están publicados en las rendiciones de cuentas en la página web de la universidad. También se ha utilizado la matriz de stakeholders y dimensiones de la salud, de la que se excluyó la dimensión espiritual al no encontrar evidencia al respecto en las acciones desarrolladas. En el Apéndice 12 se sintetizan todas las intervenciones de Bienestar Universitario que se pueden considerar dentro de universidad saludable.

En términos generales, se destaca la cantidad y variedad de programas, actividades, proyectos y servicios que desde Bienestar Universitario (ya sea desde sus diferentes dependencias o en articulación con otras instancias de la Universidad) se ejecutan cada año dirigidos a los estudiantes de pregrado, muy pocos a estudiantes de posgrado<sup>12</sup>, a los docentes, empleados, trabajadores y pensionados.

La Inversión económica que dedica la Universidad del Valle para estas intervenciones rebasa lo exigido por la ley 30 de 1992<sup>13</sup> que es del 2% del presupuesto general, lo cual ha sido reconocido tanto por la comunidad universitaria como por los organismos del Estado que vigilan los servicios de educación superior.

---

<sup>12</sup> En Colombia el subsidio del Estado solo llega al pregrado en las Universidades Públicas, considerando así los programas de posgrado (especializaciones, maestrías y doctorados) como autofinanciables.

<sup>13</sup> La ley 30 de 1992 es el marco jurídico a través del cual se organiza el servicio público de la Educación Superior en Colombia

Con base en las cifras que contienen los informes de gestión de la Vicerrectoría de Bienestar, en el periodo analizado se evidencia una baja cobertura en la mayoría de los programas institucionales y aproximadamente en un 85% estos benefician a los estudiantes de la Sede Cali (Meléndez y San Fernando). Esto obedece a las particularidades del Programa de Regionalización, en el que se presentan asimetrías con respecto a las Sedes de Cali, principalmente por carecer de financiación estatal suficiente para estas ofertas descentralizadas.

Es también notorio que muy pocos programas tienen sistematicidad y continuidad que permitan conocer claramente sus avances e impactos. En su mayoría son programas o servicios que se brindan de forma eventual ante la necesidad y solicitud de los demandantes y/o por exigencia del contexto, como es el caso de la situación pandémica por el COVID-19.

En los grupos estudiantiles culturales, recreativos y deportivos, existe la oportunidad de vinculación permanente incluso para algunos casos, cuando se gradúan los estudiantes y pasan a la categoría de egresados (por ejemplo, grupos de danza, coro magno, grupos de teatro, orquesta de salsa, grupos estudiantiles de carácter político, religioso entre otros).

También es relevante decir que varios grupos estudiantiles (de carácter político, académico, deportivo, cultural y espiritual-religioso) han sido conformados por iniciativa propia de los estudiantes. Algunos de ellos reciben algún aporte institucional como monitorías, implementos, espacios, apoyos económicos para participar en eventos o realización de eventos en los campus.

Si bien la mayoría de los programas y servicios se ofertan también para los docentes y empleados, el porcentaje de participación docente es muy baja y casi nula en la mayoría de los casos. Igualmente, se privilegia a los docentes nombrados, en algunos casos se incluyen contratistas.

Para los empleados y trabajadores, gran parte de la oferta de programas y servicios hacen parte de las conquistas laborales consignadas en las convenciones colectivas que se negocian con las cinco organizaciones sindicales vigentes. Los demás hacen parte de la obligatoriedad jurídica, como por ejemplo los de salud ocupacional o bienestar laboral. Muy pocos programas o proyectos se crean por iniciativa institucional, como es el caso del programa “cuida tu corazón”, que se implementó

desde el 2013 para estimular la actividad física en docentes y empleados, cuya respuesta ha sido positiva no obstante carecer de una alta cobertura.

De otro lado, a pesar de que los jubilados y/o pensionados no cuentan con un contrato laboral con la universidad, consuetudinariamente se han venido desarrollando programas y servicios que los benefician; a parte del plan de beneficios del Servicio Médico Universitario en el caso de los que siguen afiliados a este servicio. Esta población tiene acceso a los servicios de los campus, como instalaciones deportivas, restaurante, biblioteca.

El programa de atención al jubilado, que está a cargo de la sección de Desarrollo Humano y Promoción Socio-económica, evidencia una mayor concentración de actividades en las artes y manualidades con el 51% y actividad física con el 29%; con una marcada diferencia le siguen atención y/o consultas con el 10%, visitas domiciliarias con el 5%. El restante 5% se encuentra repartido así: crecimiento personal 1%, actividades socioculturales 2%, direccionamiento de proyectos 1% y planeación laboral 1%<sup>14</sup>.

Institucionalmente esta cobertura a jubilados y pensionados se podría enmarcar dentro de los programas de Responsabilidad Social Universitaria, dado que no existe la obligatoriedad jurídica de proveerlos en Colombia; sostener y consolidar estos programas ha sido una política permanente de la Universidad del Valle.

Como punto de partida para la política de Universidad Saludable, la universidad ha trazado como línea de base todos los programas, proyectos y servicios de Bienestar Universitario clasificados en las dimensiones física, mental, social y ambiental; pues históricamente se cuenta con el acumulado institucional legitimado por la comunidad universitaria, además de estar directamente articulados estos a los DSS. Según los informes y documentos institucionales no es posible conocer los marcos de referencia de todos estos programas, proyectos y servicios.

---

<sup>14</sup> Tomado del informe de gestión de la Vicerrectoría de Bienestar 2017.

Por la importancia que tienen estas intervenciones se da por hecho que el impacto sobre las problemáticas es automático, ya que en todos los informes institucionales consultados desde el 2013 se enumeran y describen las acciones realizadas, las coberturas, el presupuesto invertido o el porcentaje de ejecución en el caso de proyectos específicos. Pese a esto, no aparece evidencia de los impactos logrados con estas intervenciones y mucho menos se encuentran referencias sobre como estos impactos trascienden a las localidades cercanas a los campus.

Existe un gran desafío en la medición y trazabilidad de todas las intervenciones, relacionándolas con los efectos que tengan impacto en la salud y desarrollo integral tanto de la comunidad universitaria como en las comunidades vecinas.

Según los datos oficiales la inversión que ha realizado la Universidad para los proyectos de Universidad Saludable, Discapacidad y Deportes durante el periodo 2017-2020<sup>15</sup> asciende a un total de \$2.264.937.250 (al precio del dólar el 22 de diciembre de 2021 (\$3.999), son aproximadamente USD 567.126).

Estas cifras reflejan, de cierta manera, la importancia que se le ha venido dando al programa y al proyecto de Universidad Saludable, dado que este presupuesto se ha destinado para la formulación de la política y a la realización de actividades específicas, sobre todo en la promoción de la salud mental positiva en los diferentes campus.

#### **4.3.1. Los ODS en el Marco de Planificación Nacional, Regional y de la Universidad del Valle**

Como parte de este estudio de caso, en octubre de 2018 se realizó una revisión documental cuyo propósito fue identificar la articulación entre una política de Universidad Saludable (Universidad del Valle) con los ODS y los planes de Desarrollo Nacional, Regional y Local. Lo anterior dado

---

<sup>15</sup> Tomado de: <http://promoción de la salud://drive.google.com/file/d/1kxdc7IoSxscFaepV5jAHq3DIZP-rZ8oW/view>

que las universidades son espacios de confluencia que tienen potencial para influir positivamente en la salud y vida de sus comunidades y los ODS están enfocados en tres dimensiones básicas que impactan los DSS en lo social, económico y ambiental. De esta manera cualquier intervención para mejorar la salud y el bienestar que se agencie desde estas instituciones debería tener dentro de sus marcos a estos ODS, principalmente los que se articulen con las dimensiones de la salud.

Las Universidades Saludables a pesar de hacer parte de la estrategia de entornos saludables y particularmente en Colombia aun no tienen claridad sobre como articularse a los ODS.

Mediante la comparación transversal de los programas que adelanta la Universidad del Valle se encontró:

- Una amplia articulación al ODS 3 (Salud y bienestar), a su vez una alta articulación a los planes nacional, regional y local.
- Se articula en el ODS 11 (Ciudades y Comunidades Sostenibles) con el Plan Nacional y el Plan del municipio de Cali; en los demás ODS no muestra ningún tipo de articulación posible.
- Tal como lo expresa el documento CONPES 3918 de abril de 2018 de la República de Colombia, es indispensable una articulación con todos los niveles de planeación del Estado en los Planes de Desarrollo Territorial, todas las instituciones públicas, el sector privado y la Cooperación Internacional, con el fin de alcanzar el más alto nivel de cumplimiento en las metas de los ODS en la agenda al 2030, Consejo de Política Económica y Social (CONPES, 2018). Se identifican serias falencias en este aspecto desde el 2000 con los ODM, aunque se evidenciaron algunos avances en reducción de la pobreza en el país.

Por tanto, Colombia ha establecido procesos de alineamiento para los planes territoriales; sin embargo, a pesar de tener la obligación de acoger los ODS, no todos lo han hecho hasta el momento. En el caso del Valle del Cauca y de Cali, apenas presentan una articulación general; en el plan de la Universidad del Valle, por ser anterior a la adopción de los ODS por la ONU, no los acoge aún; no aparece ninguna referencia a estos tampoco en el plan programático 2017-2020.

La política de Universidad Saludable en todas sus dimensiones tiene la potencialidad de aportar a varias metas de los ODS, no solo a los dos en los que se articula actualmente en Colombia. Para ello se requiere un ajuste en todos los niveles de planeación del Estado y de sus Instituciones para el cumplimiento pleno de los ODS, ya que a pocos años de ser promulgados no hay compromiso ni claridad en todos los actores que se deben implicar.

Este ejercicio reflexivo permitió visibilizar potencialidades y debilidades en la forma en que se vienen acogiendo los ODS por parte de los países. En el caso de Colombia se aprecia una gran debilidad en la forma en que la gobernanza nacional, regional, local e institucional ha incorporado hasta el momento los objetivos y sus respectivas metas.

#### **4.3.2. Historia de Universidad Saludable en Univalle**

En el 2009 la promoción de la salud empezó como un esfuerzo del área de promoción y prevención del Servicio Médico Universitario (SMU). De ahí se empezó a extender a toda la universidad. Actores relevantes del SMU venían impulsando estas acciones. Se logra tener representación en el movimiento de universidades promotoras de salud en Colombia y en el 2012 se incorpora Universidad Saludable al plan de acción de la Vicerrectoría de bienestar.

*“La Universidad empieza a pensarse, La Universidad no estos actores específicos sueltos individuales pensando en la promoción de la salud como un eje fundamental; En el 2010 después la vicerrectoría de bienestar(...) creo que fue 2012- 2013 se empieza a pensar la promoción de la salud como un valor específico del bienestar” (Entrevista, profesional Univalle)*

En el 2014 se inicia el proceso de construcción del Plan de Desarrollo Institucional 2015 a 2025. En la mesa de Bienestar se logró incluir el proyecto de Universidad Saludable, con el objetivo de formular y poner en marcha una política de universidad saludable. Al respecto, en las observaciones realizadas durante este proceso se pudo evidenciar la poca participación de los actores de la universidad, sumado al desconocimiento de las directivas y algunos actores sobre esta temática.

*“En el 2015 gracias a toda esa gestión quedamos inscritos en el plan estratégico de desarrollo como cuarto eje en el cual reza que “Universidad saludable aportará a la consolidación del bienestar universitario en la Universidad del Valle”. (Entrevista, profesional Univalle).*

En el 2017, y con la nueva Rectoría, se construye un Plan Programático donde se incluyen programas y proyectos. Universidad Saludable se convierte en un programa anexo con discapacidad y deporte, con tres proyectos. A cada proyecto se le asigna un coordinador y un presupuesto anual por cinco años. El primer presupuesto se asignó en 2017. Al programa se le nombra una coordinadora general.

Durante este periodo y hasta la fecha, dentro de las acciones que se mencionan en el programa de universidad saludable, resalta la reorientación de los servicios de salud enfocándose en habilidades para la vida mediante la oferta del curso “habilidades para la vida”, el cual se está programando en nueve de las 11 sedes de la Universidad. Esta asignatura tiene tres créditos y se espera formular nuevos cursos en la medida en que se asignen los recursos necesarios. En este proceso de transversalización se menciona un curso sobre promoción de la salud a cargo de un grupo de profesores de Salud Pública.

En general, se identifican diversas intervenciones específicas que se enmarcan en este proceso de construcción del programa y futura política de universidad saludable en Univalle. Coincidiendo con lo que se ha dicho hasta ahora en esta investigación -tanto en la Fase I como en la Fase II-, la mayoría de estas acciones son dirigidas a la población estudiantil y centradas en las dimensiones física y mental principalmente.

Según lo manifiestan los líderes del proceso se pretende que todas las intervenciones se articulen a los ejes misionales de la Universidad y tengan trascendencia hacia los entornos externos.

### **4.3.3. Enfoques de Universidad Saludable**

De acuerdo con las versiones de los sujetos que lideran este proceso en la Universidad del Valle, se hace explícito un enfoque salutogénico y emancipatorio en universidad saludable. Con base en estos enfoques se han venido desarrollando diversas intervenciones en los diferentes Campus y Facultades. Sin embargo, se reconoce que institucionalmente prevalece un enfoque patogénico respecto a las intervenciones en salud, lo que se refleja en la forma de asignar los recursos y tomar las decisiones.

*“ya cuando tiene presupuesto (afortunadamente para mi )(...) en 2019 nos agregan un presupuesto del servicio de salud para cubrir unos compromisos de la universidad con los gremios de la universidad(...) Empieza esta indisposición, este choque de enfoques de lo salutogénico(...) con lo que le metieron que el 100% es patogénico(...)” (Entrevista profesional Univalle).*

Desde la perspectiva de estos sujetos se hace evidente la intención de que el programa y la política de Universidad Saludable se construyan desde el enfoque salutogénico principalmente. Esta tendencia se reconoce como opuesta a la hegemonía del enfoque patogénico que ha imperado en la institución y que se evidencia con las intervenciones que se han ejecutado al menos desde el 2013 (periodo de observación).

### **4.3.4. Nociones de Salud**

En el caso de los estudiantes, en los grupos de discusión se hizo evidente que aunque parten de la noción de salud como ausencia de enfermedad, dando protagonismo a los aspectos físicos y biológicos, también se observa que en las reflexiones articulan las otras dimensiones de la salud.

*“Alguien puede ser obeso, pero es feliz siendo obeso porque lo disfruta, mentalmente se siente bien y eso es lo importante, depende de la persona, uno con un problema físico puede seguir su vida normalmente, uno puede disfrutar las cosas de la vida a pesar de tener un problema biológico o físico” (Grupo de discusión, estudiantes de la Facultad de Ingeniería).*

Se avanza de lo físico a lo mental y a nociones más integrales de salud, donde también se identifica la dimensión espiritual.

Para otros estudiantes de Univalle es clara la separación de la noción biologicista de salud. No obstante, reconociendo su amplitud y complejidad, le asignan un gran valor a las construcciones individuales y subjetivas en las que también aparece con fuerza la dimensión social.

*“finalmente conversábamos en que el concepto de salud es muy amplio, implica muchos aspectos de la vida de las personas, tanto subjetivos, emocionales, relacionales y por ello no se puede reducir a lo físico e incluye lo que cada sujeto valora como importante para su propio bienestar” (Grupo de discusión, estudiantes de Trabajo Social).*

Para el grupo de estudiantes del programa de Trabajo Social es relevante el peso de lo relacional o social sobre lo mental y lo físico; aunque logran develar una articulación entre las diferentes dimensiones de la salud.

Con base en las discusiones y reflexiones logradas con algunos estudiantes de Univalle, es posible determinar que no tienen una noción única de salud. Aparentemente este concepto no ha sido suficientemente analizado y estas nociones rebasan la dimensión física y la mental, incluso dando más valor a dimensiones como la social y la espiritual.

Con respecto a los otros stakeholders de Univalle, la mayoría conciben lo saludable desde la importancia del entorno, seguido de la importancia que le dan a la dimensión mental, al sentirse bien. Igualmente se mencionan las nociones de salud como un estado, como un equilibrio. Con menos menciones reconocen la salud desde su dimensión física y espiritual. En las siguientes citas se puede evidenciar estas nociones de forma clara:

*“Yo me considero saludable así mi médica familiar diga que yo tengo esto yo tengo lo otro, pero yo digo que la enfermedad la lleva usted por dentro, yo como le digo sufro del túnel carpiano, yo tengo osteoporosis en la rodilla, yo no puedo subir muchas gradas, pero trato, no me dejo llevar de la enfermedad, en ocasiones me duele mucho la rodilla pero yo trato de no subir gradas, pero yo mentalmente, yo digo yo no tengo nada” (entrevista, trabajadora Sede Meléndez)*

*Vivir saludablemente es preocuparse por nuestro equilibrio emocional, y como te digo eso supone muchas cosas y muchos factores para uno tener ese equilibrio emocional (Entrevista, profesor Sede Regional)*

*“Para mí es un estado de las personas que se da a partir de un cuidado de la parte emocional y física, lo que supone que es un proceso integral que demanda atención a lo que comemos, lo que hacemos, lo que pensamos y a como nos relacionamos y en que entorno estamos viviendo, desde allí uno podría decir que surge, la posibilidad de vivir saludablemente o no vivir saludablemente” (Entrevista, empleado Sede Meléndez).*

#### **4.3.5. Noción de Universidad Saludable**

Para los responsables del programa en Univalle la noción que más fuerza recoge es la de entornos saludables. Entornos que están conformados por personas que pasan su vida, ya sea en periodos cortos (estudiantes) o periodos prolongados (empleados y docentes); que constituyen una comunidad interna y replican los aprendizajes y vivencias en los entornos externos donde ellos se desenvuelven. Según estos actores el concepto de universidad saludable rebasa la noción de estilos de vida saludables, concibiendo además los entornos como protectores y resilientes.

*“tenemos que fortalecer los entornos por qué podemos tener sujetos emancipados que le apuesten a una cultura de cuidado, pero si hay un entorno que no te favorecen las decisiones, un entorno violento desconocedor, estigmatizante, sucio, con basuras todo eso es esa correlación de variables que le apuntan a ser más saludable” (Entrevista profesional, Univalle).*

En estos constructos se hace énfasis en la dimensión social y mental de la salud. Aspectos como la inclusión, la igualdad y la autonomía personal juegan un rol importante en una universidad saludable desde esta perspectiva. Las nociones que se manifestaron en primer lugar en los grupos de discusión apuntan a reconocer la relación entre el bienestar y las dimensiones de la salud como la física, la mental, la ambiental y la social.

*“Yo creo si porque la universidad del valle cubre muchos ámbitos como el social, el ambiental, el físico cubre muchos aspectos que nos ayudan a sentirnos bien” (Grupo de discusión, Facultad de Ingeniería).*

Por parte de algunos estudiantes se asocia la complejidad de la universidad por ser saludable a que integra en su mayoría estudiantes de estratos socio-económicos bajos, los cuales llegan con múltiples necesidades. Los estudiantes reconocen que ser saludable también requiere de una implicación como individuo autónomo. A pesar de algunas deficiencias que mencionan, valoran los esfuerzos institucionales para mejorar los entornos universitarios.

Para otros estudiantes, ser universidad saludable es realmente una utopía. Esto se debe a que, específicamente en el campus de Meléndez, aflora una noción de entorno saludable como entorno seguro, en el sentido de garantizar la seguridad física de los estudiantes y, en general, de la comunidad que habita el campus. Se mencionaron hechos delictivos que han ocurrido al interior y la necesidad de controlar más el acceso a los campus.

*“yo considero que una universidad saludable, con la experiencia en la Universidad del Valle, podría ser una universidad en donde haya un entorno seguro creo que la universidad sería completamente saludable cuando su entorno es seguro para quienes están ahí adentro, seguro en cuanto no van a robarte tus cosas, o seguro en cuanto no van a acosarte sexualmente, no van a perseguirte, no van a señalarte” (Grupo de discusión, estudiantes de Trabajo Social).*

La anterior cita demuestra una noción muy elaborada de universidad saludable como entorno y la relevancia de la convivencia segura e incluyente donde se respeten los derechos de todas las personas. Igualmente, deja claro cómo el entorno en donde se ubican los campus afecta las dinámicas al interior. De la misma forma pone sobre la mesa aspectos propios de la gobernanza universitaria, por ejemplo el control en las entradas a los espacios interiores y la forma en que se tramitan los conflictos entre su comunidad.

Los empleados, trabajadores y profesores, especialmente los que habitan el campus de Meléndez, coinciden en sus narrativas con las de los estudiantes evidenciando una alta tendencia en la

asociación entre universidad saludable y entorno, desde la dimensión social. Para estos actores se presentan aspectos que afectan la convivencia. Incluso mencionan situaciones de violencia verbal y hasta física que involucran a todas las comunidades, en mayor número a los estudiantes y a los trabajadores. Es también evidente que el consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas la marihuana en las zonas de alta concentración de personas como los sitios aledaños a los comedores, constituye un factor que afecta no solo a la salud en su dimensión física si no también a la mental y a la social.

*“para mí, mi universidad sería saludable de que por ejemplo, yo trabajo por acá en los bajos de cafetería, yo todos los días huelo marihuana quiera o no la tengo que oler, para mi eso no es saludable (...)sobre todo los viernes es impresionante, usted se mete y por donde se meta hay marihuana, entonces para mí eso no es saludable” (Entrevista, trabajadora Sede Meléndez)*

En las observaciones realizadas antes de la coyuntura pandémica, se pudo constatar como en las zonas de comedores (donde se sirven diariamente alrededor de 5.000 almuerzos) la afluencia masiva y la baja rotación en los comedores hace que se generen largas filas, lo cual es foco de confrontaciones verbales y afecta la convivencia. Sumado a esto, se observan muchas personas (aparentemente no todas de la comunidad universitaria) que consumen sustancias como la marihuana en estos espacios, siendo otra fuente de alteración de estos entornos.

En esta misma dirección, se mencionaron situaciones no consideradas saludables desde la dimensión social, como discriminación, no inclusión y hasta violencia por género o diversidad sexual. A pesar de que algunos sujetos hicieron mención a la construcción de la política de género como evidencia de la preocupación institucional frente a estos problemas, en el caso de trabajadores y estudiantes algunos consideran que no fueron recogidos en esta política, incluso que se sintieron excluidos; sin embargo, insisten en la importancia de que sea implementada.

El hecho de que sea tan notoria la relevancia del entorno social como generador de salud en la Universidad del Valle reafirma la significancia que tienen los entornos en donde se ubican los campus. Así, un país como Colombia y una ciudad como Cali se caracterizan por la historia de los conflictos sociales, económicos, políticos, culturales, entre otros; y, lamentablemente, por las

innumerables violencias que han prevalecido desde finales del siglo XIX. Obviamente los campus, por estar insertos en los contextos macro, no pueden ser ajenos a estas problemáticas, siendo estas un gran desafío para las intervenciones institucionales.

Con las reflexiones logradas en los grupos de discusión, las menciones de los sujetos entrevistados y las observaciones en terreno se aprecia que al colocar en primer lugar la dimensión social de la salud se tiende a considerar un entorno universitario saludable como algo utópico, imposible de lograr por las complejidades que intervienen. Sin embargo, esta noción también posibilita el fijar desafíos para los procesos de gobernanza universitaria y, en general, para los actores de la comunidad universitaria.

*“Ahora que hablábamos de que era una utopía yo me cuestioné que era lo que estábamos entendiendo por saludable porque hemos hablado de algunos factores y creo que de ahí partimos, pero no sé si en conjunto todos consideramos que eso es saludable, pues de lo que hemos hablado pienso que las utopías sirven para caminar, y por eso creo que si es importante considerarlo” (Grupo de discusión, estudiantes de Trabajo Social).*

#### **4.3.6. Universidad del Valle como Entorno Saludable según opiniones de sus Actores**

Al analizar las voces de los sujetos -tanto en las entrevistas como grupos de discusión-, se observa en algunos estudiantes la tendencia a asociar universidad saludable con los servicios de bienestar que se ofrecen. Desde este aspecto se expresan deficiencias en algunos de estos servicios, tales como el acompañamiento al estudiante, o el otorgamiento de subsidios, entre otros. Estas deficiencias se justifican bien por el tamaño que tiene la universidad reflejada en la cantidad de

estudiantes, bien en las carencias que traen al pertenecer en su mayoría a los estratos socioeconómicos 1,2,3<sup>16</sup>.

Existe la idea entre las comunidades univallunas que el bienestar se basa en recursos financieros a los cuales todos los estamentos tratan de acceder, lo que se evidencia en cada conflicto que se manifiesta entre los diferentes grupos de interés y la Universidad. De ahí que cuando articulan los conceptos de universidad saludable y de bienestar es ineludible el asunto de los recursos.

*“Yo creo que Univalle no alcanza a ser saludable, pero por ejemplo maneja el tema de deporte que de hecho en los primeros semestres uno ve el deporte, es la única universidad que te da el apoyo de cafetería que es muy importante y en otras universidades no se ve, el acompañamiento se está viendo, aún creo que le falta, pero viene haciendo un esfuerzo para ser saludable” (Grupo de discusión, estudiantes Facultad de Ingeniería)*

Esta cita, por un lado, demuestra el reconocimiento sobre las acciones de universidad saludable y, por otro, reafirma la tendencia de preconcebir que una universidad saludable es la que satisface ciertas necesidades en su comunidad, que es lo que se reconoce como bienestar universitario por lo menos en Colombia.

Dentro de todo lo que ofrece Bienestar Universitario, algunos aspectos que son valorados por parte de los stakeholders, y en particular por los estudiantes, empleados y trabajadores -quienes reconocen su aporte a un entorno saludable- están: el servicio psicológico, el servicio médico, el servicio odontológico, los espacios deportivos, el restaurante, la biblioteca. Incluso mencionaron

---

<sup>16</sup> En Colombia cada territorio se clasifica en 6 estratos socio-económicos, de acuerdo con variables e indicadores preestablecidas por el Estado, siendo los estratos 1, 2 y 3 los que presentan mayor número de necesidades insatisfechas. Los estratos 4, 5 y 6 corresponden a los de menor cantidad de necesidades insatisfechas. Esta estratificación es la base para las focalizaciones en políticas sociales, así como para múltiples situaciones que median en la relación individuo, organizaciones y Estado.

la existencia de la capilla católica como parte del componente espiritual. Se mencionaron, además, algunos grupos de inclusión (cabildo indígena y afrocolombianos) y los grupos culturales.

Para quienes han hecho uso de estos espacios o servicios a pesar de reconocerlos como importantes, expresaron algunos casos puntuales de deficiencias ya sea por la lentitud o por la calidad de atención o por desorganización en la prestación. Tal es el caso de los horarios de las canchas; lo que a veces genera conflictos y hasta agresiones entre los mismos usuarios.

Como ya se dijo es reiterativo el hecho que todas estas expresiones enfatizan la dimensión social como la más relevante a la hora de hablar del campus como un entorno saludable. Los conflictos interpersonales son frecuentes dentro de la comunidad universitaria, con el agravante que se señalan hechos de violencia física, aun en espacios de debate político (como asambleas estudiantiles) o en otros espacios de alta congregación (como el restaurante o las canchas deportivas).

Entre otros factores enunciados por los stakeholders como limitantes para un entorno saludable, están: la falta de personal para algunos servicios como, psicológico, los deportivos y de promoción de la salud, entre otros.

Con respecto a lo que piensan los docentes, en la entrevista se manifiesta que lo de universidad saludable es lo que menos se está trabajando, que los entornos sociales de la universidad no son muy saludables, que los ambientes con los colegas no es el mejor, que hay mucha competitividad: incluso se dice que hay falta de sentido de pertenencia y que muchos profesores esperan solo la hora de jubilarse. Así mismo, se afirma que en la universidad se privilegia el racionalismo al cuidado de la gente.

*“A pesar de que hay un gimnasio pocos estudiantes van, no van ni docentes ni funcionarios, estos por sobre cargas de trabajo que no les deja tiempo libre(...)para profesores solo el SMU y es meramente clínico” (Entrevista, profesor Sede Regional).*

Estas narraciones dejan ver una mirada negativa por parte del estamento docente frente al bienestar universitario. Este colectivo es el que menos reconoce en sus menciones las intervenciones que

realiza la universidad dentro de los programas de bienestar, ya que existe la mirada que estos son básicamente para estudiantes; por tanto, su participación es nula o mínima en las diferentes convocatorias. Dentro de otras razones para no participar se menciona la sobrecarga de trabajo, lo cual afecta también a los empleados. En este aspecto se encuentra coincidencia con el estudio comparativo de tres países y con la literatura disponible, en donde se evidencia que el estamento docente es el de más baja participación en las actividades y programas; y, por otro lado, que es el colectivo sobre el que menos se ha generado conocimiento dentro de las universidades saludables.

Sobre este punto de Univalle como entorno saludable, las personas que tienen la calidad de jubilados de la universidad solo reconocen los programas y servicios propios del SMU, lo que además se entiende pues la gran mayoría ya no convive en los espacios académicos de los respectivos campus; su interacción está limitada a los aspectos clínicos de su salud física o mental, o dependencias con las que realizan trámites burocráticos obligatorios. No obstante, tal como se aprecia en el Apéndice 12, la Universidad cuenta con un programa especial adscrito a la Sección de Desarrollo Humano y Promoción Socio-económica. En ese programa, con el apoyo de algunas unidades académicas y del SMU, se realizan diversas actividades deportivas, recreativas, culturales, académicas y de promoción de la salud física y mental, pero tal como los informes de gestión muestra, no es muy alta la participación de este colectivo en las actividades ofertadas.

*“nuestro servicio médico es muy bueno, yo tengo que venir cada semana donde mi médico familiar y a reclamar la droga que me dan para la presión y para la diabetes, a veces aprovecho para ir a saludar mis amigos en la facultad y a hacer alguna vuelta en recursos humanos, por mi dolor en la rodilla y espalda no puedo ir a los grupos de jubilados”*  
(Entrevista jubilada Sede Meléndez)

En cuanto a la coyuntura pandémica, algunos sujetos reconocen que se observa un mayor esfuerzo en la Universidad con los temas de salud, mental que se han vuelto más notorios en este momento y que afectan tanto a estudiantes como a docentes y empleados por las condiciones en que se deben desarrollar los procesos; además por los asuntos de encierro, restricciones y pérdidas de personas cercanas. Aunque también consideran que los cursos que se imparten son muy cortos.

Las personas que han participado en estas actividades programadas por el servicio de salud y el servicio psicológico -así como de las otras ofertas extracurriculares de deportes, cultura, recreación, entre otros- valoran positivamente estas acciones al considerarlas como puntos de “escape” de las presiones propias de la vida académica. Mencionan la importancia de implementar espacios para descansar en la sede Meléndez, tal como se han establecido en la sede San Fernando.

*“Por otro lado también concuerdo con mi compañero en que los espacios culturales, las mismas audiciones son un espacio de esparcimiento que muchas veces nos sacan de esa rutina tan, mejor dicho abrumadora que puede ser la vida académica” (Grupo de discusión, estudiantes de Trabajo Social).*

Es evidente que para la población estudiantil son muy significativas las vivencias extracurriculares -ya sean de oferta institucional o de otros actores-, dado que, además de ser mecanismos para disminuir presiones, constituyen espacios de socialización, de convivencia y de democracia que aportan a la formación integral.

Las personas que están al frente del programa de universidad saludable en Univalle reconocen algunas debilidades. Entre ellas destacan las siguientes: la baja participación en las actividades, la ausencia de un mecanismo formal de articulación interna, la no concreción de la formalización de un comité coordinador, la falta de evaluaciones de impacto, y la falta de personal para los programas.

Sin embargo, entre los aspectos positivos reconocen que: se vienen adelantando procesos de articulación con dependencias internas y sedes regionales, se está haciendo visible una estrategia de trabajo en red, se están haciendo evaluaciones de gestión y registros de cada proceso adelantado, se está cualificando el grupo de personas que están al frente de los proyectos y actividades, se viene fortaleciendo la participación en la REDCUPS y en la RIUPS, así como otros espacios de cooperación con universidades colombianas y latinoamericanas.

Con base en los datos obtenidos, se puede decir que existe consenso entre los diferentes actores de Univalle en reconocer la importancia que tiene para la universidad construir entornos saludables.

*“Si una universidad se convierte en saludable va a servir, primero no va a gastar tanto dinero con sus trabajadores en medicamentos, en incapacidades, en cantidad de cosas” (Entrevista, trabajadora Sede Meléndez).*

*“Yo creo que eso que dice que mente sana en cuerpo sano yo digo que si uno se siente bien puede tener un mejor rendimiento académico. Pensar en una universidad saludable también ayuda a que el estudiante se siente cómodo tanto física como mentalmente” (Grupo de discusión estudiantes de Ingeniería).*

*“Yo creo que lo esencial de una universidad saludable es proteger a los seres humanos, proteger la vida, proteger su salud, generar posibilidades de bienestar” (Entrevista, profesor Sede Pacífico).*

#### **4.3.7. Gobernanza y Participación en Universidad Saludable**

En el caso de Univalle también es significativa la relación entre gobernanza y avance en la consolidación del programa y los proyectos de universidad saludable. De un lado, y como se identificó en la revisión documental, es evidente la trascendencia que se le está dando al programa de Universidad Saludable en los documentos normativos y otros actos administrativos. No obstante, se carece aún de una resolución oficial para la creación del comité coordinador de alto nivel. Por otra parte, el haber asignado recursos financieros, humanos y técnicos también da cuenta de la importancia del programa; igualmente articularlo a la Vicerrectoría de Bienestar le da un lugar dentro de la organización formal de la Universidad.

A pesar de esto, el hecho de no haber podido concluir el proceso de construcción de la política institucional como se determinó desde el 2015 indica la complejidad para que esta apuesta por mejorar los entornos gane relevancia y pueda superar algunas de las limitaciones que se han presentado.

En este ámbito de la gobernanza, y de acuerdo con lo dicho por algunos de los sujetos, resalta la necesidad de un mecanismo de articulación liderado desde la alta dirección que posibilite la

creación de la red interna con todas las dependencias, y así avanzar en la integralidad de las acciones que se están adelantando.

El otro aspecto relevante dentro de la gobernanza es la participación de los stakeholders, como ya se ha dicho. En este sentido, tanto para los estudiantes como para los empleados, los trabajadores y los profesores es muy importante participar en este tipo de procesos; aunque los sujetos consultados en su mayoría expresaron no tener información sobre los canales y las formas en las que pueden hacerlo. Los que manifestaron haber participado mencionaron espacios de participación (por ejemplo, consultas sobre dieta vegetariana) y otros espacios (como la construcción de la política de género o algunas otras actividades puntuales).

*“En la construcción de la política he participado en ciertos espacios que abrieron de socialización en donde nos invitaron como funcionarios para ver primero socializar lo que era la política que se estaba construyendo y como articularnos desde donde trabajamos nosotros (Entrevista empleado, sede Meléndez).*

Según lo expresan las personas que lideran el proceso, se han abierto algunos espacios y se han hecho convocatorias sobre todo a estudiantes, aunque la respuesta ha sido nula o muy escasa en la comunidad universitaria. Esto puede indicar algunas debilidades en la generación de estos espacios participativos o de la forma en que se promociona o motiva en los stakeholders.

En la observación activa en una jornada de motivación en la Sede de Buga, se pudo evidenciar el interés y la motivación de quienes participan en estos espacios, siendo notoria la energía y el clima que se genera en tales actividades.

De otro lado, se puede considerar como un factor clave para el fortalecimiento y la gobernanza del programa la convicción de las personas que tienen bajo su responsabilidad las acciones, así como la voluntad de los stakeholders en participar. Según esto, encontrando las formas apropiadas y eficaces para la participación es posible darles mayor despliegue y legitimidad a las intervenciones.

*Si lo haría en esas condiciones, que no sea un proceso para cumplir un indicador o una meta institucional si no para desarrollar un proceso cultural por que todo es cultural en últimas (Entrevista, profesor sede Regional).*

Dentro de los aspectos relevantes para el diseño y puesta en marcha de la política y del programa de universidad saludable, la percepción generalizada de los actores de la comunidad universitaria es que en la construcción de una política como la de universidad saludable se debe hacer una convocatoria amplia de la comunidad, se deben identificar sus necesidades y opiniones frente a como tener un entorno saludable. Es fundamental el rol que asuman los líderes de la universidad para que se genere una apropiación generalizada del proceso, rompiendo la visión que solo es un tema de una facultad o de ciertas personas.

También se hace énfasis en la implementación y legitimación de la política, pues se tiene una imagen negativa respecto a las políticas, dado que no logran su implementación y, por tanto, no obtienen los resultados que de ellas se esperan.

*“En Colombia en general creemos que las leyes y las políticas públicas solucionan problemas, esa es nuestra lógica, a cada problema público que surge le formulamos una ley, o le salimos con una política pública” (Entrevista, profesor Sede Regional)*

En conclusión, algunos de los hallazgos en este estudio de caso coinciden con lo encontrado en los estudios previos de esta investigación, particularmente en cuanto a los paradigmas, enfoques y características de las intervenciones. De otro lado, en aspectos como las nociones de salud, universidad saludable y las dimensiones de la salud se encontraron nuevas evidencias, entre ellas que para los estudiantes de Univalle la dimensión social de los entornos encierra gran relevancia (por ejemplo, la inclusión, la convivencia, las violencias y, sobre todo, la seguridad).

El estudio de caso reafirma la asociación entre los contextos externos y lo que se presenta al interior de los campus. Y, sobre todo, deja también más claridad sobre como esta asociación se refleja en las nociones sobre salud y saludable que construyen los sujetos.

Quedan abiertas otras necesidades de investigación que ayuden a entender esas relaciones multidimensionales complejas que se dan en los entornos universitarios, con el fin de construir intervenciones que aporten contundentemente a generar entornos de vida y convivencia.

Dentro de los aspectos claves que se identificaron en este estudio para fortalecer la construcción de las intervenciones, aparece la necesaria articulación externa con otras políticas, estrategias e instituciones; tal es el caso de los instrumentos de planeación. Lograr esta articulación (por ejemplo en el asunto de los ODS y Planes de Desarrollo) podría abrir las puertas para la cooperación y alianzas que potencien los recursos y, en general, las intervenciones.

Una vez expuestos los principales resultados obtenidos en las dos fases de la investigación, en el siguiente capítulo se realiza la discusión final de la misma y se recogen las principales conclusiones alcanzadas. Igualmente, se indican las principales limitaciones del trabajo, así como las líneas futuras de investigación.





## **Capítulo 5**

# **Conclusiones y Discusión Final de la Investigación**

---



## **Capítulo 5**

### **Conclusiones y Discusión Final de la Investigación**

---

<b>5.1. Conclusiones.....</b>	<b>217</b>
<b>5.2. Discusión.....</b>	<b>224</b>
<b>5.3. Universidades como entornos de vida: propuesta para su construcción.....</b>	<b>234</b>
5.3.1. Gobernanza: factor clave para la construcción de entornos universitarios de vida.....	234
5.3.2. Construcción de Universidades como Entornos para la Vida: Fundamento y Bases para su Fortalecimiento. ....	236
<b>5.4. Fortalezas y Limitaciones del estudio.....</b>	<b>245</b>
<b>5.5. Futuras líneas de investigación .....</b>	<b>246</b>



## 5.1. Conclusiones

Los hallazgos de la investigación, tanto en su componente teórico como aplicado, permitieron establecer qué características, fundamentos, nociones y enfoques se identifican en las acciones enmarcadas dentro de universidades saludables.

Aunque el conocimiento generado hasta el momento sobre este campo de acción ha sido muy escaso, la investigación documental y las revisiones de literatura permitieron establecer que esta estrategia en las universidades iberoamericanas se inicia a comienzos del siglo XXI. Se ha visto impulsada por el llamamiento de la OMS a incorporar la promoción de la salud en todos los entornos de vida. Mediante este llamado se crean las redes de cooperación como la RIUPS y las redes nacionales, que son las que aglutinan y generan lineamientos para alimentar las intervenciones institucionales.

Dentro de este marco, cada universidad saludable ha ido avanzando con intervenciones de promoción de la salud, en la medida de sus posibilidades y dentro de sus propias visiones e intereses. La estrategia se ha ido desarrollando entre limitaciones y logros, careciendo de marcos claros desde lo filosófico, epistemológico, teórico y metodológico.

En la investigación documental, en la que se estudia la relación existente entre salud y desarrollo, y se analizan los paradigmas de salud, los marcos de referencia y las dimensiones que predominan en el ámbito de universidades saludables, se pudo evidenciar la primacía del enfoque bio-médico o patogénico dentro de las publicaciones disponibles. La mayoría de los estudios se centran en la dimensión física de la salud. Y la población sobre la que más se ha generado conocimiento es la estudiantil. Dentro de los paradigmas de salud que se lograron identificar están: el patogénico o de salud negativa (unicausal), el salutogénico o de salud positiva, el bio-sicosocial y el holístico.

Se encontró relación entre los constructos de desarrollo y de salud, los cuales están implicados desde su origen formal, motivado por las definiciones de la ONU y la OMS a mitad del siglo XX.

Estas relaciones son más claras en los modelos 1.0, y no son tan claras en los modelos 3.0, dado que los fines que se plantean han ido transformándose en el tiempo.

Los nuevos contextos socio-históricos, aproximadamente desde los 80s, han llevado a considerar la amplitud y complejidad de otras dimensiones en la salud y el desarrollo. Este cambio condujo a que, dentro de este estudio, se denominaran como los modelos de desarrollo 3.0 y de salud 3.0. En estos se reconocen, además de las dimensiones física y mental, las dimensiones social, ambiental y espiritual.

En cuanto a las nociones sobre salud, sobresalen las que están alineadas con la definición de la OMS. Así, la salud se reconoce como estado, equilibrio o balance, con tres dimensiones: física, mental y social, y contraria a la enfermedad física o mental. Por su parte, las nociones sobre universidad saludable o promotora de salud no se encuentran consensuadas aún. Se manejan de acuerdo con la preferencia de los autores, pero se observa que hay consistencia al definirla como entorno saludable.

Sobre los enfoques que la literatura permite reconocer se encuentra, en primer lugar, el enfoque de promoción de la salud, derivado de los lineamientos de la OMS desde la carta de Ottawa, y asumidos por las redes de cooperación de universidades promotoras de salud. No obstante, sobre experiencias de intervención prevalece el enfoque de prevención, básicamente en acciones de promoción de la actividad física y los denominados estilos de vida saludables.

De la investigación aplicada -llevada a cabo para analizar las presunciones subyacentes que guían la construcción de universidades saludables, y para determinar qué son y qué papel que juegan como agentes de salud en sus entornos- se apuntaron dos aspectos. De un lado, a describir y contrastar los paradigmas, nociones conceptuales y enfoques de salud y universidad saludable que tienen los actores implicados en las acciones (en función del país donde se ubique la universidad). De otro lado, a analizar y contrastar la valoración que realizan los estudiantes sobre las dimensiones del concepto de salud (en función del país donde se ubica la universidad). Se puede decir lo siguiente:

- La evidencia empírica y las construcciones narrativas de los sujetos participantes, tanto en el estudio comparativo de universidades como en el estudio de caso, permitió reconocer confusiones conceptuales, ambivalencias y asimetrías entre lo que la literatura contempla como lineamientos para intervenir en los entornos y lo que se está realizando actualmente. También entre los enfoques con los que se plantean las intervenciones por parte de los responsables y los enfoques institucionales; además entre los enfoques de estas intervenciones y las nociones recogidas de los actores implicados.
- Sobre las nociones de salud, no se encontró consenso en los sujetos al respecto, igual que sucede en la literatura. En los actores universitarios emerge más la noción de salud como entorno y pocas nociones se relacionan con las dimensiones ambiental y espiritual.
- Puntualmente, se pudo identificar la falta de consenso en los conceptos de universidad saludable y universidad promotora de salud. La mayoría de los sujetos reconoce que hay diferencias notorias, dado que ambos conceptos implican paradigmas distintos; otros afirman que no identifican diferencias. A pesar de esto, con las evidencias del estudio se puede determinar que el concepto de universidad saludable se ubica dentro de marcos epistemológicos más amplios y complejos, como el holismo. Además, se aceptan las responsabilidades que tienen las universidades con sus stakeholders y sus entornos. Así se rebasan los enfoques de promoción y de prevención. El debate emergente sobre las nociones de universidad saludable deberá zanjarse al interior de las redes y de las universidades interesadas en esta estrategia.
- De otro lado, en el componente cuantitativo del estudio comparativo, los análisis estadísticos permitieron contrastar las hipótesis formuladas con base en estudios previos. Se evidencia una tendencia entre los estudiantes universitarios de la muestra a valorar más las dimensiones mental, social y ambiental, y a valorar menos las dimensiones espiritual y física. Esto contrasta totalmente con la literatura, donde aparece la dimensión física como la más abordada en estudios, y en intervenciones desde universidades saludables.

- Igualmente, se encontraron diferencias estadísticas entre las valoraciones según las universidades y según los países. En Univalle la dimensión más valorada por los estudiantes fue la física y la menos valorada la espiritual. En la UJI la más valorada fue la mental y la menos la ambiental. En MM la más valorada fue la dimensión espiritual y la menos la física. En la UV y en la UAEM, la más valorada es la mental y la menos la física. Por países, en Colombia la dimensión más valorada fue la física y la menos valorada la espiritual; en México, la más valorada es la mental, y la menos la física; en España, la más valorada es la dimensión mental y la menos la ambiental.
- Debido a que no se realizaron los análisis exploratorio ni confirmatorio con el instrumento cuantitativo utilizado, en caso de profundizar en su aplicación, es necesario hacerlos para asegurar la validez de contenido.
- Con respecto a los enfoques desde los cuales se plantean las intervenciones, se observa en mayor medida el enfoque de prevención (sustentado en el enfoque del riesgo), y en menor medida el enfoque de promoción (sustentado en los entornos y básicamente en los DSS). Resulta oportuno destacar que las intervenciones que se mencionan como de promoción están ligadas también al enfoque de riesgo.

Uno de los factores más relevantes tanto para la formulación como para la implementación de las intervenciones es la gobernanza universitaria. Con el MAG se pudo establecer que:

- Los *actores* que lideran las intervenciones en su gran mayoría son profesionales de áreas de la salud. Hay articulaciones externas (en México y en España) con instancias de gobierno, principalmente de orden local; así como articulación con las redes de cooperación. España es el país donde más se mencionaron estas redes.
- Los *recursos* se consideran insuficientes para el desarrollo de las intervenciones, aunque se observan mecanismos de autofinanciación de actividades con los voluntariados.
- En las *normas* se evidenció consenso en considerar como marco global los ODS; para el tema saludable se habla, específicamente, del objetivo tres. Además, se reconocen en los tres países diferentes normas o leyes para controlar consumos nocivos, para fenómenos como el acoso, las violencias o la inclusión de minorías específicas. Se reconoce como de

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

Una propuesta aplicada para impulsar intervenciones institucionales

---

alta relevancia y de mayor rango a las políticas institucionales. Los planes son el instrumento más legitimado particularmente en Colombia y México.

- Sobre los *órganos* o instancias administrativas de la universidad con la que se articulan las intervenciones, se lograron establecer tres niveles jerárquicos en los que se insertan las diferentes dependencias y órganos colegiados. No se pudo evidenciar en las estructuras, la ubicación de los programas o dependencias de universidad saludable.
- La vinculación de los programas de universidad saludable con los ejes misionales indicó que la mayoría se asocian al de formación y, particularmente, a la Formación Integral. Esto se observó, principalmente, en las universidades latinoamericanas. La baja vinculación con el eje de investigación se justifica con la falta de recursos y la dependencia de instancias de servicios que no cuentan con profesionales con dedicación a la investigación.
- Respecto a la *participación*, en todas las universidades se mencionaron mecanismos, niveles y formas de participación en las intervenciones. Un elemento común encontrado tiene que ver con la baja participación de los docentes, tanto en el diseño como en la implementación o evaluación de las acciones. En las formas de participar fueron más frecuentes la *comunicación*, de arriba hacia abajo, y la *consulta* a los stakeholders para conocer sus opiniones o demandas específicas, No se evidenció la *participación* bidireccional con capacidad decisoria.
- En cuanto a las formas de intervención se identificó que, en su gran mayoría, priman las actividades y. muy por debajo. los programas, planes y políticas. Así mismo, estas actividades se centran en hábitos saludables y estilos de vida (dimensión física y mental).

Con los hallazgos del estudio de caso -donde se analizan las nociones de los stakeholders de una universidad saludable sobre salud y sobre universidad saludable; se indagan las intervenciones propias de la estrategia de Universidades Saludables; se investiga la articulación de las intervenciones de una Universidad Saludable con los ODS; y se estudia el impacto sentido por sus stakeholders- se pudo evidenciar que:

- En cuanto a las nociones de salud y de universidad saludable, las construcciones en su mayoría coinciden con lo encontrado en la investigación documental y el estudio

comparativo. Sin embargo, emergieron con gran influencia los aspectos sociales, mentales y ambientales dentro de los entornos académicos y laborales.

- Son muchas las intervenciones y recursos que tiene la Universidad, dentro de lo que históricamente ha venido desarrollando en el marco del Bienestar Universitario; y que pueden ser articuladas a universidad saludable. Si bien en su mayoría se dirigen a los estudiantes, privilegiando las dimensiones física, social y mental.
- Aunque se evidencia la inclusión del programa y de la política en los marcos de planeación institucional, con recursos asignados y avances en el proceso, aun no se concluye la construcción de la política, no hay un ente coordinador avalado por algún acto administrativo y se identifican varias debilidades en la articulación interna y externa.
- No se evidenció articulación específica a los ODS ni en el plan de desarrollo, ni en los instrumentos de planificación gubernamental, lo que limita las posibilidades de cooperación tanto nacional como internacional.
- En general, se evidenció consenso en los stakeholders sobre el reconocimiento de la importancia de ser universidad saludable, en el deseo de participar, en la baja participación mencionada, y en la necesidad de intervenir en los entornos.

Todos estos hallazgos reafirman la necesidad de ampliar los marcos de referencia, para superar la limitación de los enfoques de promoción y de prevención de la salud, así como de los paradigmas, involucrando activamente a todos los stakeholders universitarios.

Las universidades vistas como un entorno para la vida tienen dentro de sus responsabilidades, y a la par de las que históricamente han asumido, el propiciar la construcción de condiciones favorables para la vida armónica y saludable de sus comunidades -tanto internas como las externas-. De ahí que, al hablar de intervenciones institucionales, se deben generar acciones de largo alcance que incluyan las dimensiones del ser en relación con sus entornos de forma amplia y compleja, abandonando las nociones unicasales y positivistas de los enfoques hegemónicos.

Considerando la importancia de las dimensiones holísticas de la salud en los entornos, se identifica como una oportunidad el alineamiento de las intervenciones de universidad saludable con los ODS; y, a su vez, con los instrumentos de planeación territorial, pues con esto se abren posibilidades de financiamiento, articulación y de cooperación.

En términos generales, la investigación permitió identificar que las universidades tienen un papel protagónico en la construcción de entornos saludables, lo que a su vez contribuye a un desarrollo sostenible en las sociedades globales, dinámicas y cambiantes actuales. A la gran cantidad de personas que se forman integralmente en ellas les ofrece la posibilidad de afectar las decisiones en diferentes ámbitos de las comunidades en donde se insertan.

En respuesta a estos desafíos que quedan planteados con la investigación, en la parte final del capítulo se realiza una propuesta de intervención de universidad saludable, que permite reducir las brechas detectadas.

## **5.2. Discusión**

El papel de las universidades como entornos saludables supone generar las condiciones para que sus campus y entornos sean propicios para la salud integral de las personas en todas sus dimensiones. Además, conlleva garantizar la participación de sus stakeholders, generando nuevos conocimientos relevantes; y aportar así al desarrollo sostenible de las comunidades donde se insertan.

Cuando se analiza qué son y cómo se desarrollan sus intervenciones, lo primero a destacar es que las universidades que se han reconocido a sí mismas como saludables -en el marco de las estrategias de las redes como la RIUPS y las nacionales-, han acogido los lineamientos emanados de cada una de las declaraciones, entre las que resaltó la carta de Edmonton (Canadá).

Sin embargo, como se ha reiterado, la investigación mostró que, a pesar de que las acciones se vienen adelantando dentro de los marcos acordados por las redes de cooperación, la tendencia a desarrollar intervenciones de universidad saludable concentradas prioritariamente en los estudiantes y desde las dimensiones física y mental impide el logro de impactos más visibles en los

entornos académicos y administrativos. Lo que además contrasta con el llamado que se viene haciendo desde la OMS a intervenir los entornos reconociendo la relevancia de los DSS; donde se insiste en potenciar las acciones de promoción de la salud con todas las personas, a todo nivel y en cada espacio de vida.

Aunque desde el ámbito teórico va aumentando el apoyo al modelo salutogénico y destacándose la necesidad de incorporar su perspectiva en las intervenciones, es evidente que sigue imperando con fuerza el patogénico. Esto resulta evidente en las elaboraciones narrativas de los sujetos inmersos en este campo, así como en las intervenciones que se vienen realizando en las universidades saludables.

Definir las universidades saludables como aquellas que incorporan la promoción de la salud en todas sus acciones misionales obliga a construir marcos referenciales más amplios, donde se puedan acordar las bases, los conceptos, paradigmas y enfoques más apropiados para la construcción de entornos saludables. De ahí que se considere necesario abrir las ventanas de observación con respecto a todos los elementos presentes en los entornos de estudio y de trabajo, propios de los campus; y encontrar de esta forma nuevas perspectivas para la formulación e implementación de acciones que sean efectivas, sostenibles y legitimadas por todos los actores.

En esta línea de pensamiento, el rastreo de los paradigmas propios de la salud evidenció la estrecha relación entre las intervenciones en universidades saludables y las nociones que construyen las instituciones y sus actores para fundamentar las acciones que se realizan. La búsqueda de las relaciones causales entre los paradigmas que subyacen a las acciones en universidad saludable, llevó a encontrar pistas importantes de esta relación en el surgimiento de las ideas de salud y de desarrollo contemporáneas.

A pesar que estos conceptos (salud y desarrollo) aparentemente no nacen vinculados abiertamente, poco a poco en la práctica han ido relacionándose. Para entender en detalle esta implicación en la Figura 22 se cruzan los momentos más significativos dentro de su evolución conceptual.

## Figura 22

*Relación entre los modelos de salud y de desarrollo*



Como se observa, la salud 1.0 (patogénica) y el desarrollo 1.0 (crecimiento económico) coinciden en su fundamento positivista. En ambos modelos se objetivan los conceptos y en ambos es evidente una visión teleológica de los mismos. Se podría afirmar que la relación desarrollo y salud es más potente en estos modelos 1.0; en ellos no hay desarrollo sin salud, ni salud sin desarrollo. La salud y el desarrollo constituyen un fin en sí mismos.

En el caso de salud 2.0 (bio-sicosocial) y el desarrollo 2.0 (bienestar social) se aprecia el avance de los modelos hacia terrenos menos objetivados, involucrando otras variables del bienestar humano como las sociales y mentales, ampliando la esfera a aspectos más subjetivos de la vida. En este cuadrante se presenta un avance en la salud como parte del bienestar social, dándole prioridad sobre el desarrollo pero sin desprenderla de este. En los dos modelos lo meramente económico es rebasado por lo social y lo mental.

En los modelos 3.0 (holísticos) se abre más el espectro de la salud y el desarrollo. Lo económico, que en los modelos previos es el fin, se deja de lado al incluir variables como la ambiental y la espiritual. Para una vida plena y satisfactoria no es condición previa un alto nivel de riqueza

material; tanto la salud como el desarrollo son solo dos aspectos que hacen parte de los medios para esa plenitud.

Asociando estos modelos holísticos al paradigma epidemiológico de las cajas chinas, se puede afirmar que tanto el desarrollo como la salud están interconectados dentro de un todo complejo y ninguno es prerequisite del otro.

Cronológicamente no es posible trazar una línea de tiempo en la comparación de estos momentos o estadios de la salud y el desarrollo. Sin embargo, a pesar que las nociones de desarrollo como crecimiento nacieron en el contexto de la Revolución Industrial a mediados del siglo XIX, la evidencia muestra que es el periodo de la II posguerra mundial (mediados del siglo XX) en el que los organismos multilaterales como la ONU y el Banco Mundial agencian la idea del desarrollo 1.0 explícitamente, mientras que la OMS agencia la idea de la salud 2.0 con la definición que propone de salud en 1946.

Así mismo, se encuentra coincidencia temporal en la salud 3.0 y el desarrollo 3.0. Ambos nacieron alrededor de la década de los 80s y se extienden hasta la actualidad. Son resultado de los cambios económicos, políticos y la degradación social, física, mental y ambiental que se le atribuyen al desarrollo 1.0, considerado hegemónico. Igualmente, estos modelos surgen por la ineficacia de la salud 2.0 y el desarrollo 2.0, que desconocen la complejidad real y la amplitud de los conceptos, al no considerar otras dimensiones que intervienen en la construcción de nociones y de entornos desde una perspectiva holística.

Reconocer que no hay linealidad temporal es afirmar que estos modelos de salud y de desarrollo han operado en simultáneo; lo cual no implica desconocer la hegemonía que han tenido tanto la salud 1.0 y el desarrollo 1.0 como fundamentos generalizados de las políticas e intervenciones en los diferentes escenarios. Los demás modelos tratan de abrirse paso desde los escenarios multilaterales en el mundo, pero aún no logran imponerse. En la actualidad, los más implantados son la salud 2.0 y el desarrollo 2.0, como lo evidencian, por ejemplo, los ODS que se ubican en este marco. La salud 3.0 y el desarrollo 3.0 van avanzando en el debate teórico contemporáneo, aunque con evidencia muy escasa en las políticas públicas y, en general, en las intervenciones estatales o institucionales.

Teniendo en cuenta esta evolución epistemológica y ontológica en el ámbito de la salud y el desarrollo -evidenciada en el estado de la cuestión y en la investigación documental del presente trabajo-, las intervenciones que se formulan y ponen en marcha desde las organizaciones, y particularmente en las universidades, no pueden ser ajenas a los fundamentos conceptuales que las subyacen. En este sentido se ha demostrado la falta de claridad y de universalidad del concepto de salud, al igual que el de universidades saludables. Esto, sin duda, guarda relación con la forma en que se perfilan y llevan a la práctica las intervenciones institucionales.

La evidencia recopilada y analizada apunta que las intervenciones de Universidad Saludable concuerdan en su mayoría con la salud 2.0. Tanto el conocimiento publicado como las características de las intervenciones expresadas por los sujetos participantes y las soportadas en documentos oficiales muestran que las dimensiones física y mental son las más relevantes; y, aunque se reconoce y valora la relación cercana con la dimensión social, la ambiental y la espiritual esto no se refleja en los programas, proyectos y, en general, las acciones adelantadas. En cierta medida se pueden relacionar también con el desarrollo 2.0 en el sentido en que los actores reconocen la importancia que tiene para las universidades adelantar estas intervenciones, pues esto impacta en las comunidades y territorios donde hacen presencia, impulsando no solo la salud sino también el desarrollo económico y social. Ahora bien, los resultados muestran que al superar la noción de dos dimensiones (física, mental) y al complejizar el concepto de salud se encuentran otras dimensiones (como la ambiental, la social y la espiritual), las cuales aportan más comprensión a la hora de asumir el desafío de los entornos saludables.

Precisamente por esta razón, al abordar los referentes teóricos para las intervenciones de universidades saludables se toma como marco la salud 3.0, considerándola con mayor integralidad y complejidad a la hora de pensar en la construcción de entornos universitarios saludables. De ahí que, al desmontarnos de la idea de la salud como fin y como ausencia de enfermedad, emergen otras perspectivas que han sido poco asumidas desde las políticas y, en general, desde las intervenciones en el campo de la salud por múltiples razones. Privilegiar estas otras dimensiones de lo saludable nos lleva a replantear los enfoques sobre los cuales se han venido construyendo las diferentes intervenciones.

Al aproximarnos a los actores y escenarios vinculados con universidades saludables -quienes están implicados en el diseño e implementación de las intervenciones-, lo primero que emerge es que, a pesar de que estos reconocen la importancia de los enfoques de prevención y promoción (incluso algunos sujetos llaman a la complementación de ambos), en su mayoría asumen estrictamente el enfoque de promoción, deslegitimando e invalidando el enfoque de prevención. De esta forma, se produce una paradoja; estos actores, con respecto a que sus bases filosóficas y sus nociones, otorgan mayor peso a las dimensiones mental, social y ambiental, pero las intervenciones en su implementación siguen priorizando la dimensión física. Este asunto resulta muy relevante, pues si no se obtiene un alineamiento entre los paradigmas, nociones y enfoques de los stakeholders con las intervenciones institucionales, el impacto pretendido no será el mismo. Esto es así porque las nociones son fruto de las valoraciones y construcciones individuales y colectivas de los sujetos y, por ende, compromete su visión de utilidad y motivación, claves para la apropiación y participación en los procesos de intervención.

Igualmente, se coloca sobre la mesa una ambivalencia generada por los paradigmas, pues de un lado predomina la visión institucional centrada en el riesgo y los indicadores de impacto, y de otro los paradigmas que reconocen más la complejidad de la salud desde una visión más positiva no centrada en la enfermedad, ni en los riesgos, ni en los expuestos. Dicha ambivalencia afecta también las intervenciones, pues se asocia la prevención con el paradigma patogénico y a la promoción con el salutogénico. De ahí que se evidencian actividades sustentadas en la promoción que están ligadas a una enfermedad o un problema social relevante (por ejemplo, suicidio, obesidad, consumo de SPA, de alcohol, de cigarrillos, falta de actividad física); es decir, la promoción también la articulan al enfoque de riesgo propio del enfoque de prevención. A pesar de que los sujetos que lideran las acciones de universidad saludable reconocieron tales confusiones y ambivalencias, en última instancia sus intervenciones se desarrollan desde el paradigma patogénico y enfoque de prevención, ya sea por la exigencia institucional o porque esto facilita la cuantificación de resultados, algo que aparentemente no es posible con el enfoque de promoción.

Sumado a lo anterior, se evidencia otra asimetría entre lo que se privilegia en las universidades para intervenir y lo que los usuarios o beneficiarios de estas intervenciones están valorando sobre lo que consideran saludable. Esto se observa en la valoración que hicieron los estudiantes de las

universidades muestreadas sobre las dimensiones de salud, en donde se dan las más altas calificaciones a las dimensiones mental, social y ambiental, y las calificaciones más bajas a las dimensiones física y espiritual. Esta asimetría se debe analizar con mayor profundidad y amplitud, pues este puede ser un punto de inflexión en las dinámicas que desarrollan actualmente las universidades saludables. Si las intervenciones se logran alinear con las nociones significativas de los stakeholders hay mayor probabilidad de impacto y de apropiación en la construcción de entornos universitarios saludables.

Pese a todo esto, los datos permiten leer la transformación paulatina que se está dando del paradigma patogénico. Así, en el caso de las universidades saludables ya se mencionan intervenciones en el campo espiritual, sea entendido como religiosidad o como conexión más amplia del individuo con su interior y las fuerzas que lo rodean. Así mismo, se aprecia como ha venido ganando fuerza la incorporación de la dimensión ambiental dentro de las universidades, principalmente por efecto de los ODS y asociada directa o indirectamente a universidad saludable. Se indica así la pertinencia de ahondar en los estudios a cerca de la dimensión espiritual en las comunidades universitarias en pro de considerar este ámbito para intervenciones institucionales que obviamente se asuman desde la pluralidad de nociones y creencias que encierra esta dimensión.

Pasar del enfoque de riesgo (sustentado en la Prevención y el paradigma patogénico) al de entornos (sustentado en la Promoción y en el paradigma salutogénico y holístico) no parece un camino fácil y de corto tiempo. Al contrario, se requiere de muchos factores institucionales, donde las comunidades universitarias deben ser protagonistas. Con la salvedad de que no se sugiere simplemente cambiar de enfoque, pues los datos han mostrado que para ciertas situaciones o problemáticas asociadas a lo saludable sigue teniendo vigencia el enfoque de riesgo. Lo que sí se propone es acercar y complementar las intervenciones desde los dos enfoques; algo que no se pudo evidenciar en el estudio.

Si bien la investigación realizada corrobora ese cambio paulatino en los paradigmas de salud en las universidades, también es evidente que las Facultades y/o programas de Salud aún siguen gobernados por el paradigma bio-médico. Otras perspectivas como la salutogenia (salud positiva) o la holística se abren camino tímidamente en los gremios médicos o de salud al punto que son

paradigmas rechazados y considerados “pseudociencia” en eventos y algunos encuentros de las disciplinas de la salud. Lo cual puede ser una posible explicación a lo evidenciado en el estudio respecto a los paradigmas, dimensiones y enfoques prevalentes en las universidades.

Ni la dimensión social de la salud ni la ambiental -las cuales brindarían la oportunidad de generar procesos de intervención para impactar los entornos universitarios- han sido asumidas directamente desde los programas de universidad saludable. Esto hace pensar que son un componente independiente que viene surgiendo en las universidades. Estas dos dimensiones, por ciertas repercusiones que presentan, son más visibles en unos países que en otros, dependiendo del interés por parte de las directivas universitarias. Dicho interés se ve reflejado en políticas, recursos, dependencias y una amplia gama de intervenciones, algo que no es tan notorio para el caso de las intervenciones de universidad saludable. Por las formas de gobernanza, esto puede convertirse en una dispersión de esfuerzos y recursos que no representen al final un valor público para las instituciones y sus entornos.

Sobre las nociones construidas por los actores, resalta la de universidad saludable como formadora, en la cual se hizo evidente una relación estrecha con lo que se llama en muchas universidades Formación Integral. Esta Formación Integral ha cobrado gran protagonismo; muestra de ello es que muchas universidades la posicionan dentro de las primeras estrategias y/o objetivos estratégicos en sus respectivos planes de mediano y largo plazo. Se hace necesario revisar las conceptualizaciones y las apuestas que incluyen tanto Formación Integral como universidad saludable para identificar donde se cruzan y cómo se pueden fortalecer mutuamente (Figura 23). Esto sería un argumento de fuerza para el reconocimiento institucional de las intervenciones de universidad saludable, pues la Formación Integral se considera inherente a la Formación Profesional, que es el principal eje misional. Haciendo énfasis en que esta formación también se extiende a los demás stakeholders que son partícipes del entorno.

### Figura 23

#### *Intersección entre Universidad Saludable y Formación Integral*



Independiente de las nociones sobre salud y universidad saludable que se estén construyendo desde los paradigmas existentes, los enfoques deben limitarse a orientar las acciones más pertinentes para cada caso; esto teniendo como foco el impacto en los entornos y la integralidad, profundidad y sostenibilidad de todas las acciones.

Pensar en la estandarización de metodologías de intervención para las acciones de universidad saludable no es algo posible, así se estén generando lineamientos para la acción desde las redes de cooperación y las universidades en general. Más aún cuando se hizo evidente la influencia que tienen los entornos micro, macro y meso que rodean las universidades dentro de las interacciones y de las construcciones de significado que se generan en los campus y que condicionan obligatoriamente la vida en los entornos institucionales.

Con respecto a las intervenciones que se vienen adelantando dentro de los programas de universidad saludable, se identificaron una amplia gama de acciones específicas, coyunturales, demandadas por stakeholders o de “moda”, o de obligatorio cumplimiento por una ley. Así mismo, tales acciones muestran congruencia con la literatura disponible, en cuanto a que mayoritariamente apuntan a la dimensión física y se concentran en estudiantes. Este hallazgo lleva a pensar que la mayoría de los esfuerzos se estén invirtiendo en estas actividades puntuales y no se estén construyendo procesos a medio y largo plazo como programas, planes o políticas. Esto repercute directamente en el impacto de las intervenciones y en el reconocimiento de los stakeholders y de

las directivas; afectando así la trascendencia que se le puede dar a incluir los asuntos de la promoción de la salud en las apuestas estratégicas de las universidades.

A pesar de esto, se considera como un hecho muy significativo que los programas de Universidad Saludable ya tengan un amplio reconocimiento en las universidades y que se encuentre adscrito a alguna dependencia de la alta dirección.

Finalmente, frente a los posibles cambios que se avizoran por la pandemia del COVID-19, existe la percepción en los sujetos que no se esperan cambios significativos con respecto a los enfoques de las intervenciones; pues, de hecho, se está trabajando desde la promoción para fortalecer los sistemas inmunitarios de las comunidades universitarias con el impulso a la actividad física y al cambio de estilos de vida. No obstante, esto es para enfrentar el riesgo del virus; es decir, se queda en prevención. Para otros la situación después de la pandemia no será igual; por ejemplo, la dinámica impuesta de distanciamiento disminuirá los contactos físicos. Así mismo, se considera que esta situación adversa posibilita el replanteamiento de las creencias y paradigmas, lo que puede ser una oportunidad para aprender otras cosas que generan gratificación, por ejemplo actividades artísticas o espirituales.

Con lo anterior, lo que sí es concluyente es que los entornos universitarios no serán iguales. Temas como la virtualidad serán el pan de cada día para los stakeholders. La presencialidad no será ya excusa para nutrir los paradigmas pedagógicos e incluso burocráticos en las instituciones. Los marcos teóricos, epistemológicos y metodológicos deberán someterse a deconstrucción y construcción, y las dimensiones de la salud -sobre todo las menos valoradas o desarrolladas- serán más importantes. Así mismo este nuevo escenario será potenciado por el trabajo en redes y la cooperación entre las instituciones. A pesar de esto es posible que los cambios en otras situaciones o relaciones de vida que están impactando los países y las sociedades avoquen cambios no imaginados aún en las universidades y sus stakeholders.

### **5. 3. Universidades como entornos de vida: propuesta para su construcción**

Para disminuir las brechas identificadas es necesario repensar los marcos teóricos, epistemológicos y metodológicos con los que se vienen abordando las intervenciones de universidad saludable. Por esto se propone pasar de la noción de universidad saludable a la de entornos para la vida, fundamentados en una perspectiva holística y de la complejidad (salud 3.0). Para ello se deben transformar las formas de gobernanza, privilegiando la participación como actores de todos los stakeholders; se deben construir nociones consensuadas, y enfoques más flexibles para la intervención; intervenciones que deberán diseñarse e implementarse desde un enfoque de proceso.

#### **5.3.1. Gobernanza: factor clave para la construcción de entornos universitarios de vida**

Generalmente, las universidades son espacios en su mayoría de autogobierno, a pesar de que su financiación provenga de los recursos públicos (en el caso de las públicas) y que es evidente la trasgresión de los gobiernos y de los mercados sobre la poca autonomía de la que aún gozan. Las agendas de gobierno universitario aún se construyen de forma autónoma, muestra de esto son los planes de acción, estratégicos, de desarrollo o de gobierno con que cuentan; aunque al final su logro depende de muchas variables, principalmente del flujo y cantidad de recursos que se obtengan en la gestión de sus directivas.

El marco global actual, con las complejidades e incertidumbres en todas sus esferas, afecta directamente el impacto social, económico, cultural y ambiental que tienen las universidades. Estas, para afrontar estos desafíos, deben construir nuevos procesos y formas de gobernanza para una buena gestión pública, que sirva de referente para las demás organizaciones. Algunos de estos desafíos se relacionan con la legalidad, legitimidad, democracia interna, participación, transparencia, equidad, efectividad, inclusión, sensibilidad por los diferentes colectivos humanos minoritarios vulnerables, y la sostenibilidad institucional y ambiental, entre otros.

Dentro de estas dinámicas van surgiendo nuevos temas que van posicionándose institucionalmente y que amplían en cierta medida los ejes misionales. En este marco, se reconoce la relevancia de

un tema dentro de la Universidad cuando se incluye en los documentos estratégicos (misión, visión, políticas, planes, programas y proyectos), lo que posibilita los diferentes recursos y medios para su implementación.

Precisamente estos temas de gobernanza universitaria a la luz del modelo MAG de Hufty (2010) se constituyen en un factor clave para la formulación y la puesta en marcha de las acciones de universidades saludables. Dentro de los logros y limitaciones que emergen en el análisis de estas intervenciones aparecen asuntos como: la articulación de los entes y actores internos, la articulación con organizaciones y actores externos, los mecanismos comunicacionales, las normativas y demás reglas de juego institucionales, la disponibilidad de recursos y, sobre todo, la participación y apropiación que hacen los stakeholders de todas estas estrategias.

En estos procesos de gobernanza universitaria, un capítulo aparte merece las dinámicas de participación de los stakeholders como actores principales dentro de sus entornos. Dicha participación de todas las personas debe encontrar los mecanismos más idóneos para despertar la visión de utilidad que genere motivación a la hora de ser convocados; debe además, trascender el rol de asistente pasivo y como mero receptor o poseedor de información de arriba hacia abajo o viceversa, que se les da a los sujetos (potenciado actualmente en la coyuntura pandémica y la virtualización en todos los procesos que esto ha implicado).

Asociado a este asunto de la gobernanza, también se reconoce la importancia que se le da a la evaluación y su utilización en los escenarios universitarios, independiente del tamaño, complejidad o especificidades de cada institución. Hay familiaridad con los ejercicios evaluativos a pequeña escala, pero no se han construido marcos que rebasen la fragmentación y el cortoplacismo de las acciones. A pesar de esto, llama la atención el rechazo evidente hacia los modelos cuantitativos de evaluación que se imponen en la mayoría de las universidades estudiadas. Es real que hacer una evaluación de impacto requiere de un marco de referencia consistente, pero también es claro que no necesariamente debe hacerse solo desde el paradigma positivista. Este es uno de los retos que también queda planteado para el fortalecimiento de los procesos de intervención.

Dentro de los elementos claves en este ámbito, también se pueden incluir las dinámicas propias de las redes de cooperación, debido a que, como se evidenció, el surgimiento de los programas estuvo

marcado por la influencia de estas, ya sean las nacionales o la Iberoamericana. No obstante, la tendencia a construir micro redes o subredes locales, regionales, nacionales que no siempre coinciden entre sí, es una situación que debe ser analizada en estos espacios; pues si bien son reconocidas algunas fortalezas en esto por la complementariedad y cooperación que se logra, de otro lado están las saturaciones de actividades percibidas por las personas que responden por las intervenciones.

En este sentido, es indiscutible la influencia que en los tres países ha tenido la RIUPS, que, desde su fundación oficial en 2007, ha ido ganando espacio en los países que la conforman. Este hecho se observa en el número de afiliados que va logrando año a año, dando una gran dinámica a las redes nacionales, obviamente unas más que otras por las situaciones propias de cada País.

### **5.3.2. Construcción de Universidades como Entornos para la Vida: Fundamento y Bases para su Fortalecimiento.**

Siguiendo las pretensiones de esta investigación, y con las evidencias que emergieron, puntualmente se quiere aportar a la disminución de las brechas detectadas y ya ampliamente analizadas, entre ellas: el predominio de la visión reduccionista de la salud y de sus enfoques de intervención; la ausencia de un marco de referencia desde lo epistemológico, teórico y metodológico; la tendencia a desarrollar actividades cortoplacistas, desarticuladas, sin sistematicidad ni enfoque de proceso; principalmente dirigidas a la población estudiantil y centradas mayoritariamente en la dimensión física; por último, el desconocimiento de los procesos de gobernanza que rodean las intervenciones y que las potencian o limitan.

En esta línea, durante la fase aplicada de la investigación se pudieron reconocer los factores claves que se conjugan en las intervenciones de universidades saludables y que se recogen en dos categorías de análisis emergentes, una de *condicionantes* y la otra de la *operatividad*.

La primera hace referencia a aquellos factores que, por su relevancia, *condicionan* el alcance, la variedad, integralidad e impacto multidimensional sobre los entornos, durante la etapa de diseño y formulación de intervenciones. En esta etapa se identificaron con más fuerza los siguientes

aspectos: la forma en que se instaura la idea de ser una universidad saludable; quiénes la proponen y lideran; las bases filosóficas y conceptuales que tengan estos actores o la propia institución sobre salud y universidad saludable; los paradigmas, nociones y enfoques existentes; las características propias del contexto en el que se ubican los campus; los procesos de gobernanza que imperan; y el compromiso y participación de los stakeholders.

La segunda categoría corresponde a todos aquellos elementos que se relacionan con la implementación de las intervenciones, la cual se etiquetó como *operatividad*. En esta aparecieron como relevantes: las características que tienen las intervenciones; las formas de monitoreo y evaluación; la misma gobernanza universitaria; y aspectos coyunturales de cada contexto (todos ellos con la capacidad de incidir en el éxito o fracaso de las acciones que se formulan).

A su vez, en el proceso de construcción teórica emergió una categoría articuladora, la cual recoge las dos categorías emergentes. Dicha categoría se denominó universidades como *entornos para la vida*. Esta nueva categoría se considera abarcativa y coherente con el enfoque holístico, que se asumió como el marco más apropiado para comprender los entornos universitarios saludables. Su denominación, además, surge como respuesta a los hallazgos a lo largo de la investigación; en ella se evidenciaron ambivalencias, contradicciones y debates conceptuales, epistemológicos y hasta ideológicos propiciados por la no universalidad del concepto de “salud o saludable”. Esto se interpreta también como una primera barrera para lograr la apropiación y articulación de las intervenciones por parte de todos los stakeholders universitarios.

La evidencia analizada desde una perspectiva holística de la salud abre un nuevo camino para comprender y transformar los entornos universitarios en donde se desarrolla y construye la vida de muchas personas. Al asumir las universidades como entornos para la vida se les está dando una connotación más amplia que la que contiene universidad saludable. Se recoge una visión de totalidad y multidimensionalidad que rompe con el fraccionamiento y limitaciones evidenciados en los enfoques de prevención y de promoción.

Otro elemento significativo, dentro de esta concepción, es que facilita el abordaje de los entornos tal como lo recomiendan la OMS y las mismas redes de cooperación, pues se pudo establecer en el estudio la debilidad existente para la intervención en los entornos, lo que explica la proliferación

de acciones desarticuladas y poco consistentes en su mayoría. Igualmente, ante la falta de motivación y participación de los actores en estas acciones, sobre todo los lejanos a las áreas de salud, esta noción de entornos de vida resulta más provocadora, más cercana e incluyente, lo cual puede despertar el sentido de utilidad, necesario para estimular el deseo de involucrarse.

Repensar las intervenciones desde la perspectiva de entornos para la vida lleva a que se definan con claridad las bases filosóficas y conceptuales con las que se abordarán las intervenciones. En la Figura 24 se precisan los cuatro aspectos medulares para este momento, cuya raíz es explicitar la base filosófica que sustentarán las intervenciones y que, a su vez, alimentarán los paradigmas que guiarán las acciones. Cada uno de estos paradigmas, a su vez, determinan las nociones que los sujetos -tanto responsables de las intervenciones como los usuarios o beneficiarios- construyen.

### Figura 24

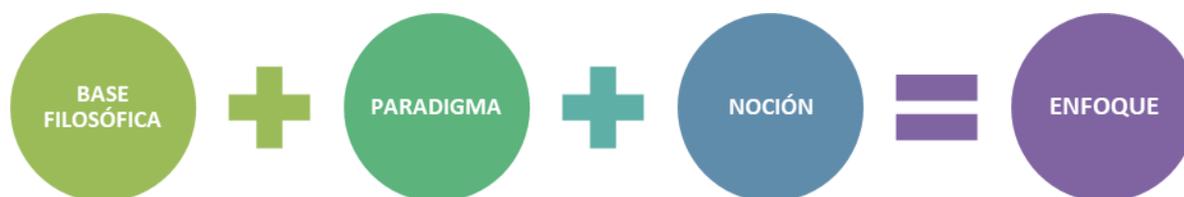
*Universidades como entorno para la vida*



Tras establecer los paradigmas y las nociones que fundamentarán las intervenciones, se pasa a delimitar los enfoques con los cuales se llevarán a la práctica cada una de las acciones (Figura 25). En este ejercicio se parte de los enfoques de prevención y promoción, ambos ya probados ampliamente desde el ámbito de la salud. De estos, el enfoque de promoción -que no se fundamenta en el enfoque patogénico del riesgo, y que está más en sintonía con lo definido desde la carta de Ottawa y las redes de cooperación de las universidades saludables- se considera de mayor utilidad.

### Figura 25

*Estructura para definir los enfoques de intervención*



Este enfoque se ha revitalizado en los aspectos socio-históricos de la actualidad como los ODS y los DSS. Tiene como centro de intervención a los sujetos, colectivos y sus respectivos entornos. Encaja adecuadamente dentro de la perspectiva positiva de la salud, y se alinea fácilmente a la perspectiva holística que integra las dimensiones física, mental, social, espiritual y ambiental en un todo.

Esta propuesta teórico-metodológica, así parta de los enfoques de prevención y promoción, no agota los entornos de intervención en la salud entendida como un fin, un estado un equilibrio, o balance entre dimensiones, vinculadas a la enfermedad física o mental. En este sentido, las evidencias de la investigación mostraron que en los entornos universitarios se integran, en gran medida, las dimensiones social, ambiental y espiritual. Por lo tanto, aspectos como la convivencia, la resolución pacífica de conflictos, la cultura de paz, la inclusión, la seguridad, la sostenibilidad en el uso de los recursos naturales no renovables, la movilidad no contaminante, las relaciones en

general tanto sociales como las espirituales, entre otros, si bien hacen parte de los factores holísticos presentes en los entornos de la salud, se asocian más a los elementos constitutivos de la vida.

Así mismo, valorando la determinación individual y colectiva dentro de estos procesos, de lo que se trata es de promocionar la vida como fin dentro de estos entornos, engranando todas las dimensiones holísticas, insistiendo en que la salud es otro componente más de la vida. Con esta lógica de intervención se abre la puerta para explorar e innovar en nuevos enfoques que permitan actuar con efectividad en los entornos de vida.

Con el o los enfoques establecidos se fundamentan las intervenciones. En la Tabla 31 se detalla cada uno de los componentes de este primer momento, el cual se considera obligatorio en esta propuesta de fortalecimiento de universidades como entornos para la vida.

**Tabla 31**

*Componentes del primer momento de intervención*

<b>Base filosófica</b>	<b>Paradigmas</b>	<b>Nociones</b>	<b>Enfoques</b>	<b>Objeto de intervención</b>
Positivismo	Patogénico	Salud como ausencia de enfermedad	Prevención	Riesgo, factor de riesgo, expuesto
Humanismo	Salutogénico	Salud como medio, como calidad de vida o bienestar	Promoción	Entornos integrales, estilos de vida, convivencia, bienestar
Estructuralismo	Holístico	Salud multidimensional	Promoción	Evolución desde lo mental, afectivo, social, transpersonal, ambiental y físico
Positivismo–Estructuralismo	Bio-sicosocial	Salud como equilibrio físico, mental y social	Prevención y Promoción	Servicios institucionales de prevención y atención en salud, bienestar, apoyos económicos y tecnológicos

El siguiente momento por desarrollar en esta propuesta corresponde al diseño de las intervenciones (sean estas políticas, planes, programas, proyectos o actividades).

Diseñar intervenciones para la construcción de entornos para la vida obliga a diferenciar y reconocer las dimensiones de la salud, las características de los stakeholders y las nociones que estos tienen frente a la salud o lo saludable. Es necesario analizar los entornos global, nacional, local e institucional, caracterizando todos los actores que se pueden implicar, ya sea como participantes directos o como futuros aliados en calidad de redes de cooperación.

Lo primordial en esta etapa es que las intervenciones, independiente de su alcance, se deben construir con *enfoque de proceso* (Figura 26). El enfoque de proceso, asumido desde la intervención -tal como se aprecia en la Figura 26-, obliga a concebir las intervenciones con al menos cuatro componentes articulados, no son lineales y que pueden ser iterativos, dado que son intervenciones complejas con sujetos y entornos no controlados. La visión de proceso parte de identificar el momento problemático inicial (punto de partida), visualizando de forma prospectiva el momento deseable final (punto de llegada); posteriormente se pasa al diseño de las etapas, fases o componentes de la intervención; para, finalmente, establecer los programas, proyectos y actividades con sus respectivos protocolos, programas de ejecución, recursos, gobernanza y sobre todo instrumentos de monitoreo y evaluación para usar a lo largo del proceso (Mejía y Sánchez, 2018).

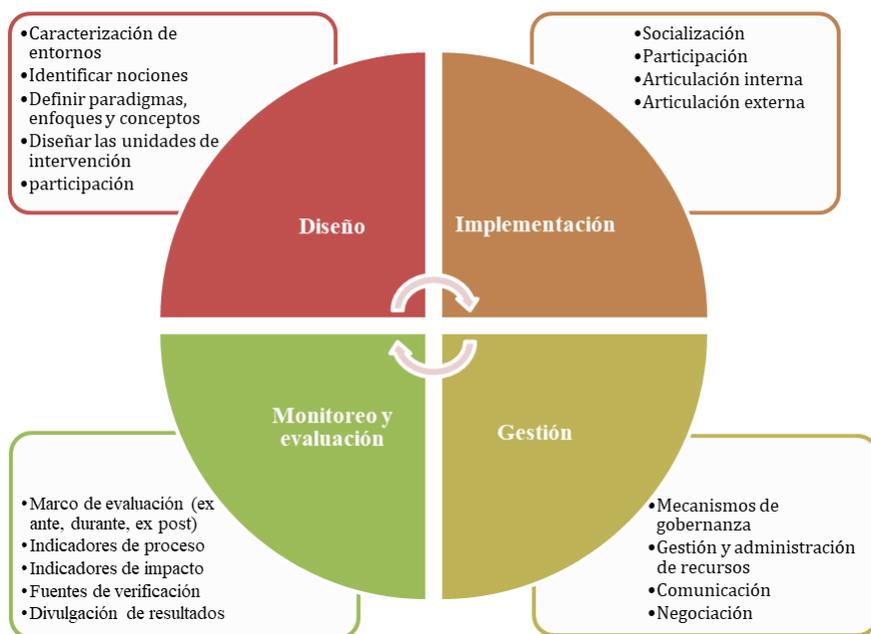
Una de las formas de intervención que se considera con posibilidades de generalizar, tal como algunas universidades lo han hecho, son los proyectos. En este sentido, es recomendable conocer, dentro del background que existe sobre metodologías de proyectos, qué herramientas pueden ser las más adecuadas para la intervención. Dentro de las metodologías más generalizadas están, por ejemplo, el Marco Lógico de Proyectos y el Zopp (de origen Alemán), ambos con amplia aceptación incluso para la gestión de proyectos de cooperación internacional. Si se opta por esta vía de los proyectos, lo principal a tener en cuenta es que estos son unidades limitadas de intervención que obligatoriamente deben estar articulados a otros proyectos y con procesos más amplios y permanentes en el tiempo, como por ejemplo los programas. La sumatoria progresiva de estos programas posibilita la formulación de planes y estos de políticas.

Como se aprecia, esta propuesta privilegia una perspectiva inductiva para las intervenciones. Lo cual no es gratuito. Al contrario, reconoce la dinámica develada en la mayoría de las universidades que fueron analizadas y es un llamado de atención para las personas implicadas en este ámbito de acción, ya que consideran que lo más importante es tener políticas y de ahí, planes, programas, en fin se asumen desde una perspectiva deductiva.

La perspectiva deductiva se percibe como un riesgo de acuerdo con las evidencias del estudio al respecto. Algunas universidades, especialmente de México y Colombia, han apostado por esta forma de institucionalizar las intervenciones y el tiempo que ha transcurrido sin lograr concretar lo que llaman “política” es considerable. Si bien parece ser lo ideal -es decir, tener primero una política y luego operativizarla-, la realidad observada con el estudio desde la mirada y voz de los sujetos implicados nos obliga a buscar otros caminos.

### Figura 26

#### *Etapas del proceso de intervención*



Al formular las intervenciones en los entornos con enfoque de proceso es importante considerar que, por ejemplo, en el caso de los estudiantes estos procesos deberán abarcar todo el tiempo que habitarán la universidad desde el ingreso hasta su titulación; en el caso de los docentes y funcionarios desde que ingresan hasta que egresan de la institución; con las otras poblaciones como egresados, jubilados o comunidad no siempre es posible incluirlos en procesos de largo aliento dada su condición de externos.

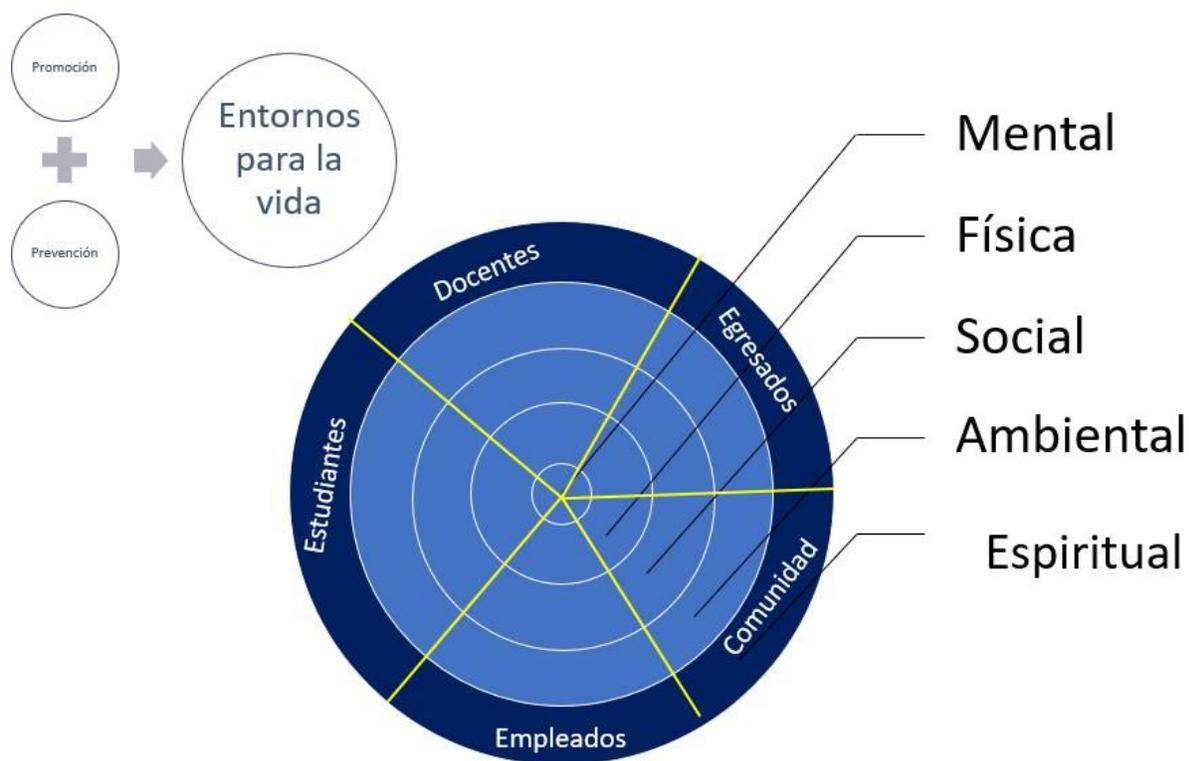
En este momento metodológico es relevante la construcción de lineamientos, alcances, objetivos, metas, indicadores (cuantitativos y cualitativos para impacto y para proceso), cuantificar los recursos, definir mecanismos de articulación interna y externa, estructurar los mecanismos de gobernanza, diseñar estrategias de comunicación y difusión, trazar líneas de formación (transversalización) e investigación, establecer estrategias de sistematización y de publicación, crear mecanismos y estrategias para la participación de los stakeholders para cada una de las etapas.

Como guía para la construcción y ejecución de intervenciones con enfoque de proceso se propone la utilización de la matriz holística de dimensiones y stakeholders, ya probada en las fases teórica y empírica de esta investigación. Con este instrumento es posible mantener siempre una imagen actualizada e integral de las acciones que facilita la articulación, la comunicación y el monitoreo y la evaluación que, como el estudio evidenció, constituyen una gran falencia actualmente.

En la Figura 27 se presenta esta matriz en forma radial incluyendo las dimensiones física, mental, ambiental, social y espiritual; así como las poblaciones consideradas stakeholders en las universidades. En la medida en que las intervenciones (con enfoque de proceso) vayan copando esta matriz, y según las prioridades surgidas del análisis previo de los condicionantes, se consolidará lo que puede llamarse una política en operación plena de *universidad como entorno para la vida*.

**Figura 27**

*Matriz para el diseño y monitoreo de las intervenciones*



Estos lineamientos que surgen de todo lo analizado a lo largo de la investigación constituyen una nueva apuesta teórico-metodológica que pretende romper con las nociones arraigadas de salud, saludable y desarrollo, las cuales por su influencia positivista, han tratado de resolver lo que consideran problemático de forma objetivada, fraccionada, extremadamente racionalista y simplista, privilegiando los indicadores de impacto de corto plazo; nociones que ya han sido ampliamente rebasadas por la magnitud de las emergencias que acechan en todos los entornos de la vida.

Dichos constructos (salud, saludable y desarrollo), como se pudo establecer, han sido objeto de críticas desde su génesis, por la forma en que se han ido imponiendo globalmente, enmarcándolos además en corrientes filosóficas y paradigmas polarizantes; de tal forma que al abordar las

intervenciones desde estos no es posible tener el resultado esperado y no se logra convocar el concurso de todos los actores implicados.

Al enmarcar estos lineamientos de intervención dentro de las perspectivas holísticas y de la complejidad se generan las condiciones necesarias en pro de construir nuevos paradigmas y nuevos enfoques epistemológicos y metodológicos, con los que realmente sea posible afectar las dinámicas relacionales subjetivas e intersubjetivas de quienes habitan los entornos universitarios; para convertir estos entornos en laboratorios de una cultura de convivencia, enmarcada por el respeto de todos los derechos, fundamentalmente el derecho a la vida.

Por último, es importante decir que les compete a las universidades dar el paso para adoptar estas nuevas perspectivas con la visión de impactar sus respectivos entornos. Para ello lo primordial es revisar y ajustar los mecanismos de gobernanza; en donde la apuesta global por potenciar estos entornos de vida debe convertirse en el eje articulador de las políticas e intervenciones ya que, como se identificó, el problema fundamental no son los recursos, pues la variedad de intervenciones que pudo evidenciarse que tienen relación con las dimensiones holísticas significa que es posible asumir el cambio de rumbo que se propone.

#### **5.4. Fortalezas y Limitaciones del estudio**

La utilización de los métodos mixtos como estrategia metodológica en esta investigación se considera muy acertada, pues permitió el manejo tanto de lo cualitativo como lo cuantitativo, privilegiando las voces de un gran número de actores implicados en cada una de las universidades estudiadas. En el componente cualitativo, se destaca la utilidad de la Teoría Fundamentada para el análisis sistemático de los datos, ya que al no tener categorías definidas por un marco teórico previo permitió la consolidación inductiva de las categorías de análisis que emergieron finalmente.

Otro elemento para resaltar es que el diseño metodológico posibilitó el devenir iterativo en cada momento del proceso investigativo, dando coherencia a la fase de construcción teórica y a la fase de investigación aplicada. Igualmente, la vigilancia epistemológica que se siguió ayudó a mantener

la validez y la rigurosidad en los componentes cualitativos, tanto en la recolección como en el análisis de los datos.

Durante el proceso de investigación se identificaron limitaciones metodológicas, algunas derivadas de situaciones no controlables, como por ejemplo la situación pandémica generada por la COVID-19. Dicha pandemia obligó a replantear las formas de recolección de datos, teniendo que reducir las muestras inicialmente establecidas tanto para el componente cualitativo como cuantitativo; la no presencialidad en la institución caso durante este periodo de tiempo impidió la realización de más grupos de discusión y de entrevistas a profundidad con otros directivos y funcionarios. Otra limitación fue la escasez de tiempo y recursos para incluir en el estudio comparativo acercamientos a otros actores de las universidades de la muestra, así como ampliar la muestra en el componente cuantitativo. Al no haber incluido dentro de la validación del instrumento cuantitativo un análisis factorial más completo, esta sería una limitación más del estudio.

Ya en el proceso de análisis, a pesar de contemplar mecanismos de vigilancia epistemológica y contar con el apoyo de un software especializado para los componentes cualitativos, se reconocen deficiencias en el proceso de interpretación. En concreto, se hicieron evidentes algunos dilemas axiológicos y éticos, especialmente en la construcción del estudio de caso, dada la condición del investigador como parte viva de la universidad y del proceso de universidad saludable desde su inicio.

## **5. 5. Futuras líneas de investigación**

El estudio también deja algunas líneas para avanzar en trabajos posteriores, entre ellas:

- *Articulación de los enfoques de prevención y de promoción en procesos de intervención para entornos de vida:* Esta es una línea que se considera relevante para avanzar en las intervenciones con enfoque de proceso y en entornos multidimensionales amplios, donde incluso es posible innovar para construir nuevos enfoques que permitan impactar todos los entornos universitarios.
- *Construcción de nociones y conceptos, así como de marcos referenciales que den sustento a las intervenciones en entornos universitarios para la vida:* Al reconocer la falta de

consenso y de universalidad en los conceptos significativos y que se asocian directamente a cómo se formulan e implementan las intervenciones, es necesario avanzar en el reconocimiento y construcción de un marco conceptual más preciso que oriente las acciones.

- *Gobernanza universitaria en la construcción de entornos para la vida:* Al emerger este tema como uno de los aspectos claves a la hora de diseñar e implementar intervenciones de universidad saludable, se considera importante comprender más en detalle las dinámicas de gobernanza de cada universidad a la hora de incursionar en la noción de entornos de vida. Hay asuntos en este componente que merecen comprenderse mejor, como la articulación de acciones tanto internamente como con los entes externos; así como, los mecanismos de participación más efectivos en cada momento de los procesos, entre otros.
- *Estrategias de intervención en las dimensiones social, ambiental y espiritual:* Reconociendo que estas tres dimensiones son relevantes al pensar las universidades como entornos para la vida, se requiere ahondar en las formas más adecuadas de plantear intervenciones en cada una de estas dimensiones y con todos los stakeholders.
- *Trabajo en redes de cooperación:* Al identificar la importancia que han tenido varias de las redes de universidades saludables, pero evidenciando algunas limitaciones en estos mecanismos de cooperación, es importante generar conocimiento que permita potenciar la estrategia de trabajo en redes, no solo hacia afuera de la institución, incluso al interior de las mismas universidades, sobre todo las de mayor complejidad.







## Referencias

---



## Referencias

- Adamy, E. K., Zocche, D. A. de A., Vendruscolo, C., Santos, J. L. G. Dos, y Almeida, M. de A. (2018). Validation in grounded theory: conversation circles as a methodological strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 3121–3126. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0488>
- Agudelo B., M. E., y Estrada Arango, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 34(17), 353–378.
- Agudelo C., C. (1999). Desarrollo y Salud. *Revista de Salud Pública*, 1(1), 17–28.
- Aguilar B., J. (1992). *Medicina del Trabajo*. Bogotá-Colombia: Consejo Colombiano de Seguridad.
- Aguilar, L. F. (2006). *Local Governance in Developing Countries..* <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6565-6>
- Aguilar, L. F. (2013). *El Gobierno del Gobierno. Instituto Nacional de Administración Pública*. Retrieved from [http://link.springer.com/10.1007/978-1-4615-4295-7\\_2](http://link.springer.com/10.1007/978-1-4615-4295-7_2)
- Al-Otaibi, S. T. (2016). Health promotion in the workplace. *Journal of Health Specialties*, 4, 256–261. <https://doi.org/10.4103/2468-6360.191906>
- Álvarez C., L. S. (2009). Los Determinantes Sociales de la Salud: Más allá de los factores de riesgo. 8(17), 69–79. *Rev. Gerenci. Polit. Salud*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9hy&AN=47834347&lang=en&sysite=ehost-live>
- Amezcuca, M., y Toro, A. G. (2002). Los Modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexión en voz alta. *Rev. Esp. Salud Pública*, 76(5), 423–436. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora4.pdf>
- Antúnez, S., y Montané, A. (2019). *Política y Gobernanza en las Instituciones de Educación Superior de Formación Docente Edición : Alejandra Montané y Serafín Antúnez Coordinación : Silverio González , Javier Numan y Marco Tulio Artunduaga*. (I. de C. e I. E. de la U. de Valencia, Ed.) (Monografía). Valencia-España.
- Arango V., A. L. (2007). Nuevas Dimensiones del Concepto de Salud: El derecho a la salud en el Estado Social de Derecho. *Hacia La Promoción de La Salud*, 12(enero-diciembre, 2007), 63–78. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
- Arenas-Monreal, L., Jasso-Victoria, R., Bonilla-Fernández, P., y Villanueva-Borbolla, M. A. (2012). Experiencias de promoción de la salud y gobernanza en el ámbito local de México: Retos y limitaciones. *Global Health Promotion*, 19(1), 83–89. <https://doi.org/10.1177/1757975911429869>

- Arroyo, H., Rice, M., y Franceschini, M. (2009). *Una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas. Documento de trabajo desarrollado para el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud*. Pamplona-España. Retrieved from [http://www.javeriana.edu.co/redcups/REUNION\\_REDES\\_Hiram\\_Arroyo.pdf](http://www.javeriana.edu.co/redcups/REUNION_REDES_Hiram_Arroyo.pdf)
- Beltrán G., F. J., Torres Fermán, I. A., Beltrán Torres, A. A., Lin Ochoa, D., y Barrientos, Gómez, M. del C. (2011). Universidades Saludables una Utopía para nuestra época \*. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2(1), 1–16. Retrieved from [http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/2\\_1/2\\_1UniversidadesSaludables.pdf](http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/2_1/2_1UniversidadesSaludables.pdf)
- Benavides, F. G., Ruiz-Frutos, C., & García, A. M. (2000). *Salud Laboral. Conceptos y técnicas la prevención de riesgos laborales*. Barcelona-España: Masson s.a.
- Bisquerra, R. (1989). Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD. Vol. I. PPU: Barcelona.
- Blanco R., J. H. (2000). *Fundamentos de Salud Pública: Tomo III. Epidemiología básica y principios de investigación*. Medellín-Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Blanco R., J. H. (2005). *Fundamentos de Salud Pública: Tomo I. Salud Pública*. Medellín-Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
- Calduch, I., Llanes, J., Montané, A., y Méndez-Ulrich, J. L. (2020). Gobernanza y universidad: estudio iberoamericano sobre la participación estudiantil en las Instituciones de Educación Superior. *Revista Iberoamericana de Educación*, 83(1), 187–209. <https://doi.org/10.35362/rie8313839>
- Came, H. A., y Tudor, K. (2018). The whole and inclusive university: a critical review of health promoting universities from Aotearoa New Zealand. *Health Promotion International*, 35(1), 102–110. <https://doi.org/10.1093/heapro/day091>
- Cardona, A., Nieto, E., y Mejía, L. M. (2010). Un Enfoque de Gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 123–137. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000700009>
- Carvajal O., J. G., Dávila Londoño, C. A. (2013). Mobbing o acoso laboral. Revisión del tema en Colombia. *Cuadernos de Administración*, 29(49), 95–107.
- Casella, A. (2008). Teorías Latinoamericanas del Desarrollo: El Estado sustituto del individuo. *Espacio Abierto*, 17(3), 475–497.
- Cerillo B., M., Martínez Riera, J. R., y López Gómez, J. (2019). El Movimiento de Universidades Saludables en España. *Revista Iberoamericana de Enfermería*

*Comunitaria*, 12(1), 1–13.

Cerillo I Martínez, A. (2005). *La gobernanza hoy: 10 textos de referencia*. (I. N. de A. Pública, Ed.) (1a ed.). Madrid.

Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through qualitative analysis* (primera ed). Londres: SAGE Publications Ltd.

CONPES. (2018). *DOCUMENTO CONPES 3918*. Retrieved from <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3918.pdf>

Corbin, J. (2016). La investigación en la teoría fundamentada como medio para generar conocimiento profesional. In *La Teoría Fundamentada: una metodología cualitativa* (pp. 13–211). Aguascalientes: Universidad de Aguascalientes.

Cornejo, R., Albornoz, N., y Palacios, D. (2016). Subjetividad, realidad y discurso entre el determinismo estructuralista y el construccionismo social. *Cinta de Moebio*, (56), 121–135. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2016000200001>

Cornejo V., M., y Blázquez Rodríguez, M. (2013). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. *Revista de Antropología Experimental*, (13), 11–30. Retrieved from <http://revista.ujaen.es/huesped/rae/articulos2013/02cornejo13.pdf>

Cuéllar, H. R. (2009). Conceptualización de la Salud Ambiental: Teoría y Práctica (parte 2). 26(1), 66–73. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9hyAN=44838198&lang=en&sysite=ehost-live>

Cugnier, J. S., y Silva, N. (2016). Acoso Laboral y su Prevención en Organizaciones Saludables. *Ene. -Jun*, 24(1), 51–58. Retrieved from <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/Vol24n1/art05.pdf>

Cruz G., L. F., Guerrero V., R., & Alzate S., A. (2000). *La salud como empresa social*. Cali-Colombia: Fundación Carvajal - Universidad del Valle.

Da Costa S., C.M., De Mattos Pimiento, C.A., y Cuse Nobre, C. (2007). the Pico Strategy for the Research Question. *Revista Latino-Am Enfermería*, 15(3), 1–4. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

De la Espriella, R., y Gómez Restrepo, C. (2020). Research methodology and critical reading of studies Grounded theory. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 126–132. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.08.001>

de Souza S., J. (2010). Otro Paradigma para el Desarrollo Humano Sustentable . Ascenso y declinación de la “ idea de desarrollo .” *Textual*, enero(55), 9–26.

Figueiredo Dias, G., de Souza Neto, R. A., y Martins Ramos, A. S. (2019). O Que Diriam Popper E Adorno Sobre O Método Da Teoria Fundamentada? *Revista de*

- Administração Da UNIMEP*, 17(2), 210–228. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bthyAN=139371931&site=eds-live>
- Forni, P., y De-Grande, P. (2020). Triangulación y métodos mixtos en las Ciencias Sociales contemporáneas. *Revista Mexicana de Sociología* 82, 82(1), 159–189. <https://doi.org/10.22201/iis.01882503p.2020.1>
- Frenz, P. y Titelman, D., (2013). Equidad en Salud en la región más desigual del mundo: Un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 30(4), 665–670.
- Gaete-Quezada, R. A. (2015). El concepto de Responsabilidad Social Universitaria desde la perspectiva de la alta dirección. *Cuadernos de Administración*, 31, 97–107.
- Gamarra P., R. A. (2015). Algunas consideraciones al Modelo de Desarrollo Capitalista vigente en América Latina. *FIDES ET RATIO*, 9, 81–96.
- Gastañaga R., M. del C. (2019). La Salud ambiental. *Boletín Institucional. Instituto Nacional de Salud*, 25(9–10), 119–121. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2008.254.1296>
- Gavidia C., V., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de Las Ciencias Experimentales y Sociales*, 0(26), 161–175. <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Gimeno N., M. A., Calatayud, D. P., y García Perdigueros, T. (2008). *Evaluación de las Organizaciones Saludables. Una propuesta metodológica.*
- Gimeno N., M. Á., Grandío, A. y, y Marqués, A. I. (2013). El cambiante mundo de las Organizaciones. Hacia una Organización Saludable. *Revista Internacional de Organizaciones*, 10, 41–63. Retrieved from <http://www.revista-rio.org>
- Gómez, L. (2010). Un espacio para la Investigación Documental. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 1(2), 226–233. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815129&info=resumen&idioma=SPA>
- Gómez, M. (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. sin información: sin información. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Gómez V., M. A., y Calderón Carrascal, P. A. (2017). Salud Mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable. *Revista Katharsis*, 23, 177–201. Retrieved from <http://revistas.iue.edu.co/index.php/katharsis>
- González M., J. (2001). El Paradigma Interpretativo En La Investigación Social Y Educativa. *Cuestiones Pedagógicas*, 15, 227–246.
- Goodchild, M., Perucic, A., y Nargis, N. (2016). Modelling the impact of raising tobacco taxes on public health and finance. *Bull World Health Organ*, February(94), 250–

257.

- Grueso-Hinestroza, M. P., Rey-Sarmiento, C. F., González-Rodríguez, J. L., Ardila-Becerra, A., y Pineda-Castro, C. (2013). Acciones de Promoción de la Salud Organizacional y su relación con variables estructurales y el bienestar de los trabajadores: Análisis desde un modelo de Organizaciones Saludables. *Informes Psicológicos*, 13(2), 59–78.
- Guedes dos Santos, J. L., Santos da Cunha, K., Kátia Adamy, E., Stein Backes, M. T., Leite, J. L., y Macedo de Souza, F. G. (2018). Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 52, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018errata00103322>
- Guerrero-Castañeda, R. F., do Prado, M. L., y Ojeda-Vargas, M. G. (2016). Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.09.001>
- Guerrero, L. y A. L. (2008). Aproximación al concepto de Salud Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610–633. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/705/70517572010.pdf>
- Guerrero V., R. G. (1986). *Epidemiología*. Wilmington, Delaware, E.U.A.: Addison-Wesley Iberoamericana S.A.
- Guinot V., C., Ferran Zubillaga, A., y Berasategui Otegui, A. (2017). La Investigación-Acción Participativa como método para un nuevo modelo de Gobernanza en el ámbito de la Inclusión en Gipuzkoa. *Zerbitzuan*, (64), 177–188. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.64.12>
- Gutiérrez G., E. y. (2010). *De las teorías del desarrollo al desarrollo sostenible*. Monterrey (México): Siglo XXI editores: Universidad de Nuevo León.
- Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en Educación Médica. *Investigación En Educación Médica*, 2(8), 211–216. [https://doi.org/10.1016/s2007-5057\(13\)72714-5](https://doi.org/10.1016/s2007-5057(13)72714-5)
- Heraud, S. B. (2013). Universidades Saludables: Una apuesta a una Formación Integral del Estudiante. *Revista de Psicología*, 31(2), 287–315.
- Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E., y Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 315–324. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642012000200012>
- Hernández S., R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (M.-H. E. Editores, Ed.) (Sexta edic). México D.F.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México D.F.: Mcgraw Hill Education.

- Herrera R., J. E., Trujillo Leal, C., y Soto Vergel, A. J. (2020). Desarrollo de un modelo del Índice de Desarrollo Organizacional para Instituciones de Educación Superior. *Investigación e Innovación En Ingenierías*, 8, 7–19.
- Hinestroza G., M. P., y Toca Torres, C. E. (2012). Prácticas organizacionales saludables: Una propuesta para su estudio. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 37(septiembre-diciembre 2012), 132–156.
- Hufty, M. (2010). Gobernanza en Salud Pública: Hacia un marco analítico. *Revista de Salud Pública*, 12(1), 39–61. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000700004>
- Husata G., R. (2014). Conceptualización del término Gobernanza y su vinculación con la Administración Pública. *Encrucijada, Revista Electrónica Del Centro de Estudios En Administración Pública*, 18(septiembre-diciembre 2014), 1–18. <https://doi.org/10.22201/fcpys.20071949e.2014.18.58374>
- Hutton, B., Catalá López, F., y Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para Revisiones Sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Med Clin (Barc)*, 147(6), 262–266. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.025>
- Jiménez, C., López-Baraja, E. y Pérez, R. (1987). *Pedagogía Experimental II*. UNED: Madrid.
- Johnson, S. L. (2019). Impact , Growth , Capacity-building of Mixed Methods Research in the Health Sciences. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 83(2), 136–139.
- Juárez, F. (2011). El Concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research International Journal of Psychological Research*, 4(41), 70–79.
- Kaplan, R.S. y Norton, D.P. (2006). *Aligment - Incrementando los resultados mediante el alineamiento estratégico en toda la Organización*. Barcelona, España
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring “spirituality” in research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349–355. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816ff796>
- L.A.C.E, G. (2013). *Los estudios de caso*. Red Universitaria de Investigación e Innovación Educativa Publicaciones Grupo L.A.C.E. Barcelona: REUNI+D (Red Universitaria de Investigación e Innovación Educativa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2445/33367>
- Lerner, B., Uvalle, R., y Moreno, R. (2012). *Gobernabilidad y gobernanza en los albores del siglo XXI y reflexiones sobre el México contemporáneo*. (I. Iss UNAM, Ed.) (primera ed). México.

- Licandro, O. D., y Yepes Chisco, S. L. (2018). La Educación Superior conceptualizada como Bien Común: El desafío propuesto por UNESCO. *Revista Digital de Investigación En Docencia Universitaria*, 12(2018), 6–33. <https://doi.org/10.19083/ridu.12.715>
- Lorente, L., y Vera, M. (2010). Gestión Práctica de Riesgos Laborales. *Salud Laboral*, 73, 16–20.
- Marsollier, R. y M. A. (2013). Burnout y Engagement perspectivas complementarias o polos opuestos. Un análisis en trabajadores de la universidad. *Revista de Orientación Educativa*, 27(52), 63–74.
- Martinez-esquivel, D. (2020). Desafíos para la enfermería de Salud Mental después del COVID-19, 17(3), 122–129. Retrieved from <https://orcid.org/0000-0002-1171-9278>
- Martínez-Riera, J. R., Gallardo Pino, C., Aguiló Pons, A., Granados Mendoza, M. C., López-Gómez, J., y Arroyo Acevedo, H. V. (2018a). La Universidad como Comunidad: Universidades Promotoras de Salud. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.08.002>
- Martinez A., J., Iglesias Durruthy, M., Pérez Martínez, A., Curbeira Hernández, E., y Sánchez Barrera, O. (2014). Salud Ambiental, evolucion histórica conceptual y principales áreas basicas. *Revista Cubana de Salud Publica*, 40(4), 403–411.
- Meissner, H., Creswell, J., Klassen, A. C., Plano, V., y Smith, K. C. (2011). Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences. *Methods*. <https://doi.org/10.1002/cdq.12009>.
- Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: Base teórica de la Salud Pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Spl), 28–36.
- Mejía N., J. G. y Sánchez O., J.M. (2018). *Gerencia Social: Enfoques y metodologías para la Intervención y el Trabajo Social*. Cali-colombia: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Mendizábal, N. (2018). La Osadía en la Investigación: El uso de los Métodos Mixtos en las Ciencias Sociales. *Espacio Abierto*, 27(2), 5–20.
- Mira, J. J., Carrillo, I., Navarro, I., Guilabert, M., Vitaller, J., Pérez-Jover, V., y Aguado, H. (2018). La Participación Ciudadana en Salud. Revisión de revisiones. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(1), 91–106. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0172>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., y Tugwell, P. (2014). Ítems de referencia para publicar Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: La Declaración PRISMA. *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*, 18(3), 172–181.
- Muñoz, M., y Cabieses, B. (2008). Universidades y Promoción de la Salud: ¿Cómo alcanzar el punto de encuentro? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 24(2). Retrieved from

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9940/a09v24n2.pdf?sequence=1>

- Nader, M., Peña Bernate, S. P., y Santa-Bárbara, E. S. (2014). Predicción de la satisfacción y el bienestar en el trabajo: Hacia un modelo de Organización Saludable en Colombia. *Estudios Gerenciales*, 30(2014), 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2014.02.006>
- Natera Rey, G., y Mora Ríos, J. (2016). Teoría Fundamentada: Construyendo la experiencia de las familias acerca del consumo de alcohol y drogas. In *La Teoría Fundamentada: una metodología cualitativa* (pp. 55–83). Aguascalientes: Universidad de Aguascalientes.
- Navas, C., y Villegas, H. (2006). Esperitualidad y salud. *Revista Ciencias de La Educación*, 1(27), 29–45.
- Nocetti de la Barra, A., y Contreras Sanzana, G. (2016). Efecto de un programa de tutoría sobre creencias en torno al aprendizaje y la enseñanza de alumnos tutores. In *La Teoría Fundamentada: una metodología cualitativa*. Aguascalientes: Universidad de Aguascalientes.
- OMS (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra (Suiza). OMS. OMS.
- (2018). *Es hora de actuar: Informe de la Comisión Independiente de alto nivel de la OMS sobre Enfermedades no Transmisibles*. Ginebra. Retrieved from <http://apps>.
- Oñate, V., Arteaga, M. J., Irrazabal, B., Martínez, S., Pinot, D., y Shade, C. (2021). Autorregulación capacidad individual efectiva para el logro de conductas promotoras de salud y prevención de conductas de riesgo en estudiantes universitarios. In I. N. de la J. (Gobierno de Chile) (Ed.), *Concurso Nacional de Tesis sobre Juventud: piensa la juventud* (pp. 170–199). Santiago de Chile.
- OPS/OMS. (2018). *Indicadores básicos de Salud en las Américas 2018. Evidencia e inteligencia para la acción en salud/análisis de salud, métricas y evidencia* (Vol. 1). Washington - USA.
- Ordóñez-Iriarte, J. M. (2020). Salud Mental y Salud Ambiental. Una Visión Prospectiva. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(S1), 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.007>
- Organization, H. W. (2016). *Ambient air pollution: A global assessment of exposure and burden of disease*. (WHO, Ed.). Geneva, Switzerland. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Otálora M., G. (2007). La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos Organizaciones Colombianas \*. *Cuad. Adm. Bogotá (Colombia)*, 20(34), 139–160. Retrieved from

<http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a07.pdf>

- Pérez S., V. (2016). La vigilancia Epistemológica en el proceso de codificación propuesto por la Teoría Fundamentada. In *La Teoría Fundamentada: una metodología cualitativa* (pp. 83–94). Aguascalientes: Universidad de Aguascalientes.
- PNUD. (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- Quintero-Corzo, J., Munévar-Molina, R. A., y Munévar-Quintero, F. I. (2015). Ambientes Escolares Saludables. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 229–241. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n2.3588>
- Restrepo O., D. A., y Jaramillo E., J. C. (2012). Concepciones de Salud Mental en el campo de la Salud Pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(2), 202–211.
- RIUPS. (2007). Acta Constitutiva de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud.
- Rodríguez, A. M., Rodríguez, E. M., y Lourido, B. P. (2008). Estrategias de Intervención en Promoción de la Salud. *Fisioterapia*, 30(5), 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2008.09.005>
- Rodríguez, C., Lamothe, L., Barten, F., y Haggerty, J. (2010). Gobernanza y Salud: Significado y aplicaciones en América Latina. *Revista de Salud Pública*, 12(SUPPL. 1), 151–159. <https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000700011>
- Ruiz L., R., Rocha Buelvas, A., Pérez Hernández, E. y Córdoba Sánchez, C. (2016). Desarrollo Social y Salud Pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3), 380–388. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a12.Resumen>
- Salanova, M., Llorens, S. e, y Martínez, I. M. (2016). Aportaciones desde la Psicología Organizacional Positiva para desarrollar Organizaciones Saludables y Resilientes. *Psychologist Papers*, 37(3), 177–184. Retrieved from <http://www.papelesdelpsicologo.es>
- Sánchez-Ordóñez, J. M. (2021). Desarrollo y Salud: La emergencia de un nuevo paradigma. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, 31(enero), 413–436. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.8934.e-ISSN>
- Sánchez-Ordóñez, J. M., y Gimeno-Navarro, M. Á. (2022). Healthy Universities: Concepts, Dimensions and Approaches for the Construction of Healthy University Environments. *Hacia La Promocion de La Salud*, 27(1), 234–250. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.16>
- Sandoval C., C. A. (1996). *Investigación cualitativa*. Bogotá D.C. Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES.
- Sarmiento, J. P. (2017). Healthy Universities: Mapping health-promotion interventions.

- Health Education*, 117(2), 162–175. <https://doi.org/10.1108/HE-07-2016-0028>
- Sarmiento, M. J. (2017). Salud Mental y Desarrollo. *Medicina*, 39(3), 246–254. Retrieved from <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/118-7>
- Schaffhauser, P. (2014). El Pragmatismo en la Sociología: ¿Hacia un nuevo giro epistemológico? *Intersticios Sociales*, (7), 1–33.
- Siero, C., Rodríguez, R., y Hernández, S. (2015). ¿Ha sido importante la Cooperación Internacional para el Desarrollo y el Crecimiento Económico ? Una evidencia de datos panel para Nicaragua y Centroamérica. *Encuentro*, (102), 52–74.
- Simons, H. (2009). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. (S. L. Ediciones Morata, Ed.). Madrid.
- Stacciarini, J. M. R., y Cook, C. L. (2015). La aplicación efectiva de la investigación usando Métodos Mixtos. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 99–101. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.005>
- Strauss, A., y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. (primera ed). Medellín: Universidad de Antioquia por acuerdo con SAGE Publications.
- Suárez-Reyes, M., Muñoz Serrano, M., y Van den Broucke, S. (2018). How do Universities Implement the Health Promoting University Concept? *Health Promotion International*, 1–11. <https://doi.org/10.1093/heapro/day055>
- Susser, M., y Susser, E. (1996). Choosing a Future for Epidemiology : I. Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*, 86(5), 668–674.
- Tancara, Q. C. (1993). La Investigación documental. *Temas Sociales*, 17, 91–106. Retrieved from <http://www.scielo.org.bo/pdf/rts/n17/n17a08.pdf>
- Tolosana, E. S. (2015). Salud en todas las Políticas. Apuntes para el paso a la acción. *Aposta*, 66(66), 122–147.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T., y Tolley, E. E. (2006). *Investigación Aplicada en Salud Pública. Revista Cubana de Salud Pública*. Washington - USA: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662007000400018>
- Ulloa F., J. I. (2013). Comportamiento Organizacional Positivo: Implicaciones para la Organización actual. *Saber, Ciencia y Libertad*, 8(2), 1794–7154.
- UNESCO. (2015). *Replantar la Educación: ¿Hacia un bien común mundial?* (UNESCO, Ed.). París- Francia.
- Urbina-Fuentes, M., Jasso-Gutiérrez, L., Schiavon-Ermani, R., Lozano, R., y Finkelman, J. (2017). La Transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud

- y la Equidad en Salud. *Gaceta Medica de Mexico*, 153, 697–730. <https://doi.org/10.24875/GMMM17000017>
- Valenzuela C., L. M. (2016). La Salud desde una Perspectiva Integral. *Revista Universitaria de La Educación Física y El Deporte*, 9(9), 50–59.
- Vargas C., Z. R. (2009). La Investigación Aplicada: Una forma de conocer las realidades con Evidencia Científica. *Revista Educación*, 33(1), 155–165.
- Vega-Franco, L. (2002). Ideas, Creencias y Percepciones acerca de la Salud. Reseña histórica. *Salud Publica de Mexico*, 44(33), 258–265. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000300010>
- Velázquez M., G. (2006). *Psicología del trabajo en la organización*. México D.F.: Limusa.
- Villamizar C, D. J., Padilla S, S. L., y Mogollón Canal, O. M. (2015). Contexto de la Salud Mental en Docentes Universitarios. Un aporte a la Salud Pública. *Revista CES Salud Pública*, 6(2), 146–155.
- Viola, S., y Tamás, M. (2018). Grounded Theory. *Magyar Pszichologiai Szemle*, 73(1), 11–28. <https://doi.org/10.1556/0016.2018.73.1.2>
- Virgili L., M., Ganga Contreras, F., y Figueroa Aillañir, K. (2015). Gobernanza Universitaria o Cogobierno: El caso de la Universidad de Concepción de Chile. *Ultima Década*, 23(42), 187–216. <https://doi.org/10.4067/s0718-22362015000100009>
- Zapata V., C.D., Martínez, J. W., y Nieto García, C. E. (2010). Nivel de Actividad Física en personal de empleados de la Universidad Tecnológica de Pereira, UTP 2008. *Investigaciones ANDINA*, 12(20), 54–64.



## **Apéndices**

---

## Apéndice 1. Estudios sobre Organizaciones Saludables

<b>código</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Título</b>
A1	(Otálora Montenegro, Guillermo, 2007)	La relación existente entre el conflicto trabajo-familia y el estrés individual en dos organizaciones colombianas
A2	(Gimeno Navarro, Miguel Ángel, Calatayud, Daniel Pinazo, García Perdigueros, Tomás, 2008)	Evaluación de las organizaciones saludables. Una propuesta metodológica evaluación de las organizaciones saludables.
A3	(Vera, Laura, Lorente María Vera, Laura, 2010)	Gestión Práctica de Riesgos Laborales
A4	(Carvajal Orozco, José G., Dávila Londoño, Carlos A., 2011)	Mobbing o acoso laboral. Revisión del tema en Colombia
A5	(Gimeno Navarro, Miguel Ángel, Grandío Botella, Antonio y Marqués Marzal, Ana Isabel, 2012)	Prácticas organizativas saludables frente a la violencia en el trabajo
A6	(Hinestroza Grueso, Merlin Patricia Toca Torres, Claudia Eugenia, 2012)	Prácticas organizacionales saludables: una propuesta para su estudio
A7	(Grueso-Hinestroza, Merlin Patricia, et. al. 2013)	Acciones de promoción de la salud organizacional y su relación con variables estructurales y el bienestar de los trabajadores: Análisis desde un modelo de organizaciones saludables
A8	(Marsollier, Roxana y Miriam Aparicio, 2013)	Burnout y Engagement ¿perspectivas complementarias o polos opuestos?. Un análisis en trabajadores de la universidad
A9	(Gimeno Navarro, Miguel Ángel, Grandío, Antonio y Marqués, Ana I, 2012)	El cambiante mundo de las organizaciones. Hacia una organización saludable
A10	(Ulloa Fierro, José Isidro, 2013)	Comportamiento organizacional positivo: implicaciones para la organización actual
A11	(Grueso-Hinestroza, Merlin Patricia y Rey-Sarmiento, Claudia Fabiola, 2013)	Hacia la construcción de un Modelo Integral de Organizaciones Saludables
A12	(Nader, Martín, Peña Bernate, Sandra Patricia Santa-Bárbara, Emilio Sánchez, 2014)	Predicción de la satisfacción y el bienestar en el trabajo: hacia un modelo de organización saludable en Colombia
A13	(Cugnier, Joana Soares, Silva, Narbal, 2016)	Acoso laboral y su prevención en organizaciones saludables

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

---

<b>código</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Título</b>
A14	(Salanova, Marisa Llorens, Susana e Martínez, Isabel M., 2016)	Aportaciones desde la promoción de la salud organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes
A15	(Al-Otaibi, Sultan T, 2016)	Health promotion in the workplace
A16	(Gómez Vélez, María Alejandra Calderón Carrascal, Paola Andrea, 2017)	Salud mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable

## Apéndice 2. Estudios y Reflexiones sobre Universidades Promotoras de Salud

Autor (es)	Título	Código
(Muñoz, Mónica Cabieses, Báltica, 2008)	Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro?	B1
(Arroyo, H Rice, M Franceschini, Mc, 2009)	Una nueva mirada al movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en las Américas	B2
(Ministerio del Perú, 2010)	Promoviendo Universidades Saludables	B3
(Beltrán Guzmán, Francisco Javier, et al., 2011)	Universidades saludables una utopía para nuestra época	B4
(Báltica Rice, Marilyn Muñoz, Mónica Zuzulich, María Soledad, 2011)	Igualdad y equidad: pasos necesarios para construir una universidad más saludable	B5
(Heraud, Silvia Becerra, 2013)	Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante	B6
(Martínez Riera JR, Muñoz Guillena R, 2014)	La universidad de alicante universidad promotora de salud/ universidad saludable, un reto y una oportunidad	B7
(Bravo-Valenzuela, Paulina, et, al., 2013)	Glosario para universidades promotoras de la salud	B8
(Gaviria Méndez, Alba Emilse, 2015)	La Universidad de Antioquia como institución promotora de la salud (Medellín, Colombia, 2010-2013)	B9
(Martínez-Sánchez, José M. Balaguer, Albert, 2016)	Universidad saludable: una estrategia de promoción de la salud y salud en todas las políticas para crear un entorno de trabajo saludable	B10

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

Autor (es)	Título	Código
(Castillo Cedeño, Ileana, et al., 2017)	Hacia una Universidad de convivencia saludable: Percepción de un grupo de estudiantes de bachillerato del Centro de Investigación y Docencia en Educación (CIDE)	B11
(Sarmiento, Juan Pablo, 2017)	Healthy universities: mapping health-promotion interventions	B12
(Martínez-Riera, José Ramón, et al., 2018)	La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018	B13
(Hernández, Yanira Valle Champion, Catalina A Denman, 2018)	Universidades Promotoras de la Salud en México : el caso de la Universidad de Sonora	B14
(Suárez-Reyes, Mónica Muñoz Serrano, Mónica Van den Broucke, Stephan, 2018)	How do universities implement the Health Promoting University concept?	B15
(Dooris, Mark, et. al. 2018)	The UK Healthy Universities Self-Review Tool: Whole System Impact	B16
(Came, Heather A Tudor, Keith, 2018)	The whole and inclusive university: a critical review of health promoting universities from Aotearoa New Zealand	B17
(Faílde Garrido, José María, et al., 2019)	Evolution of quality of life and health-related behaviors among Spanish university students	B18
(Cerillo Borja, Miguel Martínez Riera, José Ramón López Gómez, Jorge, 2019)	El movimiento de Universidades Saludables en España	B19

### Apéndice 3. Guía para Entrevistas Semiestructuradas.

1. Identificación (NOMBRE, CARGO, TIEMPO EN EL CARGO DE VICERRECTOR, PROFESION/titulación académica)
2. ¿Qué importancia considera usted que tiene la “Estrategia-política- programa- proyecto de universidad saludable para su universidad? ¿Por qué?
3. ¿Cuáles son las capacidades institucionales que tienen para el éxito de universidad saludable? ¿Y qué barreras/limitaciones/frenos?
4. ¿Cuál o cuáles son los enfoques de universidad saludable en su universidad?
5. ¿Cuáles son los principales componentes de universidad saludable que tienen en su estrategia?
6. ¿Cómo es la gobernanza de Universidad Saludable en esta universidad? (¿instancias de dirección, operación de los programas y servicios?, qué opinión tiene de esta gobernanza en relación con el éxito de la estrategia.
7. ¿Cuáles son los principales problemas que han identificado ustedes para que sean intervenidos con universidad saludable?
8. Al día de hoy, ¿Cuáles son los principales avances que ha tenido universidad saludable en su universidad?
9. ¿Cuáles considera usted han sido las principales limitaciones para la implementación de universidad saludable en su universidad?
10. ¿Qué aspectos considera usted que deben modificarse o incluirse para que universidad saludable tenga un mayor impacto en su universidad?
11. ¿Existen mecanismos de participación por parte de la comunidad universitaria en el diseño e implementación de las acciones? ¿Puede describir cómo funcionan estos mecanismos?
12. ¿Hay estrategias para la articulación institucional de las acciones? ¿puede detallar más estas acciones?
13. ¿Hay mecanismos de articulación institucional para universidad saludable con organizaciones o instituciones externas? ¿Qué alcance tiene esta articulación?
14. ¿Cómo considera que el trabajo en RED contribuye al fortalecimiento de las acciones en su universidad?
15. ¿Cómo considera Usted que universidad saludable aporta a los entornos cercanos a su universidad?
16. ¿Desde la experiencia vivida con universidad saludable que recomendación haría para otras universidades que empiezan este proceso?

#### **Apéndice 4: Guía para Grupo de Discusión**

1. Qué dificultades se presentaron al definir el concepto de salud?
2. Qué dificultades se presentaron al discutir con otra persona y buscar un solo concepto?
3. Qué consideran ustedes que es una universidad saludable?
4. Qué tan importante consideran ustedes, que la universidad sea saludable? ¿por qué? que beneficios tiene?
5. Cuáles de las actividades o programas que ofrece la universidad contribuyen a que los estudiantes promuevan su salud?
6. Qué concepto tienen sobre estas actividades o programas?
7. Qué otros programas o actividades consideran ustedes, la universidad podría realizar para ser saludable?
8. Qué importancia tiene la participación de ustedes en el diseño y ejecución de acciones saludables en la universidad? ¿han participado?, estarían dispuestos a participar? cómo?
9. Cómo creen que el hecho que la universidad sea saludable contribuya a mejorar el entorno en el que ustedes viven?
10. Cómo pueden ayudar otras instituciones del municipio para que la universidad sea saludable? ¿cuáles instituciones podrían ayudar?
11. Cómo pueden contribuir ustedes para que la universidad sea un entorno saludable

### Apéndice 5. Guía para la revisión documental

Identificación del documento						Aportes a las categorías /variables
Tipo de documento	título	fuentes	año	ciudad	propósito	

## Apéndice 6 : Escala para identificar nociones sobre concepto de salud

**Universidad a la que pertenece:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

1. Califique de 1 a 15 (sin repetir valor) cada uno de los enunciados, donde 15 es lo más importante y 1 es lo menos importante.

**Para mi salud es:**

ítem	Enunciados	Calificación
1	Controlar mis emociones siempre	
2	Respetar las normas de convivencia	
3	Estar bien con Dios o con otro ser Superior	
4	Visitar al médico al menos una vez al año	
5	Cuidar y proteger la naturaleza	
6	Amar a las personas que me rodean	
7	Protegerme de los factores ambientales (sol, lluvia, humo, virus, ruido, etc.)	
8	Sentirme en armonía con todo lo que me rodea	
9	Hacer actividad física con frecuencia	
10	Ser solidario con los que me necesitan	
11	Alimentarme balanceadamente	
12	No contaminar el entorno en el que vivo	
13	Resolver mis conflictos por medio del diálogo	
14	Sentirme bien en todo momento	
15	Sentirme en paz con la vida	

## Apéndice 7. Formatos orientadores para la validación por Jueces o Expertos

El ejercicio de validación en la modalidad “validación por jueces o expertos”, corresponde a una forma de medir la validez del instrumento “nociones sobre salud en estudiantes universitarios”, esta técnica ha sido empleada con el objetivo de aproximarse a un criterio de validez no desde la lógica positivista per se si no para darle mayor valor a las inferencias que se desprendan de su aplicación. En este sentido se han seleccionados tres jueces o expertos (as), de los países en los que se aplicará el instrumento.

La información recolectada y sometida al análisis posterior mediante el instrumento a evaluar, hace parte de una Tesis Doctoral adelantada en el programa de Doctorado en Desarrollo Local y Cooperación Internacional en la Universidad de Jaume I de Castellón – España. El objetivo de la Tesis apunta de develar ¿qué es?, ¿Qué hace?, ¿Cómo lo hace?, ¿logros y limitaciones? de una Universidad Saludable para aportar elementos que potencien estas estrategias en los países incluidos en la muestra (España, México y Colombia).

Un aspecto que se ha considerado relevante dentro del estudio por las características del objeto investigado es aproximarse a las nociones que los stakeholders (actores interesados), específicamente los estudiantes universitarios tienen sobre el concepto de salud y de sus dimensiones, dado que las intervenciones de universidades saludables exploradas parten de una noción de salud y de lo saludable que la investigación intenta también develar como categoría importante para el impacto de las acciones.

Entendiendo que el constructo de salud a lo largo de la historia ha sido polisémico, dinámico y complejo, desde la perspectiva holista se ha hecho una definición propia por parte del investigador en donde se reconocen cinco dimensiones que interactúan con el individuo y sus contextos. Por tanto el instrumento a evaluar va en esta lógica, es decir identificar mediante una valoración cuáles de estas dimensiones tienen mayor peso a la hora de pensar en la noción de salud, en el siguiente cuadro se hace la conceptualización específica desde la que parte el instrumento:

Concepto de salud (evento)	Dimensiones (Sinergias)
Es un momento relativo, producto de todas las interacciones dinámicas que se presentan en las dimensiones: física, mental, social, ambiental y espiritual, originadas en el individuo en relación con sus entornos, que condiciona su biología y relaciones de vida.	<b>FISICA:</b> Corresponde a los aspectos asociados a estilos de vida y/o prácticas culturales o sociales de sus stakeholders que tienen un efecto potencial en el organismo humano, desde su componente biológico. en los estudiantes universitarios se observan factores de riesgo como: hábitos alimentarios inadecuados, bajo consumo de frutas y de verduras, baja frecuencia en la actividad física, altos índices de obesidad, entre otros
	<b>MENTAL:</b> Aspectos implicados en la salud y enfermedad psicológica de los estudiantes universitarios. Por el ciclo vital propio de esta población son susceptibles a la depresión y al manejo inadecuado de las presiones académicas exacerbadas en los periodos de evaluación, e incluso a altas tasas de suicidio y de abandono temprano de los estudios.
	<b>AMBIENTAL:</b> Teniendo en cuenta la relevancia del ambiente como parte de los Determinantes Sociales de la Salud y de su relación bidireccional con los individuos y comunidades, las universidades, sus diferentes campus y comunidades están implicadas en la formación, educación, gestión, construcción de prácticas innovadoras y efectivas para el manejo de sus recursos: agua, energía, aire, fauna y flora, que modele los campus como espacios responsables para la sostenibilidad ecológica, dando respuestas para enfrentar los efectos nocivos del cambio climático a todos los entornos circundantes.

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

Concepto de salud (evento)	Dimensiones (Sinergias)
	<p><b>SOCIAL:</b> Considerando los campus universitarios como micro sociedades que se construyen de acuerdo con las composiciones y características propias del contexto en el que se ubican, las dinámicas y fenómenos sociales, impactan la vida universitaria, afectando la salud integral de los estudiantes; los Determinantes Sociales de la Salud también son parte influyente en los escenarios universitarios así como las violencias de todo tipo lo que tiene impacto directo en la convivencia y afectan incluso las otras dimensiones de la salud de las comunidades universitarias.</p> <p><b>ESPIRITUAL:</b> Esta dimensión, Independientemente si se habla de universidades con enfoque confesional o laico, ha sido poco abordada en los estudios y en las intervenciones con los stakeholders universitarios; es innegable que la espiritualidad está presente en los ambientes cotidianos, también es evidente que los stakeholders trasladan sus rituales, oraciones, o expresiones espirituales a los campus, ya sea a través de grupos de estudiantes, de docentes o de empleados conformados por sus propias iniciativas, sin contar en la mayoría de los casos con el apoyo o la voluntad institucional.</p>

FUENTE: todas estas definiciones han sido tomadas de los avances a la fecha de la Tesis Doctoral de Autoría del investigador (J.Sánchez)

**Lista de Instrucciones para el (la) Juez o Experto**

- Una vez leída la parte inicial donde se presentan los alcances y el marco de esta evaluación, y donde se define el evento y las dimensiones a las que apunta el instrumento. Se anexa el formato con los ítems (15) que son los definidos para valor la noción de salud desde sus dimensiones.
- Para valorar la validez (Congruencia) del instrumento, es decir que los ítems construidos correspondan cada uno a las dimensiones de la salud (física, mental, social, ambiental y espiritual), usted debe analizar cada ítem y señalar con una (X) la dimensión a la que considera, corresponde.
- Luego de esta primera evaluación en el mismo formato se evalúa la claridad lingüística del instrumento, aspecto relevante puesto que el mismo será aplicado a estudiantes de España, Colombia y México, de ahí que cada uno de los ítems deben ser claros para todos los contextos, entendibles fácilmente y no tener confusiones ni errores de redacción ni ortográficos. Si usted considera que el ítem cumple este criterio señale con una (X) en la casilla (SI), de lo contrario señale la casilla (NO), en este caso si Usted tiene alguna observación o recomendación para mejorar, utilice el formato de observaciones que está a continuación del formato de evaluación.
- Finalmente en se debe diligenciar la constancia de la evaluación con los datos sugeridos y llenar el cuadro síntesis de calificación del instrumento.
- Para terminar se recomienda guardar una copia en formato PDF, para garantizar la no manipulación de los datos consignados y enviar al investigador vía correo electrónico.

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar intervenciones institucionales

---

- El investigador garantiza la confidencialidad de esta información la cual se tabulará y se incluirá en el documento de Tesis Doctoral, solo en caso de que los jurados en el proceso de defensa soliciten ver estas evaluaciones como evidencia del proceso serán mostradas, en caso contrario permanecerán no publicadas, tampoco se incluirán como anexos de la Tesis; cualquier uso posterior ya sea para una publicación o para una futura investigación será consensuado con cada Juez o Experto.

**DATOS DEL EXPERTO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Último Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Institución en Donde Trabaja: \_\_\_\_\_

Asignatura (s) que dicta:

\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Antigüedad en la institución: \_\_\_\_\_

Para mi salud es:		VALIDEZ DE CONTENIDO (CONGRUENCIA)					CLARIDAD LINGÜÍSTICA	
		DIMENSIONES HOLISTICAS DE LA SALUD					SI	NO
Ítem	Enunciados	Social	Mental	Física	Ambiental	Espiritual		
1	Controlar mis emociones siempre							
2	Respetar las normas de convivencia							
3	Estar bien con Dios o con otro ser Superior							
4	Visitar al médico al menos una vez al año							
5	Cuidar y proteger la naturaleza							
6	Amar a las personas que me rodean							
7	Protegerme de los factores ambientales (sol, lluvia, humo, virus, ruido, etc.)							
8	Sentirme en armonía con todo lo que me rodea							
9	Hacer actividad física con frecuencia							
10	Ser solidario con los que me necesitan							
11	Alimentarme balanceadamente							

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

Para mi salud es:		VALIDEZ DE CONTENIDO (CONGRUENCIA)					CLARIDAD LINGÜÍSTICA	
Ítem	Enunciados	DIMENSIONES HOLÍSTICAS DE LA SALUD					SI	NO
		Social	Mental	Física	Ambiental	Espiritual		
12	No contaminar el entorno en el que vivo							
13	Resolver mis conflictos por medio del diálogo							
14	Sentirme bien en todo momento							
15	Sentirme en paz con la vida							
<b>ITEM</b>	<b>OBSERVACIONES</b>							

**Constancia de Validación**

Yo \_\_\_\_\_, Identificado con \_\_\_\_\_

de profesión \_\_\_\_\_, y ejerciendo actualmente como \_\_\_\_\_ en la institución \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_hago constar que he revisado, con fines de validación el instrumento “Prueba de Conocimientos”, diseñado por el investigador JESUS MARIA SANCHEZ ORDOÑEZ, y luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Excelente
Congruencia ítem-dimensión			
Amplitud de contenidos			
Redacción de los ítems			
Ortografía			
Presentación			

Ciudad \_\_\_\_\_País \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_de 2021

Firma del juez \_\_\_\_\_

## Apéndice 8. Documentos Seleccionados para la Revisión Sistemática 1

Códi-go	TIPO	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGÍA
<b>C1</b>	Reflexión	Desarrollo y Salud		
<b>C2</b>	Investigación	Commentary: Economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century - Experience of the United States 1901-2000		
<b>C3</b>	Reflexión	Desarrollo humano y capacidades. Aplicaciones de la teoría de las capacidades de Amartya Sen a la educación		
<b>C4</b>	Reflexión	Salud y desarrollo económico El caso de México*		
<b>C5</b>	Reflexión	Teorías latinoamericanas del desarrollo: el estado sustituto del individuo		
<b>C6</b>	Investigación	Salud y desarrollo en el mundo: emisiones de CO2 versus los indicadores de saneamiento y salud		
<b>C7</b>	Reflexión	Otro paradigma para el desarrollo humano sustentable. Ascenso y declinación de la “idea de desarrollo”		
<b>C8</b>	Reflexión	Salud y desarrollo en el contexto latinoamericano		
<b>C10</b>	Reflexión	El complejo económico-industrial de atención de la salud y la dimensión social y económica del desarrollo		

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

Código	TIPO	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGÍA
<b>C11</b>	Investigación	Conceptos Asociados a la Salud desde la Perspectiva del Desarrollo Sostenible		
<b>C12</b>	Reflexión	Health research systems : promoting health equity or economic competitiveness?		
<b>C13</b>	Reflexión	La inequidad en salud. su desarrollo histórico		
<b>C14</b>	Investigación	Bolivia entre el Desarrollo Sostenible y la Explotación de la Naturaleza – El marco político y jurídico de los Sistemas Agroforestales como ejemplo para una agricultura sostenible		
<b>C15</b>	Investigación	Algunas consideraciones al modelo de desarrollo capitalista vigente en américa latina		
<b>C16</b>	Revisión	Desarrollo sostenible y mercados eficientes: hacia la construcción de un modelo teórico		
<b>C17</b>	Reflexión	¿Ha sido importante la cooperación internacional para el desarrollo y el crecimiento económico? Una evidencia de datos panel para Nicaragua y Centroamérica		
<b>C18</b>	Investigación	Desarrollo, medio ambiente y salud		
<b>C19</b>	Reflexión	¿Seguimos hablando de desarrollo? El paradigma del desarrollo humano		
<b>C20</b>	Investigación	Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioral, environmental, and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015		

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar intervenciones institucionales

Código	TIPO	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGÍA
<b>C21</b>	Reflexión	Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad		
<b>C22</b>	Reflexión	Postdesarrollo a los 25: sobre ‘estar estancado’ y avanzar hacia adelante, hacia los lados, hacia atrás y de otras maneras		
<b>C23</b>	Investigación	Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015		
<b>C24</b>	Reflexión	Crisis económicas y salud en controversia: el “debate Brenner”, 1970-2012		
<b>C25</b>	Revisión	Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano		
<b>C26</b>	Reflexión	La sostenibilidad justa como paradigma sistémico ambiental		
<b>C27</b>	Reflexión	Salud mental y desarrollo		
<b>C28</b>	Revisión	Índice de desarrollo humano y eventos de salud pública: revisión sistemática de la literatura 1990-2015		
<b>C29</b>	Reflexión	Sustainable development in the shadow of climate change		

**Apéndice 9. Documentos seleccionados para la revisión sistemática II**

TÍTULO	DIMENSIÓN	STAKEHOLDER	CONCLUSIONES
La salud física y psicológica en jóvenes universitarios	Física	Estudiantes	
Hábitos de vida saludable en la población universitaria	Física	Estudiantes	
Igualdad y equidad: pasos necesarios para construir una universidad más saludable	Ambiental	Comunidad	
Universidad y conducta suicida: respuestas y propuestas institucionales	Mental	Estudiantes	
Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina	Física	Estudiantes	
Hacia una Universidad de convivencia saludable: Percepción de un grupo de estudiantes de bachillerato del Centro de Investigación y Docencia en Educación (CIDE)	Social	Estudiantes	
Valores, espiritualidad y consumo de alcohol en estudiantes de preparatoria	Espiritual	Estudiantes	
Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de enfermería de una universidad pública.	Física	Estudiantes	
Evolution of quality of life and health-related behaviors among Spanish university students	Física	Estudiantes	
Responsabilidad social ambiental de las universidades colombianas	Ambiental	Comunidad	
Riesgos psicosociales en el profesorado de enseñanza universitaria: diagnóstico y prevención	Mental	Docentes	
La actividad física en los y las jóvenes mexicanos y mexicanas: un análisis comparativo entre las universidades públicas y privadas	Física	Estudiantes	
Changes in student physical health behavior: an opportunity to turn the concept of a Healthy University into a reality	Física	Estudiantes	
Motivos de práctica de actividad físico-deportiva en adolescentes españoles: estudio AVENA.	Física	Estudiantes	
Compromiso ambiental universitario desde el ranking Green Metric. El caso de la Sede Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia	Ambiental	Comunidad	

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar intervenciones institucionales

TÍTULO	DIMENSIÓN	STAKEHOLDER	CONCLUSIONES
Exceso de peso y riesgo cardio metabólico en docentes de una universidad de Lima: oportunidad para construir entornos saludables	Física	Docentes	
Estudio de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en trabajadores universitarios españoles	Física	Empleados	
Factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida de estudiantes universitarios.	Física	Estudiantes	
Universidades saludables: los jóvenes y la salud	Física	Estudiantes	
Percepción de la comunidad universitaria sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la Universidad de Antioquia, Medellín	Mental	Estudiantes	
Significados construidos en indígenas universitarios sobre sustancias psicoactivas y programas de prevención	Mental	Estudiantes	
Actividad Física En El Tiempo Libre Y Consumo De Frutas Y Verduras En Estudiantes Universitarios	Física	Estudiantes	
Frecuencia de hábitos alimentarios saludables de estudiantes de una universidad pública del Noreste de Brasil	Física	Estudiantes	
Relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos	Física	Estudiantes	
Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín-Colombia	Física	Estudiantes	
Características sociodemográficas y perfil de consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México	Mental	Estudiantes	
Estudio Exploratorio de los Determinantes de la Salud y el Estrés Laboral del Personal Docente e Investigador Universitario Laboral en España	Mental	Docentes	
Modificación del peso corporal de los estudiantes universitarios durante los tres primeros años de universidad	física	Estudiantes	
¿Violencia o violencias en la universidad pública? una aproximación desde una perspectiva sistémica	Social	Estudiantes	

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

TÍTULO	DIMENSIÓN	STAKEHOLDER	CONCLUSIONES
Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional en Costa Rica	Espiritual	Empleados y docentes	
Prevención de la Violencia de género en las Universidades: valoración de la comunidad universitaria sobre las medidas de atención y prevención	Social	Docentes y Empleados	
Contexto de la salud mental en docentes universitarios. Un aporte a la salud pública	Mental	Docentes	
Nivel de actividad física en personal de empleados de la Universidad Tecnológica de Pereira	Física	Docentes	

## Apéndice 10. Síntesis de la matriz de revisión documental

Identificación del documento				
Título	Fuente	País	Propósito	Aportes a las categorías /variables
Plan de Desarrollo Univalle- 2015-2025	Página web (univalle.edu.co)	Colombia	Evidenciar las menciones directas o indirectas sobre “Universidad Saludable”	Gobernanza. Dimensiones, actores
Plan programático Univalle 2017- 2020	Página web (univalle.edu.co)	Colombia	Evidenciar las menciones directas o indirectas sobre “Universidad Saludable”	Gobernanza
Informes de gestión de la Vicerrectoría de Bienestar (de 2013 a 2020)	Página web (univalle.edu.co)	Colombia	Conocer las referencias y desarrollos de “Universidad Saludable” por año	Componentes, intervenciones, gobernanza, enfoques, dimensiones, logros
Página Web (Univalle) Vicerrectoría de Bienestar, proyecto-programa universidad saludable	Última consulta octubre 5 de 2021	Colombia	Identificar las menciones e información oficial sobre “universidad saludable”	Enfoques, componentes, intervenciones, actores
Universidad de Antioquia. RESOLUCION RECTORAL 20535 de 2005	Documentos oficiales suministrados por funcionario	Colombia	Evidenciar el alcance oficial de “universidad Saludable”	Gobernanza, enfoques, alcance
“Programa Facultad Nacional de Salud Pública Saludable” Universidad de Antioquia	Documentos oficiales suministrados por funcionario	Colombia	Conocer los alcances, bases y componentes de “universidad Saludable”	Historia, enfoques, alcances, componentes, gobernanza
Página Web (UDEA) Dirección Bienestar, programa universidad saludable	Última consulta octubre 5 de 2021	Colombia	Identificar desde la página oficial lo referente a “Univesidad Saludable”	Gobernanza componentes intervenciones enfoques
Cartilla de la red de promoción en salud Medellín	Documento obtenido de funcionario UdeA	Colombia	Evidenciar la articulación con entes externos	Enfoques, articulación con actores externos
Formato ID-01. Nombre del proyecto: Consolidación de la Red	Documento oficial obtenido de funcionario UdeA	Colombia	Evidenciar una experiencia concreta de articulación con actores externos	Alcances, articulación con actores

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

Identificación del documento				
Título	Fuente	País	Propósito	Aportes a las categorías /variables
de Promoción de la Salud de Medellín				externos, gobernanza
La Universidad de Antioquia como institución promotora de la salud (Medellín, Colombia, 2010-2013)	Invesg Enferm. Imagen Desarr. 2016;18(1): 13-30. <a href="http://dx.doi.org/dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.uaip">http://dx.doi.org/dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-1.uaip</a>	Colombia	Conocer los antecedentes, enfoques y trayectoria de “Universidad Saludable”	Historia, alcances, enfoques, componentes, logros, gobernanza
Plan Estratégico Universitat Jaume I (2018)	Documento oficial de la página Web (www.uji.es)	España	Identificar referencias directas e indirectas sobre “Universidad Saludable”	gobernanza
Uji- memoria de actividades (2016-2018)	Documento oficial obtenido de funcionario UJI	España	Conocer los desarrollos de “Universidad Saludable”	Alcances, componentes, intervenciones, actores, logros
Página web de la UJI ( <a href="http://www.uji.es">www.uji.es</a> ), vicerrectorado	Última consulta octubre 5 de 2021	España	Identificar las referencias sobre “universidad saludable”	Alcances, componentes, intervenciones, gobernanza
Plan Institucional de Desarrollo (PIDE 2018-2023) UAEM	Documento oficial publicado en la página web de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (uaem.mx)	México	Evidenciar las menciones directas e indirectas a “Universidad Saludable”	Gobernanza, alcances, componentes
Infome de estancia doctoral en UEAM- Jicarero mayo 1 a junio 19 de 2019	Documento oficial presentado a la UJI dentro de los compromisos doctorales	México	Conocer las experiencias en la implementación de “Universidad Saludable”	Historia, paradigmas, enfoques, componentes, intervenciones, vivencias, actores, gobernanza
Página web de la UEAM- Rectoría-Secretaría de Rectoría- jicarero	Última consulta octubre 5 de 2021	México	Identificar las referencias directas o indirectas a “Universidad Saludable”	Gobernanza, componentes, intervenciones, actores
Página web Universidad de Islas Baleares (UIB) diario de la UIB; órganos de Gobierno	Última Consulta octubre 5 de 2021	España	Evidenciar las referencias sobre “Universidad Saludable” y su funcionamiento	Intervenciones, gobernanza

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar intervenciones institucionales

<b>Identificación del documento</b>				
<b>Título</b>	<b>Fuente</b>	<b>País</b>	<b>Propósito</b>	<b>Aportes a las categorías /variables</b>
Piezas publicitarias de Universidad Saludable UIB	Piezas publicitarias sobre algunas actividades obtenidas por funcionario de la UIB en noviembre de 2018	España	Evidenciar algunas convocatorias y actividades realizadas en el marco de “Universidad Saludable”	Componentes, intervenciones actores
Página web Universidad de Montemorelos	Última consulta octubre 5 de 2021	México	Identificar las menciones a “Universidad Saludable”	Enfoques, componentes, intervenciones, gobernanza
Plan General de Desarrollo Universidad Veracruzana 2030	Documento oficial publicado en la página (www.uv.mx)	México	Identificar las menciones directas o indirectas sobre “Universidad Saludable”	Gobernanza, componentes, alcances
Plan General de Desarrollo Universidad Veracruzana 2025	Documento oficial publicado en la página (www.uv.mx)	México	Identificar las menciones directas o indirectas sobre “Universidad Saludable”	Gobernanza, componentes, alcances
Página web Universidad Veracruzana – portal de estudiante. Órganos de gobierno	Última consulta octubre 5 de 2021	México	Identificar menciones directas e indirectas sobre “Universidad Saludable”	Componentes, intervenciones, gobernanza

**Apéndice 11. Hallazgos de la revisión documental**

Países	Hallazgos
Colombia	<p>(Universidad de alta complejidad) Tanto en el plan Estratégico como en el Programático se evidencia el programa de Universidad Saludable, se inserta como “Eje 3. Formación integral centrada en el estudiante. /Estrategia 3.6. Fortalecer el desarrollo humano, mejorar la calidad de vida, la convivencia, el bienestar social de la comunidad universitaria./ Programas 3.6.1. Programa Universidad Saludable”. “La Universidad XXX, como Universidad Saludable, integra a su proyecto educativo y laboral la promoción de la salud”. El programa de Universidad Saludable se enfoca en cuatro líneas estratégicas de acción: Salud mental, salud física, salud social y salud ambiental. Se conceptualiza y delimita lo que es Universidad Saludable. Los informes de gestión de la vicerrectoría de bienestar desde el 2013 al 2020 han ido incorporando acciones específicas sobre el avance de universidad saludable, como programa y con miras a construir la política de universidad saludable, se le han agregado en el camino, otros componentes como discapacidad, deporte, adulto mayor, formación integral, promoción y prevención para afiliados al servicio médico universitario. En el 2020 se publicó una síntesis de avances desde el 2017 con el presupuesto asignado y con indicadores de ejecución. Respecto a las poblaciones a las que se dirigen las acciones según los documentos se observa principalmente a estudiantes, adultos mayores, afiliados al servicio de salud, personas con discapacidad. Y de forma masiva las demás poblaciones. Las dimensiones de la salud intervenidas según esta revisión son: Física, Mental, Social, Ambiental.</p>
	<p>(Universidad de alta complejidad) Cuenta con la Resolución XXX en la que se define como: “Acción conjunta que integra esfuerzos y recursos de todas las unidades académicas y administrativas, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de la comunidad universitaria, promoviendo la participación de individuos y de grupos con criterios de responsabilidad y autocuidado”. Los ejes centrales sobre los cuales se estructura la política de Universidad Saludable son: La convivencia; la dimensión ambiental y la dimensión del bienestar. Líneas de acción: Políticas Saludables; Ambientes Saludables; Fomento de Hábitos y Estilos de Vida Saludables; Participación de la Comunidad Universitaria; Reorientación de los Servicios de Salud; Competencias y responsabilidades. En el Plan estratégico 2017-2027 no se evidencia explícitamente el programa de Universidad Saludable, pero se observa relación indirecta con el: TEMA ESTRATÉGICO 2: Ciclos de vida de la comunidad universitaria. Objetivo estratégico 1: Contribuir a la formación integral de los estudiantes como aporte de la Universidad a la sociedad: lineamientos para el logro del objetivo: Estrategias complementarias y condiciones, fortalecidas para el desarrollo de potencialidades académicas, científicas, epistemológicas, culturales, éticas, estéticas, deportivas, sociales, ciudadanas y proambientales de los estudiantes, en el marco de lo colectivo y la corresponsabilidad. 3. Estrategias de acompañamiento específico, atención especializada, reconocimiento, protección y promoción de la diversidad, desarrolladas hacia la integración de los estudiantes para su buen vivir*. El Objetivo estratégico 2,3,4 que apuntan a fortalecer la formación integral con los otros actores (Docentes, Empleados, Egresados y Jubilados. Con el TEMA ESTRATÉGICO 5. Compromiso de la Universidad con la construcción de paz, equidad, inclusión e interculturalidad. Y con el TEMA ESTRATÉGICO 6. Contribuciones de la Universidad a la gestión del ambiente y la biodiversidad. En la página web, en bienestar universitario se hace referencia a bienestar saludable, en donde aparecen programas de salud mental, como promoción de la salud orientación y otros más, así como de salud física y social. En el documento que soporta el programa de la Facultad Nacional de Salud Pública Saludable, se encuentra todo un marco de referencia conceptual, teórico, contextual, así como las articulaciones y los programas que comprende, los cuales se enfocan desde prevención y promoción en las dimensiones física, social, mental y ambiental. En el organigrama no se evidencia en donde que inscribe el programa.</p>
México	<p>(Universidad de alta complejidad) En el Plan Institucional de Desarrollo 2018-2023 se observa mención explícita a Universidad Saludable en el Eje Estratégico 8: Universidad Saludable y Segura. Objetivo: Propiciar el fortalecimiento y creación de redes en servicios académicos y de investigación social, científica y tecnológica, vinculados a la comunidad universitaria y a los sectores sociales relacionados con la salud pública, además de</p>

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:  
Una propuesta aplicada para impulsar intervenciones institucionales

Países	Hallazgos
	<p>promover conocimientos, habilidades y destrezas para el autocuidado y el establecimiento de estilos de vida saludables y políticas en materia de salud y seguridad. Objetivo: Promover la cultura de la salud en la comunidad universitaria a través de la creación de redes y el fortalecimiento de los servicios vinculados con el sector salud a través del Plan de Acción Universitario de Salud. Metas 1.1 Al 2023 se contará con 2 unidades regionales de atención y Promoción de la Salud. 8.1.2 A partir de 2019 se implementará el Plan de Acción Universitario de Salud que considere actividad física, nutrición, salud mental, salud reproductiva y sexual, salud bucal, vacunación y el autocuidado. 8.1.3 A partir de 2018 se constituirá el Comité Institucional de Universidad. 8.1.4 A partir de 2018 se implementarán y difundirán los diferentes protocolos de violencia y de salud. En la página web, en la secretaría de Rectoría se encuentran tres programas: ambiente, genero e identidad universitaria, pero no se evidencia el programa ni donde está articulado. En la página de una de las Sedes Regionales (Escuela de Estudios Superiores), no se evidenció el programa, a pesar de que esta Sede es la pionera y la de más desarrollos al respecto. En la Estancia Doctoral que se realizó en 2019 se observó publicado en las carteleras el organigrama de la Sede donde se ubica la dirección de deportes responsable del programa. No se pudo evidenciar ningún acto administrativo, a parte de la certificación como Escuela Saludable otorgada por la Secretaría de Salud de la localidad.</p> <p>No se puede evidenciar a qué poblaciones específicas apuntan las acciones, pero según se promocionan en la página en gran mayoría son para estudiantes, en la Sede Regional se observó lo mismo, aunque algunas actividades o programas benefician masivamente a las demás poblaciones. Las dimensiones de la salud con las que se relaciona la evidencia observada son la Física, la Mental, la Social y la Ambiental.</p>
	<p>(Universidad de baja complejidad) En la página web no se pudieron evidenciar elementos de gobernanza del programa (estructura orgánica, dependencias, componentes, planes estratégicos), se encuentra una pantalla con alusión a Universidad Promotora de salud, a principios algunos programas que se pueden ubicar dentro de las dimensiones: física, mental y ambiental y la filiación a dos Redes de cooperación. No fue posible evidenciar en la documentación oficial de carácter público, las políticas, ni planes, ni normativas internas donde se pudiera determinar el programa de Universidad Saludable y sus marcos institucionales respectivos.</p>
	<p>(Universidad de alta complejidad) En el plan general de desarrollo 2030 dentro de la visión se hace referencia a la salud integral, equidad de género, respeto a la diversidad cultural como valores para lograr sus principios misionales, en la misión se hace referencia a políticas de desarrollo sustentable y responsabilidad social. No se evidencia explícitamente alusiones al programa o política o intervenciones en Universidad Saludable, sin embargo, indirectamente se encuentra relación con el numeral IV. Ejes estratégicos para el desarrollo institucional. 1. Formación integral de los estudiantes: “Por ende, la interculturalidad, el género, la sustentabilidad, la internacionalización, la inclusión, la promoción de la salud, los derechos humanos y la justicia, el arte y la creatividad, constituyen tópicos transversales que necesitan permear, bajo un enfoque complejo y sistémico, tanto en las funciones sustantivas como adjetivas”. Programas genéricos: Impulso a la formación transversal en ciencia, arte, cultura de paz, deporte, salud, interculturalidad, género, sustentabilidad, internacionalización, derechos humanos, inclusión, entre otros. V. Metas al 2030: 1.2 El 100% de los planes de estudio y programas educativos tienen incorporados bajo una visión sistémica los principios y valores institucionales de la formación integral: interculturalidad, género, sustentabilidad, derechos humanos y justicia, promoción de la salud, arte y creatividad, internacionalización e inclusión. En el informe de gestión 2019-2020. “En temas de salud, se tiene la Presidencia de la Red Mexicana de Universidades Promotoras de la Salud (RMUNIVERSIDAD PROMOTORA DE SALUD)”. Se da cuenta de lo realizado en el programa de sostenibilidad ambiental, inclusión, discapacidad, igualdad, y de certificaciones por ser libre de humo (según normatividad nacional). Se muestran datos sobre usuarios de servicios de salud. En la página web (portal de estudiantes) se describen las áreas de apoyo estudiantil en general y los servicios de atención en salud que se brindan. En el organigrama no se evidencia el programa de Universidad Saludable y no es posible deducir su ubicación dentro de la estructura y sus órganos de gobierno. Las dimensiones de la salud que se trabajan según análisis de estos documentos son: la Física, la Ambiental, la Mental y la Social.</p>

De las Universidades Saludables a las “Universidades como entornos de vida”:

Países	Hallazgos
España	<p>(Universidad de mediana complejidad) En la página web se encontró publicado un plugin sobre la celebración del día de las universidades saludables a realizarse el 7 de octubre de 2021. Aparece toda la programación que incluye 19 actividades. En los órganos de gobierno, al lado de los vicerrectorados aparece una delegatura del Rector a Universidad Saludable y Campus. Igualmente se encuentran piezas visuales sobre lo que se ofrece en este ámbito, que gira en torno a la salud física y mental. No se evidenció un plan estratégico u otro tipo de planeación para conocer las políticas e intervenciones de la universidad. Las actividades específicas según se evidenció apuntan a los estudiantes, y algunas benefician masivamente a todas las otras poblaciones, por ejemplo, las cafeterías saludables, las huertas, y las actividades promocionales, de capacitación o esparcimiento. Las dimensiones de salud que prevalecen según esta revisión son la Física, la Mental y la Ambiental.</p>
	<p>(Universidad de Mediana complejidad) En el Plan Estratégico: Eje 7. Compromiso con el estudiantado: OE 21. comprometerse con el estudiantado a través de una Universidad participativa, inclusiva y personalizada que facilite su formación integral, como profesionales y ciudadanos, y favorezca su inserción laboral. Objetivo estratégico 22. Mejorar la satisfacción del estudiantado de la _Universidad: el estudiantado requiere instalaciones adecuadas y de medios suficientes para poder llevar a cabo su formación, pero, además, habrá que dotarlos de accesos a los recursos que permitan su desarrollo integral (deportes, ocio, formación en valores.) por lo que se trabajará para garantizar y mejorar la satisfacción de este colectivo en todos los ámbitos. (vicerrectorados de: estudiantes, de Estudios y de Infraestructuras, campus y nuevas tecnologías). En la página web en vida saludable aparecen algunos programas y servicios, en el vicerrectorado de campus y vida saludable aparecen las funciones y servicios dependientes, no es evidente el programa de universidad saludable. no se puede evidenciar las poblaciones específicas a las que se dirigen las acciones, pero en su mayoría cubre a estudiantes, aunque en el plan se habla de docentes y empleados con acciones para su bienestar. Respecto a las dimensiones de la salud que se intervienen, (identificadas en esta revisión) son: la Física, la Social y la Ambiental.</p>

## **Apéndice 12. Caracterización de las intervenciones realizadas entre el 2013 y el 2020 en Univalle según cuatro dimensiones de la salud**

### **-ESTUDIANTES-**

#### **PROGRAMAS, PROYECTOS, SERVICIOS, ACTIVIDADES**

---

- Deporte formativo (obligatorio para todos los estudiantes de pregrado, durante un semestre)
- Atención en salud con restricciones a cargo del SMU (Programa de control Prenatal, Programa salud sexual y reproductiva, atención médica prioritaria).
- Grupos deportivos, recreativos y culturales.
- Participación en eventos de deporte competitivo a nivel local, regional y nacional. (estudiantes, docentes, empleados y trabajadores).
- Restaurante universitario (mediante el Acuerdo del Consejo Superior 009 de febrero 10 de 2003; tiene como objetivo brindar apoyo nutricional a la comunidad universitaria a través del ofrecimiento de un almuerzo para un máximo de 5.000 usuarios diarios).
- FISICA**
  - Organización y realización de eventos deportivos, recreativos y culturales.
  - Actividad “ponte en modo yo me cuido” patrocinada por los laboratorios ABBOTT (salud sexual y reproductiva).
  - Programa Institucional Universidad Saludable, discapacidad y deportes.
  - Eventos en Promoción de la Salud y Habilidades para la vida.
  - Entrenamientos Físico-Virtuales, el Programa Cinco Minutos por tu vida, Consultas virtuales por riesgo biomecánico, tele-monitoreo, elaboración de profesiogramas y capacitaciones virtuales.
- Servicio psicológico universitario
- Grupos espirituales-religiosos y académicos.
- Programas de facultades y programas académicos.
- Estrategias institucionales en temas como prevención de consumos (ej. ZOU, Zonas de Orientación Universitarias), etc.
- Apoyo Psicosocial (Área de Desarrollo Humano).
- MENTAL**
  - Programa de Salud Mental Preventiva a través de las materias electivas complementarias ofrecidas por el ---Servicio promoción de la salud.
  - Página de Apoyo Emocional del Servicio Psicológico.
  - Actividades Creando ambientes felices un viaje por tu bienestar, en la Sede San Fernando.
  - Talleres sobre “técnicas de meditación”, yoga, el buen vivir.
  - Se adaptaron procedimientos para la atención promoción de la salud de la población adulta de manera virtual,
- Grupos estamentales, políticos, reconocidos o no por la universidad
- Comités institucionales (derechos humanos, convivencia y seguridad, asuntos estudiantiles, de discapacidad, Apoyos económicos, etc.).
- Programa de convivencia y seguridad
- SOCIAL**
  - Programa de Subsidios Económicos a estudiantes de escasos recursos económicos de todas las sedes de la Universidad. médicos internos del HUV (Hospital universitario del Valle)
  - Apoyos Económicos Especiales para el desarrollo y participación en actividades extracurriculares.
  - Programa Jóvenes en Acción del Gobierno Nacional, dirigido a jóvenes bachilleres y universitarios en condición de pobreza y vulnerabilidad.

---

**PROGRAMAS, PROYECTOS, SERVICIOS, ACTIVIDADES**

---

- Programa Padrinazgo Educativo Universitario (becas para el pago de la matrícula financiera a estudiantes en condiciones económicas difíciles, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1,2 y 3, con el apoyo de donantes externos e internos)
- Monitorias especiales a estudiantes regulares matriculados en programas académicos de pregrado para prestar apoyo en actividades académicas a aquellos estudiantes que presentan alguna discapacidad (motriz, visual, auditiva y de aprendizaje).
- Revisión de derechos socioeconómicos a estudiantes de pregrado. Se priorizan las solicitudes de estudiantes afrocolombianos; víctimas del conflicto armado; en situación de discapacidad y de la comunidad LGTBI.
- Talleres de habilidades sociales para el mundo laboral con la colaboración del SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje).
- Programa de Monitores Solidarios para estudiantes con riesgo académico y por bajo rendimiento y deserción.
- Programa para el Pluralismo, Diversidad, Etnicidad, Género e identidad. Creación de la Oficina de Asuntos Étnicos. Proyecto Cultura Institucional y Atención a comunidades étnicas.
- Estrategia ASES (Estrategia de Acompañamiento y Seguimiento Estudiantil).
- Organización de las ventas informales al interior del campus Meléndez
- Actividades culturales del proyecto de Fortalecimiento de la perspectiva de género, pluralidad y diversidad.
- Oferta de la asignatura Género, Pluralidad y Diversidades en las Sedes Meléndez y San Fernando.
- Conferencias en el marco de los "miércoles de género, pluralidad y diversidad.
- Cartografías sociales de las violencias basadas en género, insumos para complementar el diagnostico de las violencias basadas en género para las sedes regionales de Zarzal, Pacifico, Yumbo, Buga, Tuluá y Norte del Cauca.
- Presentación del protocolo de atención a violencias basadas en género para el primer debate en el Consejo Superior.
- Acuerdo 004 de 2013, con el cual se compromete a construir una cultura institucional de reconocimiento de la discapacidad.
- Implementación del Curso de Habilidades para la vida en sede Meléndez y algunas sedes regionales.
  
- En 2020 se cubrió el 100% los costos de matrícula financiera a los estudiantes de estratos 1 y 2 y el 30% para los estudiantes de estratos 3, como estrategia para la permanencia en el marco de la crisis económica generada por la pandemia COVID-19

-Política ambiental.

**AMBIENTAL** -Grupos de investigación y académicos

***-DOCENTES-***

---

**PROGRAMAS, PROYECTOS, SERVICIOS, ACTIVIDADES**

---

**FISICA**

- Grupos deportivos y culturales.
- Programas de salud ocupacional.
- Restaurante universitario.

- Programa “Cuida tu Corazón” (actividades físicas y deportivas con entrenadores del Centro Deportivo Universitario).
- Programas de Vigilancia Epidemiológica de riesgo biológico, salud auditiva, radiaciones ionizantes, cuidado de la voz, manipulación de alimentos, desórdenes musculoesqueléticos, riesgo químico y psicosocial.
- Construcción del plan de emergencias y contingencias institucional.
- Programa Institucional Universidad Saludable, discapacidad y deportes.
- El Servicio de Salud actualizó la autoevaluación del Servicio de Salud, gestionando los requisitos necesarios para habilitación de las modalidades Telemedicina y tele orientación como parte de la respuesta a la contingencia COVID 19.
- SMU cobertura a los afiliados cotizantes y beneficiarios, solamente. Régimen especial de Salud reglamentado por la ley 647 de 2001. Programas del servicio de salud: prevención y promoción. Atención, cirugías, rehabilitación, hospitalización, medicamentos.
- Acceso a instalaciones deportivas del Campus de Meléndez y las que están por convenio.
- Creación del Manual de Bioseguridad de la Universidad del Valle para minimizar el riesgo de contagio por COVID-19.

-Grupos recreativos

-Programas de salud ocupacional

-Grupos de investigación

**MENTAL** -Comité de salud mental

-Programa de Salud Mental Preventiva

-Servicio Psicológico adscrito al SMU con cobertura para los afiliados y sus beneficiarios.

Grupos gremiales y estamentales, políticos, reconocidos o no por la universidad.

-Comités institucionales (derechos humanos, convivencia y seguridad, convivencia laboral, asuntos disciplinarios, de discapacidad).

**SOCIAL** -Programa de convivencia y seguridad.

-Estadero Profesoral en el sexto piso de la Torre de Ingeniería.

-Actividades culturales del proyecto de Fortalecimiento de la perspectiva de género, pluralidad y diversidad

-Beneficios extralegales para los docentes nombrados.

Política ambiental.

**AMBIENTAL** -Grupos de investigación.

-Programas de higiene industrial.

-Comités institucionales: de emergencias, gagas, copasst.

## **EMPLEADOS Y TRABAJADORES-**

### **PROGRAMAS, PROYECTOS, SERVICIOS, ACTIVIDADES**

**FISICA**

-Grupos deportivos, recreativos y culturales.

-Programas de salud ocupacional.

-Restaurante universitario.

-Prevención de la accidentalidad, capacitaciones y jornadas lúdicas denominadas “Actuando por tu Vida”.

-Jornadas de pausas activas en las diferentes dependencias.

-Programa “Cuida tu Corazón”

-Programas de Vigilancia Epidemiológica.

## PROGRAMAS, PROYECTOS, SERVICIOS, ACTIVIDADES

- Construcción del plan de emergencias y contingencias institucional (Se construyó la propuesta de Plan de Evacuación General para la Evacuación del Campus Universitario de Meléndez).
- SMU (Servicio Médico Universitario) cobertura a los afiliados cotizantes y beneficiarios, solamente.
- Programa Institucional Universidad Saludable, discapacidad y deportes.*
- Píldoras de bienestar -estrategia de capacitación en los puestos de trabajo-
- Creación del Manual de Bioseguridad de la Universidad del Valle para minimizar el riesgo de contagio por COVID-19.
- El Servicio de Salud actualizó la autoevaluación del Servicio de Salud, gestionando los requisitos necesarios para habilitación de las modalidades Telemedicina y tele orientación como parte de la respuesta a la contingencia COVID 19.
- Programas de salud ocupacional.
- Comité de salud mental.
- MENTAL** -Apoyo Psico-social.
- Talleres del programa de Promoción de la Salud Mental.
- Servicio Psicológico, adscrito al SMU
- Programa de Salud Mental Preventiva
- Grupos gremiales y estamentales, políticos, reconocidos o no por la universidad.
- SOCIAL** -Actividades culturales del proyecto de Fortalecimiento de la perspectiva de género, pluralidad y diversidad.
- Beneficios extralegales (convencionales) para empleados y trabajadores.
- Política ambiental.
- AMBIENTAL** -Programas de higiene industrial.
- Comités institucionales: de emergencias, gags, varios, copasst.

## JUBILADOS-PENSIONADOS-

- Programa de atención al jubilado adscrito a la sección de desarrollo humano y promoción socioeconómica: Arte y manualidades, Atención y/o consultas; Crecimiento personal; Actividades
- FISICA Y** Socioculturales; Actividad física; Visitas domiciliarias y Hospitalarias.
- MENTAL**
- Restaurante universitario.
- Programas del SMU. Para afiliados y beneficiarios. Servicio Psicológico adscrito al SMU.